

Ö^a ÑÍ ÈÉ Õ - ÄÈÉÍ ÖÎ ×Ì Î Ã - ÐÝÃÑÝË ÖÓÄÄÖÄÄÍ ÄÄÑ ÖÄÌ ÄÄÐÄÖ ÄÄÉÄËÛ ÄÑÓÄÄËÑÄÍ Í Û

Ö.Áóýí áàð¹, Ö.Áàð -Î ðø èð', Í.Í àñàí ð óýà,¹ Ì.Àèð àí ðóýà,¹ Ä.Áýì áàñçðýí,¹ È.Öýöóýý,¹ Á.Àèð àí ð óýà¹ Ø.Öýðýí èöàì²

¹ÒÒÀÖÍ Ý, ²×ÁÍ Ý

TIME DEPENDING CHANGES OF ACUTE CHOLECYSTITIS

Buyanbat Ts¹, Bat-Orshikh Kh¹, Nasantuya N¹, Altankhuyag M¹, Byambasuren Gl., Tssetsgee L.¹, Altantuya B¹, SH.TSerenlham²

¹Central Clinical Hospital for State Special Clerks

²Chingeltei District Hospital

Background

Acute cholecystitis is defined mostly as bacteria from intestinal inflammation to gallbladder. Sometimes the inflammation can occur when bacteria and viral can flow by blood and lymphus. Acute cholecystitis is leading the second place of acute abdomen. (1.2.3.7.8). The acute cholecystitis complication is not decreasing(4.5.6). The mortality is 0.5-0.8% (2.4.5.9). The acute cholecystitis is comparing with cholelith. Foreign scientists are recommending that first 24-48 hours to treat by drugs, and after that if inflammation is not healing to do cholecystectomy. In our country the acute cholecystitis is taking the place after acute abdomen and appendicitis. And also, acute cholecystitis morbidity is not decreasing and indication of cholecystectomy is not decided yet.

Objective

The main purpose of this survey is to study changing of acute cholecystitis depending on time

Materials and Methods

We studied 58 patients who had cholecystectomy in Surgical Department of The Central Clinical Hospital for State Special Clerks between 2005 and 2008. The result analyzed by SPSS-15.0 Program.

Result and Discussion

The patients who was studied were 14 men (24.14%) and 44 women (75.86%). For the clinical symptoms of acute cholecystitis, the result has been occurred as following: the epigastria pain is 17 (29.31±5.9), around the right rib arch is 49 (84.48±4.7), the pain spread of the right shoulder blade is 20 (34.48±6.2), and the pain spread of the right shoulder is 33 (56.89±6.5), to have a fever 6 (10.34±3.0), vomit 10 (17.24±4.9), diarrhea 7 (12.06±4.2), thirsty 16 (27.58±5.8). The pain around right rib arch, pain spread right arm and shoulder, and thirsty are the clinical features that close to the features of scientist's Alperovich B.I., Soloviev M.M., Saveliev V.S. Acute cholecystitis depending on time 0-24 hours catarrhal 5, phlegmonous 2, necrosis 1, 24-48 hours phlegmonous 4, necrosis 10, necrosis hole 2, 48-72 hours phlegmonous 10, necrosis 8, necrosis hole 3, above 72 hours phlegmonous 2, necrosis 5, necrosis hole 6. Acute cholecystitis starts above 24 hours.

Conclusion

1. The acute cholecystitis has been occurred 14 for men and 44 for women. Ate the age of 30-39. These cases were determined more then 31 percent.
2. For the clinical symptoms of acute cholestitis, the result has been occurred as following:
 - the epigastria pain is 17, (29.31±5.9)
 - around the right rib arch is 49 (84.48±4.7)
 - the pain spread of the right shoulder blade is 20 (34.48±6.2), and
 - the pain spread of the right shoulder is 33 (56.89±6.5).
3. Under the period study of the acute cholecystitis, the pus, necrosis and perforation cases have been excessively occurred specially at 48-72 hours.
4. Under the comparison study between the acute cholecystitis and its period, the acute wall cholecystitis changes have been occurred specially at 24-48 hours.

Key words: cholelith, cholecystectomy, cholecystitis

Pp. 2-4, Table 1, Figures 2, References 9

Цүлхэнт өөрчлөлт нь хүний биеийн гол судасны аль ч хэсэгт үүсэж болох бөгөөд судасны ханын холбогч эд коллаген ба эластин ширхэгийн бүтцэд голомтот болон тархмал хэлбэрийн өөрчлөлт орж, артерийн судасны голч хэвийн хэмжээнээс 50-иас дээш хувиар ихсэж, гол судасны хана хэсэг газарт болон тархмал байдлаар гадагш тэлэгдэн цүлхийж, товойн гарахыг цүлхэн гэж үздэг. Гол судасны цүлхэнгийн ихэнхийг хэвлийн гол судасны цүлхэн эзлэх бөгөөд дийлэнх нь тодорхой шинж тэмдэггүй байх боловч цүлхэн хагарч цус алдаж нас барах хүндрэл гарах аюул ихтэй байдаг.

Цээжний гол судасны цүлхэн (ЦГЦ) төрөлхийн болон олдмол шалтгаантай байх бөгөөд төрөлхийн шалтгааны дотор Марфан, медионекроз, олдмол шалтгаанд атеросклероз, артерийн даралт ихсэлт, гол судасны хавхлагийн дутагдал, өвөрмөц бус аортоартериит, сифилис, гэмтэл зэрэг олон хүчин зүйл байх ба зарим тохиолдолд мэс ажилбарын дараа цүлхэн үүсдэг.

Хэвлэлийн материалаас үзэхэд ЦГЦ үүсэхэд атеросклероз 24-31.0%, сифилис 3.2-12.2%, гэмтэл 2.2-8.0%, медионекроз 45-53.8%, марфан 12.8-26.9%-ийг эзэлдэг байна (А.И.Млашеков 1996, Pitt M.P., Bonzer 1997., А.А.Спиридонов 1998), Schepens M. (1995), Svenson L.G., Crawford E.S. (1997) Ю.В.Белов(2001) нарын судалгаагаар цүлхэний нийт тохиолдлын дотор ЦГ-ы уруудах хэсгийн цүлхэн 19-22.0% тохиолддог байна (2,6).

Цээжний гол судасны цүлхэнгийн байрлалын Crowford, Stanford-ын гэх мэт олон ангилал байдаг боловч сүүлийн үед 1997 онд гарсан De Bekey-ийн ангилалыг хэрэглэдэг болсон (1, 7).

ЦГЦ АНУ-д жил бүр 15000 тохиолдол бүртгэгдэж, 47000 гаруй хүн гол судасны эмгэгийн улмаас нас барж байгаа нь хөхний хорт хавдар, ДОХ, авто ослын нас баралтаас их байгаа нь гол судасны эмгэг нь чимээгүй тахал болоод байгааг харуулж байна. Гол судасны цүлхэний хагралыншалтгаант нас баралт нийт нас баралтын15-рт орох шалтгаан болж цээжний гол судасны цүлхэн нь 100,000 хүн амьд 6 тохиолддог байна.Судалгаагаар гол судасны хууралт 100,000-д 3.5; цээжний гол судасны хагарал -3.5; хэвлийн гол судасны хагарал - 9 тохиолдол бүртгэгдэж байна. Аневризмын хагарал нь аюултай хүндрэл бөгөөд тухайн хүний амийг аврах, хүндрэлээс сэргийлэхийн тулд яаралтай хагалгаа шаардагдана. Гол судасны цүлхэний тохиолдол буурахгүй байгаа нь дэлхийн олонхи орны хүн амын дундаж наслалт уртассан, атеросклероз ихэссэнтэй холбоотой (9,10).

Хэвлийн гол судасны цүлхийлт нь эрэгтэйчүүдэд эмэгтэйчүүдээс 5-10дахин их, тамхичидад 8 дахин их тохиолддог байна(10).

Манай оронд Д.Цэгээнжавын 1999, 2008 онуудад хийгдсэн судалгаагаар артерийн судасны мэс заслын эмгэгийн дотор гол судасны цүлхэн 13.9%-ийг эзэлж түүний дотор ЦГЦ 47.0-51.2% эзлэх болсон байна. ЦГЦ-ий дотор өгсөх хэсгийн цүлхэн 72%, нумынх 5.9%, уруудах хэсгийнх 9.2% тохиолдож байгаа бөгөөд цүлхэний хана хуурч урагдах хүндрэл 23.5% тохиолдожээ (3,5).

ЦГЦ-ий шалтгааны дотор атеросклероз 67.8%, гэмтэл 7.1%, сифилис 3.5%, марфан 21.4%-ийг эзэлж байна (2,4).

Сүүлийн 10 гаруй жилүүдэд гол судасны цүлхэний эмчилгээнд судсан дотуурх мэс заслын эмчилгээ

нэвтэрснээр нээлттэй хагалгааны тоо буурч, цүлхэнд стент тавих эмчилгээний арга жилээс жилд нэмэгдэх болсон байна.

1994 онд Dake болон түүний хамтрагчид цүлхэний судсан дотуурхи мэс заслын эмчилгээний эхлэлийг тавьж анхны хагалгааг амжилттай гүйцэтгэсэн байдаг.

АНУ-д 1994-2003 онд хийгдсэн судалгаагаар хэвлийн гол судасны цүлхэний(ХГЦ) үед судсан дотуурх аргаар графт стент тавих эмчилгээ бараг 50.0% эзлэх болсон байна. Нээлттэй мэс заслын аргаар цүлхэнг эмчлэх мэс заслын дараах эрсдэл нас баралт сүүлийн үед буурч байгаа хэдий ч 5.1-5.2% ийг эзэлдэг (Леменев В.Л. 2001), харин судсан дотуур графт стент тавих эмчилгээний дараах нас баралт 1.0-2.6% байгаа нь хоёр дахь арга нь илүү эрсдэл багатай болох нь харагдаж байна.

Манай оронд цээжний өгсөх болон уруудах хэсгийн цүлхэнд хэд хэдэн удаа нээлттэй мэс заслыг амжилттай хийсэн ба судсан дотуурх мэс заслын аргаар гол судасны цүлхэнг эмчилсэн анхных нь бидний мэдээлж байгаа энэ тохиолдол юм.

ᠶᠡᠭᠡᠵᠡᠨ ᠬᠣᠯᠠᠭᠠᠨ ᠶᠡᠭᠡᠵᠡᠨ :

- Цээжний гол судасны уруудах хэсгийн цүлхэнг судсан дотуурх аргаар эмчилсэн үр дүнг мэдээлэх
- Гол судасны цүлхэнг цусгүй шинжилгээний аргуудаар эрт илрүүлэн оношлож, судсан дотуурх мэс заслын аргаар Stent Graft, Talent AAA Xcelarent Delivery системээр эмчлэх боломжийг судлан EVAR системийг тавих арга барилд гаршин суралцан, захиалан олж хэрэглэдэг болох.

ᠶᠡᠭᠡᠵᠡᠨ ᠬᠣᠯᠠᠭᠠᠨ ᠶᠡᠭᠡᠵᠡᠨ :

Өвчтөн А, 45 настай эрэгтэй. 2009-04-19 нд ШТЭ-ийн Зүрх судасны мэс заслын тасагт (өвчний түүх 04865) цээжний гол судасны уруудах хэсгийн цүлхэн оношоор хэвтсэн. Ирэх үед цээжээр өвдөх, зүүн далны араар нэвт хүндэрч өвдөх зовиуртай. Үзлэгээр: Зүрхний авиа тод жигд шуугиангүй, далны араар агшилтын шуугиантай. Артерийн даралт 130/80 мм. муб.

ЭхоКГ-ийн шинжилгээнд зүүн ховдлын хэмжээ томроогүй Ао-2.8, EF-60%, FS-30 E/A-1.2 IVRT-80m/s Цээжний гол судасны уруудах хэсэгт цүлхэн үүссэн гэсэн дүгнэлт өгсөн.

Компьютертомографи: Шинжилгээгээр цээжний гол судасны уруудах хэсэгт 3.0x3.2 мм хэмжээний цүлхэн үүссэн болохыг тогтоосон (Зураг 1).

MRI-ангиографи: Гол судасны цүлхэний байрлал, хэмжээ хана, цүлхэний дээд ба доод хүзүүвчийн байдлыг нарийвчлан тогтоосон нь СДМЗ-ын эмчилгээний аргаар эмчлэх боломжтой болсон (Зураг 2).

Аортографи: Хэдийгээр компьютерт томографийн шинжилгээгээр цээжний гол судасны уруудах хэсгийн цүлхэн байгаа нь тогтоогдсон боловч цүлхэн дахь цусны урсгал, эмгэг хаялтын байдал, уг цүлхэн гол судасны салаа судсыг хамарсан эсэхийг тодорхойлох зорилгоор аортографийн шинжилгээ хийсэн юм. Аортографийн шинжилгээнд цээжний гол судасны уруудах хэсгийн дээд урд хажуу ханын гадна хэсэгт гол судасны интим гэмтэж гадагшаагаа 30.0 x 30.0 мм хэмжээний хэсэг газрын цүлхэн үүссэн, тэр хэсэгт цусны хуйларсан урсгал орж байгаа нь тогтоогдсон юм (Зураг 3).

Ñóààèääàí ù ä çí , öýëöýí æ

Òè-үүëèéí óóààòü:

Бага ангийн хичээлийн хуваариас үзэхэд 7 хоногийн хичээлийн ачаалал дунджаар 21-22 цаг байгаа нь хэвийн хэмжээнд байна.

Бага ангийн сурагчдын хувьд хүнд ба хөнгөн хичээл нь 7 хоногийн хичээлийн бүх өдөр ээлжлэн орохоор төлөвлөсөн байсан ба хичээлийн хуваарьт хүнд хичээлүүдийг аль ч өдөр дараалан оруулсан тохиолдол байхгүй байлаа.

Харин хичээлийн агуулга, багтаамж, сурагчдын идэвх зэрэг үзүүлэлтээс хамаарч багш нар зарим тохиолдолд тоо, монгол хэлний хичээлийг 2 цаг дараалан оруулах нь ажиглагдаж байлаа.

Дунд ангийн хичээлийн хуваариас үзэхэд 7 хоногт дунджаар 32-35 цагийн хичээлтэй байсан нь ихэнх сургуульд хэвийн хэмжээнээс 2-3 цагаар илүү байна.

Хот, хөдөөгийн аль ч сургуульд хичээлийн хуваарьт байгалийн ухааны хичээлүүд буюу хүнд хичээлүүдийг 7 хоногийн эхний өдөр оруулахгүй байх зарчим мөрдөгдөхгүй байна. Хичээлийн хуваариас харахад ихэнх сургуульд хүнд хичээлүүд нь 2-3 цагаар дараалан орж байна.

Ахлах ангийн хичээлийн хуваариас үзэхэд 7 хоногт дунджаар 32-34 цагийн хичээлтэй байсан нь ихэнх сургуульд хэвийн хэмжээнээс 2-3 цагаар илүү байна. Хот, хөдөөгийн аль ч сургуулиар авч үзэхэд хичээлийн хуваарьт байгалийн ухааны хичээл буюу хүнд хичээлийг 7 хоногийн эхний өдөр оруулахгүй байх зарчим мөрдөгдөхгүй байна.

Судалгаанд хамрагдсан аль ч сургуулийн дунд, ахлах ангиудын хувьд завсарлагааны үргэлжлэх хугацаа 5 минут, зөвхөн их завсарлага нь 10 минут үргэлжилж байлаа. Завсарлагааг тодорхой чиглэлээр зохион байгуулах, тухайлбал биеийн тамирын дасгал хийх, хөдөлгөөнт тоглоомоор тоглох зэрэг ажлуудыг ямар ч сургуульд хийхгүй байлаа.

Бага ангийн сурагчдын хувьд “Үдийн цай” хөтөлбөр хэрэгжиж байгаатай холбогдуулан их завсарлага нь 15-30 минут үргэлжилж байлаа. Түүнчлэн бага ангийн сурагчдын алжаалыг тайлах, сэргээх, идэвхжүүлэх зорилгоор зарим сургуулийн багш нар хичээлийн дундуур 2-3 минутын хугацаагаар гарын дасгал хийлгэж байлаа.

Ахлах ангиуд нь кабинетийн системээр хичээллэдэг тул сурагчид нэг ангиас нөгөө ангид шилжихэд завсарлагааны хугацаа нь зарцуулагдаж байсан ба гадаа агаарт гарах, биеийн тамирын дасгал хийх, хөдөлгөөнт тоглоомоор тоглох боломжгүй байлаа.

ª äðëéí äýæýí :

Судалгаанд хамрагдсан 2-р ангийн нийт сурагчдын 42,7%, 4-р ангийн сурагчдын 79,1%, 6-р ангийн сурагчдын 57,8%, 8-р ангийн сурагчдын 78,2%, 9-р ангийн сурагчдын 64,4%, 11-р ангийн сурагчдын 63,8% тус тус өдрийн дэглэмийг мөрддөг байна.

Сурагчдын өдрийн дэглэм хөтлөлтийн талаарх судалгааны дүнг дорх хүснэгтээр харуулав.

Хүснэгт 2. ª äðëéí äýæýí èéí çàðèì çëëäëçäæéí çäýëæýò óóàòàà

Д/д	Анги	2-р анги	4-р анги	6-р анги	8-р анги	9-р анги	11-р анги
1	Хичээл, сургалтын үргэлжлэх хугацаа	3-4	4-5	5-6	5-6	5-6	5-6
2	Гэрийн даалгавар хийхэд зарцуулж буй хугацаа	2-3	1.5-2	1-2	1.5-2	1-1.5	2-2.10
3	Гадаа агаарт тоглоход зарцуулж байгаа хугацаа	2.5-3	1-1.5	1 ц	1-1.5	1-2	1-1.30
4	Өглөөний дасгал хийдэг сурагчдын эзлэх хувь	5%	22.9%	15.3%	17.7%	10%	11.7%
	Өглөөний дасгалд зарцуулах хугацаа	5-10 минут	10-25 минут	15-20 минут	10-30 минут	10-15 минут	10-15 минут
6	Нойрсолтод зарцуулах хугацаа	9-10	8-9	9-10	8-10	7-8	7-8 цаг

Сурагчид телевиз үзэх, хөгжим сонсох зэрэгт харьцангуй их цаг зарцуулж байсан бол гэрийн ажилд туслах, ном унших, хоол ундаа идэх, бэлтгэх зэрэгт харьцангуй бага хугацаа зарцуулж байна.

Èààí ðàòí ðëéí ø èí æëëäýýí èé ä çí :

Судалгаанд хамрагдсан сургуулиудын нийт 36 ангид хичээлийн жилийн 1 дүгээр улиралд хичээл эхлэхийн өмнө хийсэн агаарын нянгийн бохирдолтын шинжилгээгээр 34 буюу 94.4% нь цэвэр, 5,6% нь их бохирдолтой байлаа. Харин хичээлийн сүүлд бохирдолгүй буюу цэвэр ангийн тоо 88.8% болж буурсан бол бохирдолттой гарсан ангийн тоо 11,2% болж нэмэгдсэн байлаа.

Хичээлийн жилийн 4 дүгээр улиралд хичээлийн эхэнд 61,1% нь бохирдолгүй буюу цэвэр, 16,6% нь бохирдолтой, 22,3% анги нь тус тус их бохирдолтой байсан бол хичээлийн сүүлд бохирдолгүй буюу цэвэр ангийн тоо 27,7% болтлоо буурч, бохирдолтой ба их бохирдолттой ангийн тоо нийт 72,3% болж нэмэгдсэн байлаа.

Шинжилгээний дүнгээр хичээлийн эхэнд болон сүүлд судалгаанд хамрагдсан бүх ангиудын дотоод орчны агаарт цус задлагч коккууд илрээгүй (<50).

Хөгц, мөөгөнцрийн шинжилгээгээр 1 дүгээр улирлын хичээлийн эхний цагт нийт ангийн агаарт бохирдолт илрээгүй бол хичээлийн сүүлийн цагт 4 анги буюу 11,2% харин 4 дүгээр улиралд хичээлийн эхэнд нийт ангийн 11,1% хөгц, мөөгөнцрийн бохирдолтой байснаа, хичээлийн сүүлд бохирдолтой ангийн тоо 16,6% болж нэмэгдсэн байлаа.

Сурагчдын гар, үзэг болон зарим эд зүйлээс авсан арчдасны нянгийн шинжилгээний дүнгээр гэдэсний бүлгийн савханцар илрээгүй.

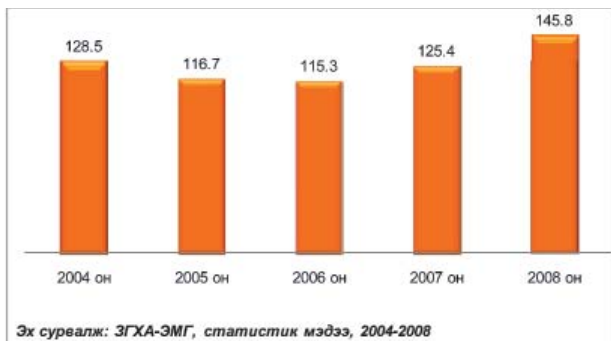
Судалгаанд хамрагдсан сургуулийн хичээлийн анги, танхимын агаарын химийн шинжилгээний дүнг дараах хүснэгтэд харууллаа (Хүснэгт 3).

Хүснэгт 1. *ᠠᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ*, *ᠠᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠭᠡᠨᠢ*, 10000 *ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ* *ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ*, *ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ* 2004-2008 *ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ*

<i>ᠠᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ</i> <i>ᠠᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ</i>	<i>ᠠᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ</i> , 10000 <i>ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ</i> <i>ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ</i>				
	2004 <i>ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ</i>	2005 <i>ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ</i>	2006 <i>ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ</i>	2007 <i>ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ</i>	2008 <i>ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ</i>
<i>ᠠᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ</i> <i>ᠠᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ</i> (J00-J99)	638.2	692.6	613.5	716.2	865.0
Цочмог залгиуртас ба гүйлтэс (J02-J03)	48.3	42.5	14.7	26.6	-
Цочмог төвөнхтөс ба мөгөөрсөн хоолойтос (J04)	33.9	41.2	36.7	41.3	54.5
Амьсгалын дээд замын бусад цочмог халдвар (J00-J01, J05-J06)	-	164.0	-	-	63.8
Томуу (J10-J11)	44.8	26.1	29.3	27.5	26.1
Хатгалгаа (J12-J18)	128.5	116.7	115.3	125.4	145.8
Цочмог амьсгууртас ба цочмог амьсгуурсанцартас (J20-J21)	61.2	50.2	47.0	43.5	37.7
Архаг ангалтас (J32)	-	11.0	-	-	11.0
Хамрын ба хамрын ангалын бусад эмгэг (J30-J31, J33-J34)	-	30.1	-	-	36.0
Гүйлснийбабулчирхайтасын архаг өвчин (J35)	86.1	102.4	75.7	72.7	71.4
Амьсгалын дээд замын бусад өвчнүүд (J36-J39)	-	8.0	-	-	-
Амьсгууртас уушги тэлэгдэх ба уушгины архаг бөглөрөлтэй бусад өвчнүүд (J40-J44)	52.8	63.2	56.1	78.5	115.1
Багтраа, астма (J45-J46)	11.2	14.3	11.9	13.8	19.6
Амьсгууртас уушгины архаг бөглөрөлтэй бусад өвчнүүд (J47)	2.6	3.5	2.5	3.4	3.1
Уушги тоосжилт (J60-J65)	-	1.9	-	-	2.5
Амьсгалын тогтолцооны бусад өвчнүүд (J22, J66-J99)	-	17.7	-	-	29.0

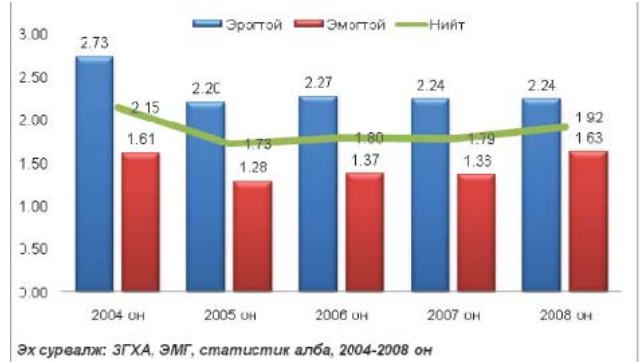
ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ, 2004-2008 *ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ*

Эрүүл мэндийн статистик мэдээнд 2004 онд 10000 хүн амд 128.5 хатгалгаа өвчин ногдож байсан бол энэ үзүүлэлт 2008 онд 17.3 хүнээр нэмэгдэж 145.8 болжээ.



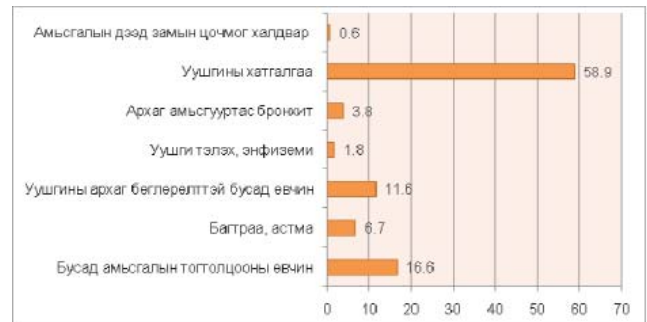
ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ, 10000 *ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ* *ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ*, *ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ* 2004-2008 *ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ*

ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ Эрүүл мэндийн статистик мэдээгээр 2004 онд амьсгалын тогтолцооны өвчний улмаас нас барсан тохиолдол 10000 хүн амд 2.15 байсан бол аажим буурсаар 2008 онд 1.92 болсон байна. Амьсгалын тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралтад эрэгтэйчүүд илүү тохиолдож байна (Зураг 6).



ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ 10000 *ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ* *ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ*, *ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ* 2004-2008 *ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ*

Амьсгалын замын өвчний шалтгаант нас баралтыг ангилалаар авч үзэхэд хатгалгааны улмаас нас барсан тохиолдол тал (58.9%) хувийг нь эзэлж байна.



ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ *ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ* *ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ*, *ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ* 2004-2008 *ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ*

Хүснэгт 2. *ᠠᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ* *ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ* *ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ*, *ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ* 2004-2008 *ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ*

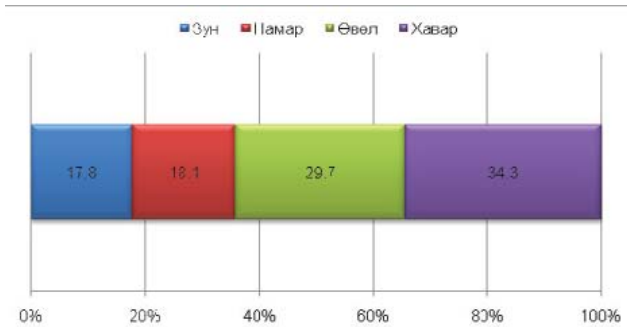
<i>ᠠᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ</i>	<i>ᠠᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ</i>				
	2004 <i>ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ</i>	2005 <i>ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ</i>	2006 <i>ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ</i>	2007 <i>ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ</i>	2008 <i>ᠶᠢᠨᠠᠭᠡᠨᠢ</i>
Амьсгалын дээд замын цочмог халдвар	0.00	0.00	0.00	0.01	0.03
Уушгины хатгалгаа	1.43	0.97	0.95	1.17	1.03
Архаг амьсгууртас бронхит	0.13	0.12	0.01	0.03	0.07
Уушги тэлэх, эмфиземи	0.00	0.04	0.04	0.04	0.05
Уушгины архаг бөглөрөлтэй бусад өвчин	0.13	0.26	0.30	0.20	0.20
Багтраа, астма	0.05	0.14	0.14	0.13	0.15
Нүүрсчдийн уушги тоосжих	0.04	0.0	0.01	0.03	0.03
Бусад амьсгалын тогтолцооны өвчин	0.34	0.20	0.34	0.19	0.37

Сүүлийн 5 жилд амьсгалын тогтолцооны өвчний шалтгаанаар нас барсан хүний дундаж нас 36.6±31.8 байсан бөгөөд хамгийн бага нь 0, хамгийн их нь 101 настай байжээ (Хүснэгт 3).

Хүснэгт 3. *ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ* өвчлөлийн үеийн өвчний шалтгаанаар нас барсан хүний дундаж нас, 2004-2008 он

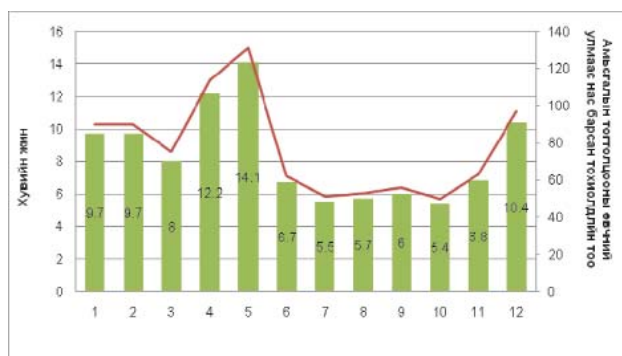
Өвчлөл	ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ (SD±)	ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ	ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ	ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ
Эрэгтэй	36.2 30.7	40.0	0	101
Эмэгтэй	37.2 33.4	35.0	0	97
Нийт	36.6 31.8	37.0	0	101

Сүүлийн 5 жилд (2004-2008 он) амьсгалын тогтолцооны өвчний улмаас нас барсан тохиолдлын хамгийн их хувь нь хавар (34.3%), өвлийн (29.7%) улиралд тохиолдсон байгаа ч ямар нэг статистикийн магадал бүхий ялгаатай байдал ажиглагдсангүй (p=0.831).



ᠴᠣᠳᠠᠭ 8. *ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ* өвчлөлийн үеийн өвчний шалтгаанаар нас барсан хүний дундаж нас, 2004-2008 он

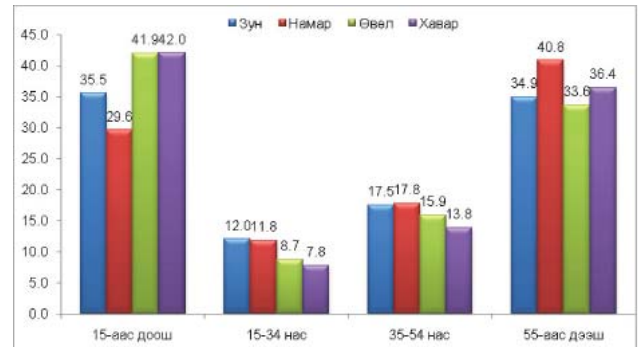
Амьсгалын тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралтын нийт тохиолдлуудын дийлэнх нь тав, дөрөв, арванхоёрдугаар саруудад тус тус тохиолдсон байв.



ᠴᠣᠳᠠᠭ 9. *ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ* өвчлөлийн үеийн өвчний шалтгаанаар нас барсан хүний дундаж нас, 2004-2008 он

Сүүлийн 5 жилд 15-аас доош, 55-аас дээш насны бүлгийн хүн амын амьсгалын тогтолцооны өвчний улмаас нас барсан тохиолдлууд илүү бүртгэгддэг

байна. 15-аас доош насанд өвөл, хаврын улиралд, 55-аас дээш насанд намар өвчлөл илүү бүртгэгдсэн байв (Зураг 10).



ᠴᠣᠳᠠᠭ 10. *ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ* өвчлөлийн үеийн өвчний шалтгаанаар нас барсан хүний дундаж нас, 2004-2008 он

Хүснэгт 3-аар амьсгалын тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралтыг ӨУАнгидал тус бүрээр харуулав. Амьсгалын дээд замын цочмог халдвар, архаг, амьсгууртас бронхит, уушгины хатгалгаа, бусад амьсгалын тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралтын тохиолдол хаврын улиралд илүү зонхилдог байв.

Хүснэгт 3. *ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ* өвчлөлийн үеийн өвчний шалтгаанаар нас барсан хүний дундаж нас, 2004-2008 он

ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ өвчлөлийн үеийн өвчний шалтгаанаар нас барсан тохиолдлын тоо	ᠴᠣᠳᠠᠭ				ᠠᠨᠢᠨᠠᠭᠤᠨ
	Зун	Намар	Өвөл	Хавар	
Амьсгалын дээд замын цочмог халдвар	1	0	1	4	6
Уушгины хатгалгаа	16.7%	0.0%	16.7%	66.7%	100.0%
Архаг амьсгууртас бронхит	106	98	166	179	549
Уушги тэлэх, энфиземи	19.3%	17.9%	30.2%	32.6%	100.0%
Уушгины архаг бөглөрөлттэй бусад өвчин	6	9	9	11	35
Багтраа, астма	17.1%	25.7%	25.7%	31.4%	100.0%
Бусад амьсгалын тогтолцооны өвчин	4	7	4	2	17
Нийт	23.5%	41.2%	23.5%	11.8%	100.0%
	18	10	42	38	108
	16.7%	9.3%	38.9%	35.2%	100.0%
	13	14	18	17	62
	21.0%	22.6%	29.0%	27.4%	100.0%
	18	31	37	69	155
	11.6%	20.0%	23.9%	44.5%	100.0%
Нийт	166	169	277	320	932
	17.8%	18.1%	29.7%	34.3%	100.0%

Харин намар уушги тэлэх, энфиземи, өвөл багтраа өвчний улмаас нас барах тохиолдол тус тус илүүтэй тохиолддог нь статистик магадлал бүхий хамааралтай

байна (Хүснэгт 3).

Амьсгалын тогтолцооны өвчин болох уушгины хатгалгааны шалтгаант нас баралтын тохиолдлын дийлэнх нь 15-аас доош насны хүүхдүүд (35.4%, 330) байсан юм.

Öçñí yāò 4. Àì ùñāēùí òí ãòí ëöí í í ù ° ā÷í èé ø àèòāàí òí āñ áàðàèòù í òí òèí èäí è, Í Ö-ù í ° ā÷í èé àí æèèè, í āñí ù áçèäýð, Öèààí áààòàð, 2004-2008 í í

Àì ùñāēùí òí ãòí ëöí í í ù ° ā÷í èé ø àèòāàí òí āñ áàðàèòù í òí òèí èäí è x ² =388.489, p=0.0002 AGE Crosstabulation	Í āñí ù áçèäýð				Í èéò
	15 >	15-34	35-54	55 <	
Амьсгалын дээд замын цочмог халдвар	5	1	0	0	6
	1.4%		0.0%	0.0%	0.6%
Уушгины хатгалгаа	330	57	79	82	548
		8.5%	8.8%		
Архаг амьсгууртас бронхит	10	2	1	22	35
	1.1%	.2%	.1%	2.4%	3.8%
Уушги тэлэх, энфиземи	0	1	4	12	17
	0.0%		0.4%	1.3%	1.8%
Уушгины архаг бөглөрөлттэй бусад өвчин	1	2	17	88	108
	0.1%		1.8%	9.5%	11.6%
Багтраа, астма	0	2	16	44	62
	0.0%		1.7%	4.7%	6.7%
Бусад амьсгалын тогтолцооны өвчин	13	24	30	88	155
	1.4%		3.2%	9.5%	
Í èéò	359	89	147	336	931

Öyëöyì æ Эрүүл мэндийн статистик мэдээлэлд бүртгэгдсэн өвчлөлийн тэргүүлэх шалтгаанд амьсгалын тогтолцооны өвчлөл орсоор байна. Энэхүү судалгаагаар амьсгалын тогтолцооны өвчлөлөөр хүүхэд, эмэгтэйчүүд илүү өвчилж эмнэлэгт ханддаг болох нь ажиглагдлаа. Амьсгалын тогтолцооны өвчнийг ӨОУ-ын ангиллаар

харьцуулан авч үзэхэд гэрээр эмчлэгдэх боломжгүй нилээд хүндэрсэн өвчлөлүүд илүүтэй бүртгэгдсэн дүр зураг харагдаж байна. Эндээс амьсгалын тогтолцооны цочмог, хөнгөн зэргийн өвчлөл огт бүртгэгдэхгүй гэрээр эмчлэгддэг байж болох талтайг статистик мэдээлэл харууллаа. Өвөл, хаврын улиралд өвчлөлийн тохиолдол нэмэгдэж байгаа нь цаашид угтан урьдчилан сэргийлэх ажлыг зохион байгуулж байхыг харуулж байна.

Äçäí yèò:

1.Сүүлийн 5 жилийн нийслэл Улаанбаатар хотын тэргүүлэх 5 өвчлөлийн шалтгааныг авч үзвэл амьсгалын эрхтэн тогтолцооны өвчин, хоол шингээх эрхтэн тогтолцооны өвчин, осол гэмтлийн шалтгаант өвчин тэргүүлж байна. Нийт амьсгалын замын өвчний дийлэнх нь 1-4 насны хүүхдүүд байна. Эрүүл мэндийн статистик мэдээнээс амьсгалын тогтолцооны өвчнийг ӨОУАнгилал тус бүрээр харахад хатгалгаа хамгийн их (10000 хүн амд 116.7-145.8) бүртгэгддэг байна.

2.Эрүүл мэндийн статистикийн 2004 онд амьсгалын тогтолцооны өвчний улмаас нас барсан тохиолдол 10000 хүн амд 2.15 байсан бол аажим буурсаар 2008 онд 1.92 болсон байв. Амьсгалын тогтолцооны өвчний улмаас нас барсан тохиолдлын 60.2 хувь нь эрэгтэй, дундаж нас нь 36.6 буюу хөдөлмөрийн насны хүн ам байна.

3.Эрүүл мэндийн статистик мэдээлэлд бүртгэгдсэн амьсгалын тогтолцооны өвчлөлд нас, хүйс, улирлын байдал хамааралтай байна. Хаврын улиралд амьсгалын дээд замын цочмог халдвар, архаг, амьсгууртас бронхит, уушгины хатгалгаа, бусад амьсгалын тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралтын тохиолдол илүү зонхилж харин намар уушги тэлэх, энфиземи, өвөл багтраа өвчний улмаас нас барах тохиолдол тус тус илүүтэй тохиолддог нь статистик магадлал бүхий хамааралтай байна.

Í ïí ççé

1. Reducing Risk -Promotion Healthy Life, World health report, 2002, WHO. 2002
2. Population reports: Meeting the Urban Challenge, Volume XXX, Number 4, Fall 2002
3. Эрүүл мэндийн статистик үзүүлэлт, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008
4. WHO, World Health Organization Fact Sheets. 2000. Air pollution. (online) <http://www.who.int/inf-fs/en/fact187.html> (18 March 2005)
5. Stansfield, S. Shepard, D. 1993. ACUTE RESPIRATORY INFECTION, Jameson D, Mosley W, Measham A, Bobadilla J, (eds.) *Disease control priorities in developing countries*, pp 67-90, Oxford

Òàí èèòàæ í èéò èyò ñàí àè ° āñ° í :
Àí àãààòù í ø èí æèyò òòààí ù àí èò í ð, ì ðí ò āññí ð
Á.Áóðì àà

ᠣᠶᠳᠣᠶᠣ ᠠᠶᠢᠶᠢ ᠠᠠ ᠣᠶᠳᠣᠶᠣᠡᠡᠢ ᠣᠡᠣᠠᠠᠢ ᠣᠠᠡ
ᠴᠢ ᠳᠣᠶᠢ ᠡᠡ ᠶᠢ ᠠᠶᠢᠶᠢᠡᠢ ᠶᠢ ᠶᠢ ᠣᠡᠢ ᠠᠢ ᠶᠢ

ᠣᠠᠶᠢ ᠡᠢ ᠳᠢ ᠠᠠᠢ, ᠠ.ᠴᠡᠡᠶᠣᠳᠣᠶᠡ, ×.ᠣᠲᠢ ᠠᠠ -ᠶᠡᠳᠣᠲᠡ
ᠶᠣᠶᠢ ᠶᠡᠣᠨᠠᠶᠢ ᠶᠳᠠᠶᠢ ᠣᠡᠢ ᠠᠡ ᠡᠡᠶᠣᠶᠢ ᠡᠡ ᠣᠶᠢ
ᠶᠣᠳᠣᠶᠢᠡᠢ ᠶᠢ ᠠᠶᠢᠶᠢᠡᠢ ᠣᠡᠢ ᠠᠡ ᠡᠶᠣᠳᠣᠳᠠᠠᠢ ᠠᠡ ᠡᠣ ᠨᠣᠳᠠᠳᠣᠶᠢᠡᠢ

THE DIAGNOSIS OF RHEUMATIC FEVER AND RHEUMATIC HEART DISEASE

T.Bolormaa¹, D.Zulgere², Ch.Tsogt-Ochir²
¹Maternal and Child Research Medical Center
²Health Science University

The Jones criteria is a clinical guideline for the diagnosis of rheumatic fever(RF) and carditis. The clinical features were divided into major and minor categories. Major manifestations include carditis, joint symptoms, subcutaneous nodules, erythema marginatum and chorea. The minor manifestations comprised clinical findings(fever, arthralgia, cardialgia, abdominal pain, nose bleeding) and laboratory markers(Leukocytosis, elevated erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein, prolonged PR on ECG). It was proposed that the presence of two major, or one major and two minor manifestations offered reasonable clinical evidence of rheumatic activity.

Carditis is the single most important prognostic factor in RF; only valvulitis leads to permanent damage and its presence determines the prophylactic strategy. The clinical diagnosis of carditis in an index attack of RF is based on the presence of significant murmurs (suggestive of mitral and aortic regurgitation), pericardial rub, or unexplained cardiomegaly with congestive heart failure.

Myocarditis(alone) in the absence of valvulitis is unlikely to be of rheumatic origin and by itself should not be used as a basis for such a diagnosis.

Two dimensional echo-Doppler and colour flow Doppler echocardiography are most sensitive for detecting structural abnormality, abnormal blood flow and valvular regurgitation. This method can detect all audible valvular regurgitations to be dThe use of 2D echo-Doppler and colour flow Doppler echocardiography may prevent the overdaignosis of a functional murmur as a valvular heart disease. Similarly, the overinterpretation of physiological or trivial valvular regurgitation may result in misdiagnosis of iatrogenic valvular disease. Accurate interpretation of the echocardiographic signals is therefore important.

Key words: Jones criteria, rheumatic carditis, valvulitis, echocardiography, subclinical carditis, valvular regurgitation.

Pp. 33-36, Table 1, References 53

Хэрэх өвчин нь А бүлгийн бетта цус задлагч стрептококкийн шалтгаантай үүсдэг холбогч эд нэн ялангуяа зүрх судасны тогтолцоог гэмтээдэг халдвар харшлын өвчин юм [1].

Хэрэх өвчнийг оношлогоо нь Джонсоны шалгуурт тулгуурлах ба уг шалгуураар хэрэх өвчний шинжүүдийг үндсэн(их) ба туслах(бага) гэж 2 хуваасан байдаг [1-6]. Их шалгуур нь оношийг тавихад тэргүүлэх үүрэгтэй бөгөөд үүнд кардит, үений үрэвсэл, арьсан доорхи зангилаа, цагираг улайлт, хорёя багтдаг. Дахилтат хэрэх өвчний шалгуурт хэрэх өвчнөөр өвчилсөн өгүүлэмж, хэрэхийн зүрхний өвчин ордог. Бага шалгуур нь оношийг таамаглахад тустай боловч дангаараа хангалттай бус юм. Оношлогооны бага шалгуурт эмнэлзүйн (халууралт, үеэр өвдөх, зүрхээр өвдөх) ба лабораторийн (цагаан эсийн тоо ихсэх, С урвалжит уураг илрэх, ЗЦБ-т PQ уртсах) үзүүлэлтүүд багтана. Оношлогооны их шалгуураас 2, эсвэл их шалгуураас 1 ба бага шалгуураас 2 шинж байвал хэрэх өвчин гэж оношилно (Хүснэгт 1).

Дээрхээс үзэхэд хэрэх өвчний оношлогоо нь гол төлөв эмнэлзүйн шинжүүд дээр тулгуурлан тавигдах ба лабораторийн шинжүүд нь зөвхөн туслах шинжтэй

бөгөөд эмгэг процессын идэвхжил, эмчилгээний үр дүнг үнэлэхэд тустай юм [7].

Хэрэх өвчний оношлогооны шалгуурт саяхан (сүүлийн 45 хоногийн дотор) илэрсэн стрептококкийн халдвар нь оношыг батлах чухал үүрэгтэй

[2,3] боловч уг халдвар хэдийн намдсан (тухайлбал, архаг кардит) эсвэл хожимдсон эмнэлзүйн тохиолдолд стрептококкийн халдварыг батлах шаардлагагүй гэж үзжээ [4, 5].

Кардит нь хавхлагийн эргэшгүй гэмтэлд хүргэдэг, хэрэх өвчнөөс сэргийлэхийг зайлшгүй шаарддаг, цаашдын тавиланг илтгэгч хамгийн чухал ганц хүчин зүйл мөн [8]. Зүрхний оройд I авиа бүдгэрэх, агшилтын шуугиан сонсогдох (хоёр хавтаст хавхлага эсвэл гол судасны регургитац (цусны эргэх урсгал), үнхэлцгийн үрэлтийн чимээ эсвэл зүрхний томрол зэрэг шинжүүд илэрвэл хэрэхийн кардит гэж оношилно. Хэрэх өвчний анхны дайралтаар зүрхийг гэмтээж болох ч дахилтын үед зүрхийг хэдийнээ хамарсан байх болно [9, 10]. Өвчин дахихад хавхлагийн гэмтэл зайлшгүй тодорхойлогдох ба үнхэлцэг болон булчингийн гэмтэл харилцан адилгүй илэрнэ [11]. Зүрхний хэмжээ рентгенд томрох, өмнөх шуугиан өөрчлөгдөх, шинэ шуугиан нэмэгдэх, үнхэлцгийн үрэлтийн чимээ илрэх

зэрэг шинжүүд нь дахилтат хэрэх өвчин гэх үндэслэл болно [9, 12, 13].

**Хүснэгт 1. *Хүдүб °ã÷èí àà öýðýòèéí ç¿ððí èé °ã÷í èé*
Äæ í ñí ù í í í ø èí ã í ù ò àèãòòð (ÄÝÌ Ä,
2002-2003)**

Оношлогоо	Шалгуур
Их шалгуур	- кардит - полиартрит - хорея - цагираг улайлт - арьсан доорх зангилаа
Бага шалгуур	- <i>ýí í ýçç¿éí</i> : халуурах, үеэр өвдөх, зүрхээр өвдөх, хэвлийгээр өвдөх, хамраас цус гарах - <i>èãáí ðàò í ðèä</i> : УЭТХ ихсэх, цагаан эсийн тоо олшрох, Ц-идэвхит уураг ихсэх
Сүүлийн 45 хоногийн дотор илэрсэн Стрептококкийн халдвар	- ЗЦБ-т: PR хугацаа уртсах - ASO эсвэл бусад АТ ихсэх - Залгиурын арчдаст эерэг илрэх - Залгиурын стрептококкт үрэвсэлийг илрүүлэх түргэвчилсэн сорил эерэг байх
Хэрэх өвчний анхны дайралт	Их шалгуураас 2 эсвэл их шалгуураас 1 ба бага шалгуураас 2, дээр нү А бүлгийн стрептококк илэрвэл
Хэрэхийн кардит <i>¿¿íýýã¿é</i> өвчтөнд хэрэх өвчний дахилт	Их шалгуураас 2 эсвэл их шалгуураас 1 ба бага шалгуураас 2 байвал
Хэрэхийн кардит <i>¿¿ñýí</i> өвчтөнд хэрэх өвчний дахилт	Их шалгуураас 2 эсвэл их шалгуураас 1 ба бага шалгуураас 2 байвал
Хэрэхийн хорея	Их шалгуураас аль нэг нь байх, А бүлгийн стрептококкийн баталгаа шаардлагагүй
Хэрэхийн хавхлагийн гэмтэл (хоёр хавтаст хавхлагийн нүхний нарийсал, эсвэл дутагдал; хоёр хавтаст хавхлагийн хавсарсан гажиг эсвэл гол судасны хавхлагийн гажигтай хавсрах)	Хэрэхийн зүрхний өвчнийг тодорхойлох бусад шалгуур шаардлагагүй

Öýðýòèéí èãðàèòòí í í í ø èí ã í

Хэрэхийн шалтгаант өвчинд зүрхний дотор давхарга, булчин, үнхэлцэг зэрэг нь аажмаар нэрвэгдэн ихэнхдээ хавхлагийн шуугиан зонхилдог боловч зүрхний булчин, үнхэлцэг анхдагчаар үрэвсэх үед шуугиан үүссэн байхыг үгүйсгэхгүй.

***Òãàòèããã, ç¿ððí èé äí ò í ð äããòðããú í ¿ðýãñýé*
(Valvulitis/ endocarditis)**

Өгүүлэмжиндээ хэрэх өвчин ба хэрэхийн шалтгаант зүрхний өвчнөөр өвчлөөгүй хүмүүст зүрхний оройд хоёр хавтаст хавхлагийн дутагдлын улмаас үүссэн систолын шуугиан (оройн цэгт диастолын дунд үеэс сонсогдох

шуугиантай эсвэл шуугиангүй) эсвэл гол судасны хавхлагийн дутагдлын улмаас үүссэн диастолын шуугиан илэрсэн бол хэрэхийн кардитыг таамаглах нь зүйтэй юм. Түүнчлэн өмнөх шуугианд өөрчлөлт орсон тохиолдолд кардит гэж үзнэ.

Ç¿ððí èé áðè÷èí àèéí ¿ðýãñýé (Myocarditis)

Зүрхний хавхлага гэмтээгүй миокардит дангаараа байх нь хэрэх өвчинд тохирохгүй ба дан ганц миокардитыг оношлогоонд суурь болгож болохгүй [14]. Миокардит нь зүрхний оройн агшилтын эсвэл суурь хэсгийн сулралын шуугиантай хавсарсан байх учиртай. Хэрэв эмнэлзүйд зүрхний дутагдал, рентгенд зүрхний томрол илэрвэл зүрхний булчинт давхрага гэмтсэн гэж үзэж болно. Халдварт эндокардит нь хэрэх өвчний дахилтын үед мөн л нуугдмал байж болдог [15].

Хэрэх өвчний үед зүрхний дутагдал үүсэх нь хүнд хэлбэрийн кардитаар өвчилснийг гэрчлэх ба зүрхний булчин гэмтсэнтэй холбоотой байдаг. Хавхлагийн дутагдал үүсээгүй үед зүүн ховдлын агшилтын үйл ажиллагаа алдагдах нь хэрэх өвчин гэх үндэслэл болохгүй. Ерөнхийдөө зүрхний дутагдлын хам шинж хавхлага хүнд хэлбэрээр гэмтсэнийг нотолдог [16, 17].

***Ç¿ððí èé ¿í öýèöýã òàèúñí ù ¿ðýãñýé*
(Pericarditis)**

Хэрэх өвчний үед үнхэлцэг хальс гэмтвэл шүргэлцэх чимээ, цээжний өвдөлт илэрч болно. Үрэлтийн чимээ нь магадгүй хоёр хавтаст хавхлагийн дутагдлын шуугианыг далдлан нуугдуулж болох ч, үүнийг үнхэлцэг хальсны үрэвсэлийг баталсны дараа л мэддэг. Хавхлагийн дутагдлын шуугиан илрээгүй дан ганц үнхэлцэг хальсны үрэвсэл байх нь хангалтгүй, тиймээс зүрхний хэт авиан шинжилгээгээр хоёр хавтаст хавхлагийн дутагдлыг батална. Зүрхний хэт авиан шинжилгээ нь үнхэлцэг хальсны үрэвслийн хэлбэрийг тодорхойлох, үнхэлцэг хөндийд шингэн байгаа эсэхийг шалгахад тустай байдаг. Хэрэхийн үнхэлцэг хальсны үрэвслийн үед их хэмжээний шингэн эсвэл тампонад маш ховор байдаг [18]. Үнхэлцэг хальсны үрэвслийн үед ЗЦБ-т QRS бүрдэлийн далайц намсах, ST-T өөрчлөгдөх, рентгенд зүрхний томрол илрэнэ. Үнхэлцэг хальсны үрэвслийн аль ч хэлбэрийг хүнд кардиттай адилтгаж эмчилгээг хийнэ.

***Öýðýòèéí äí èí í ç¿ððí èé òããòèããèéí °ã÷í èé*
í í í ø èí ã í ä ç¿ððí èé öýò ààèáí ø èí æèãýýã
öýðýæýóí ù**

Орчин үед зүрхний хэт авиан шинжилгээ нь зүрхний өвчний оношлогоонд гол үүрэг гүйцэтгэж байна. Үүнд цээжний гаднаас, улаан хоолойгоор ба зүрхэн дотроос харах гэсэн аргуудыг ашигладаг [19-21]. Мөн түүнчлэн 3 хэмжээст болон 4 хэмжээст хэт авиан шинжилгээний аргууд гарч ирлээ

[22]. Хэрэхийн кардит болон хавхлагийн өвчнийг оношлоход М-горим, 2 хэмжээст Эхо-доплер ба өнгөт-доплер Эхо тустай байдаг. 2 хэмжээст Эхо шинжилгээгээр бодит дүрслэлд зүрхний анатомийн бүтцийн зураглалыг харж оношлох боломжтой. 2 хэмжээст Эхо-доплер ба өнгөт доплер зүрхний хэт авиан шинжилгээ нь зүрхний хэвийн бус цусны урсгал ба хавхлагийн дутагдлыг илрүүлэхэд хамгийн мэдрэг шинжилгээ юм. 2 хэмжээст эхо-доплер болон өнгөт доплер зүрхний хэт авиан шинжилгээг

ашигласнаар зүрхний үйл ажиллагааны шуугианыг хавхлагийн гажгийн шуугиан гэж хэт оношлохоос сэргийлэх [23] эсвэл эмнэлзүйн илрэлгүй хавхлагийн гажгийг эрт үед нь оношлох ач холбогдолтой [24, 25]. Хоёр хэмжээст зүрхний хэт авиан шинжилгээгээр хоёр хавтаст, гол судас, гурван хавтаст болон уушгины артерийн хавхлагуудын бүтэц, эмгэг байдал, хавхлагийн цагирагыг үнэлэх боломжтой. Өнгөт доплер хэт авиа нь хавхлагаар урсах цусны урсгалд чанарын болон тооны үзүүлэлтийг гаргах, урсгалын зэргийг тодорхойлох боломжтой [29, 37, 40, 41]. Бусад шалтгаантай хавхлагийн эмгэгүүдийг ялган оношлох ба хавхлага шилжүүлэн суулгах хагалгааны хугацааг тодорхойлох боломжтой [41].

ᠶᠢ ᠶᠦᠴᠢᠭᠡᠢ ᠡᠢᠳᠦᠨᠡ ᠠᠵᠢᠳᠡᠨᠡᠳᠦ ᠠᠵᠢᠳᠡᠨᠡᠳᠦ

Зүрхний хэт авиан шинжилгээ нь тосгуур, ховдлын хэмжээ, хавхлагийн зузаарал, пролапс, хавтасны хөдөлгөөн, ховдлын үйл ажиллагааны алдагдал зэргийг мэдээлдэг [26, 31, 32]. Зүрхний дутагдал үүсэх нь хоёр хавтаст болон гол судасны хавхлагийн дутагдлын зэргээс хамааралтай байдаг [33]. Зүрхний булчингийн үйл ажиллагааны алдагдал нь зүрхний дутагдалд хүргэдэг хэдий ч зүүн ховдлын агшилтын үзүүлэлт хэвийн байх нь элбэг бөгөөд мэс заслын эмчилгээний дараа эргэн сайжирдаг [34]. Хоёр хавтаст хавхлагийн үрэвсэл, хавхлагийн цагирагийн өргөсөлт, пролапс, шөрмөсөн хөвч уртсах нь хавхлагийн дутагдлын зэрэгт нөлөөлдөг [33, 35].

ᠠᠵᠢᠳᠡᠨᠡᠳᠦ ᠠᠵᠢᠳᠡᠨᠡᠳᠦ ᠠᠵᠢᠳᠡᠨᠡᠳᠦ ᠠᠵᠢᠳᠡᠨᠡᠳᠦ

Уламжлалт ангиллалаар хавхлагийн дутагдлыг 5 зэргээр үнэлдэг байсан бол орчин үед өнгөт доплер шинжилгээнд үндэслэн хоёр хавтаст хавхлага болон гол судасны хавхлагийн дутагдлыг 6 зэрэгт ангилж байна [36-39].

0: үйл ажиллагааны эсвэл ялимгүй эргэх урсгал, 1.0 см-ээс бага, нарийн, жижиг, үргэлжлэх хугацаа нь богино

0+: маш бага эргэх урсгал 1.0 см-аас их, өргөн, хавхлага дээр эсвэл доор байрлах, эмнэлзүйд илрэлгүй

1+: бага хэмжээтэй эргэх урсгал

2+: дунд хэмжээтэй эргэх урсгал

3+: дунд хэмжээнээс эргэх урсгал нэмэгдэх, тухайлбал урсгал нь хоёр хавтаст хавхлагийн дутагдлын үед зүүн тосгуурт хүрэх, гол судасны хавхлагийн дутагдлын үед зүүн ховдолд хүрэх

4+: их хэмжээтэй эргэх урсгал, зүүн тосгуурт тархсан урсгал, хоёр хавтаст хавхлагийн дутагдлын үед агшилтын эргэх урсгал уушгины венүүд рүү орох, гол судасны хавхлагийн дутагдлын үед илэрхий томорсон зүүн ховдол эргэх урсгалаар дүүрэх

ᠠᠵᠢᠳᠡᠨᠡᠳᠦ ᠠᠵᠢᠳᠡᠨᠡᠳᠦ ᠠᠵᠢᠳᠡᠨᠡᠳᠦ ᠠᠵᠢᠳᠡᠨᠡᠳᠦ

Хоёр хавтаст хавхлагийн нарийсал нь хэрэх өвчний үед элбэг тохиолдох ба ихэнхи тохиолдолд зүрхний мэс заслын заалт болдог. Нарийслын зэрэг нь хавхлагийн онгойлтын талбайгаар тодорхойлогдоно.

Бага зэргийн нарийсал-хоёр хавтаст хавхлагийн онгойлтын талбай 1,6-2,0 см²

Дунд зэргийн нарийсал- хоёр хавтаст хавхлагийн онгойлтын талбай 1,1-1,5 см²

Хүнд зэргийн нарийсал- хоёр хавтаст хавхлагийн онгойлтын талбай <1,0 см²

Гол судасны хавхлагийн нарийслыг хавхлагийн нээлтийн зэргээр тодорхойлно.

Хавхлагийн нарийсал нь дутагдалтай хавсарч илэрч болно.

ᠠᠵᠢᠳᠡᠨᠡᠳᠦ ᠠᠵᠢᠳᠡᠨᠡᠳᠦ ᠠᠵᠢᠳᠡᠨᠡᠳᠦ ᠠᠵᠢᠳᠡᠨᠡᠳᠦ

Хэрэхийн кардитын оношлогоог хоёр хавтаст болон гол судасны хавхлагийн шуугианыг чагналтаар илрүүлэх уламжлалт аргад үндэслэдэг. Хоёр хэмжээст эхо доплер болон өнгөт доплер нь эмнэлзүйн илрэлгүй хавхлагийн дутагдлыг илрүүлдгээрээ ач холбогдолтой юм [42-48].

Орчин үед хэрэхийн оношлогоонд хавхлагийн үрэвслийг цаг алдалгүй оношлох нь нэн чухал ба үүнд зүрхний хэт авиан шинжилгээ нь чухал үүрэг гүйцэтгэж байна [49].

ᠴᠢᠳᠦᠨᠡᠳᠦ ᠠᠵᠢᠳᠡᠨᠡᠳᠦ ᠠᠵᠢᠳᠡᠨᠡᠳᠦ ᠠᠵᠢᠳᠡᠨᠡᠳᠦ

Зүрхний хэт авиан шинжилгээ нь хэрэхийн кардитыг илрүүлэхэд мэдрэг бөгөөд үүний үр дүнд өвчтөн буруу оношлогдох, улмаар хэрэхийн хоёрдогч урьдчилан сэргийлэлтийг дутуу хийх, тавиланг дутуу үнэлэхээс сэргийлэх боломжтой [50, 51]. Хавхлагийн дутагдал нь үзлэгээр тэр бүр илрүүлэх боломжгүй байдаг ба анхдагч хэрэхийн үед зүрхэнд шуугиан илрэхгүй байснаа хяналтын явцад хэрэхийн гаралтай хавхлагийн гажиг үүсэх тохиолдол цөөнгүй байна. Энэ нь чагнах үзлэгийг хэдий сайн хийсэн ч гэсэн кардитыг оношлохгүй үлдээх боломж байгааг илтгэж байна [52, 53].

Хоёр дахь давуу тал нь зүрхний хэт авиан шинжилгээгээр хавхлагийн бүтцийг бүрэн илрүүлэх боломжтой бөгөөд хэрэхийн бус бусад эмгэгүүдийг (хавхлагийн пролапс, гол судас, хоёр хавтаст хавхлагийн төрөлхийн гажиг) ялган оношлох давуу талтай [53]. Нөгөө талаас зүрхний хэт авиан шинжилгээнд үндэслэн хэвийн хавхлагад гарч болох шинж тэмдгийг хэрэхийн кардит гэж хэт оношлохоос сэргийлнэ [53].

ᠶᠢ ᠶᠦᠴᠢᠭᠡᠢ

1. Jones TD. Diagnosis of rheumatic fever. Journal of the American Medical Association, 1944, 126:481-484.
2. Rutstein DD et al. Report of the Committee on Standards and Criteria for Programs of Care of the Council of Rheumatic Fever and Congenital Heart Disease of American Heart Association. Jones Criteria(modified) for guidance in the diagnosis of rheumatic fever. Circulation, 1956, 13:617-620.
3. Stollerman GN et al. Report of the ad hoc Committee on Rheumatic fever and Congenital Heart Disease of American Heart Association: Jones Criteria(revised) for guidance in the diagnosis of rheumatic fever. Circulation, 1965, 32:664-668.
4. Shulman ST et al. Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki disease of the American Heart Association. Jones Criteria (Revised) for guidance in the diagnosis of rheumatic fever. Circulation, 1984, 70:204A-208A.
5. Dajani AS et al. Special writing group of the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki disease of the Council of Cardiovascular Disease in the young of the American Heart Association. Guidelines for the diagnosis of rheumatic fever: Jones Criteria 1992 Update. Journal of the American Medical Association, 1992, 268:2069-2073.
6. Rheumatic fever and rheumatic heart disease. Report of WHO study group. Geneva, World Health Organization, 1988 (Technical Report Series, No. 764).
7. Okuni M. Problems in clinical application of revised Jones

- diagnostic criteria for rheumatic fever. Japanese Heart Journal, 1971, 12:436-441.
8. Massell BF, Narula J. Rheumatic fever and rheumatic carditis. In: Braunwald E, Abelman WH, eds. The atlas of heart diseases. Philadelphia, Current Medicine, 1994:10.1-10.20.
 9. Feinstein AR, Stern EK. Clinical effects of recurrent attacks of acute rheumatic fever: a prospective epidemiologic study of 105 episodes. Journal of Chronic Diseases, 1967, 20:13-27.
 10. Kuttner AG, Meyer FE. Carditis during second attack of rheumatic fever: its incidence in patients without clinical evidence of cardiac involvement in their initial rheumatic fever episode. New England Journal of Medicine, 1963, 268:1259-1262.
 11. Narula J et al. Can Antimyosin scintigraphy supplement the Jones Criteria in the diagnosis of active rheumatic carditis? American Journal of Cardiology, 1999, 84:746-750.
 12. Feinstein AR, Spagnuolo M. Mimetic features of rheumatic fever recurrences. New England Journal of Medicine, 1960, 262:533-540.
 13. Markowitz M. Evolution and critique of changes in Jones criteria for diagnosis of acute rheumatic fever. New Zealand Medical Journal, 1988, 101:392-394.
 14. KrishnaKumar R et al. Epidemiology of streptococcal pharyngitis, rheumatic fever and rheumatic heart disease. In: Narula J et al., eds. Rheumatic fever. Washington, DC, American Registry of Pathology, 1999:41-68.
 15. Kaplan EL, Narula J. Echocardiographic diagnosis of rheumatic fever. Lancet, 2001, 358(9297):2000.
 16. Essop MR, Wisenbaugh T, Sareli P. Evidence against a myocardial factor as the cause of left ventricular dilation in active rheumatic carditis. Journal of the American College of Cardiology, 1993, 22:826-829.
 17. Edwards BS, Edwards JE. Congestive heart failure in rheumatic carditis: valvular or myocardial origin. Journal of the American College of Cardiology, 1993, 22:830-831.
 18. Tan AT, Mah PK, Chia BL. Cardiac tamponade in acute rheumatic carditis. Annals of the Rheumatic Diseases, 1983, 42:699-701.
 19. Feigenbaum H, Zaky A, Waldhausen JA. Use of ultrasound in the diagnosis of pericardial effusion. Annals of Internal Medicine, 1966, 65:443-452.
 20. Seward JB et al. Transesophageal echocardiography: technique, anatomic correlations, implementation and clinical applications. Mayo Clinic Proceedings, 1988, 63:649-680.
 21. Minich LL et al. Role of echocardiography in the diagnosis and follow-up Evaluation of rheumatic carditis. In: Narula et al., eds. Rheumatic fever. Washington, DC, American Registry of Pathology, 1994:307-318.
 22. Sahn DJ. Directions for the use of intracardiac high-frequency ultrasound scanning for monitoring pediatric interventional catheterization procedures. Echocardiography, 1990, 7:465-468.
 23. Pandian NG et al. Three-dimensional and four-dimensional transesophageal echocardiographic imaging of the heart and aorta in humans using a computed tomographic imaging probe. Echocardiography, 1992, 9:677-687.
 24. Regmi PR, Pandey MR. Prevalence of rheumatic fever and rheumatic heart disease in school children of Kathmandu city. Indian Heart Journal, 1997, 49:518-520.
 25. Shah PM. Quantitative assessment of mitral regurgitation. Journal of the American College of Cardiology, 1989, 13:591-593.
 26. Yoshida K et al. Colour Doppler evaluation of valvular regurgitation in normal subjects. Circulation, 1988, 78:840-847.
 27. Lembo NJ et al. Mitral valve prolapse in patients with prior rheumatic fever. Circulation, 1988, 77:830-836.
 28. Brand A, Dollberg S, Keren A. The prevalence of valvular regurgitation in children with structurally normal hearts: a colour Doppler echocardiographic study. American Heart Journal, 1992, 123:177-180.
 29. Narula J, Chandrasekhar Y, Rohimtoola S. Diagnosis of acute rheumatic carditis: the echoes of change. Circulation, 1999, 100:1576-1581.
 30. Jae K.O, James BS, A. Jamil Tajik. The Echo Manual. Lippincott Williams & Wilkins, 2007, 206-218.
 31. Yock PG, Schnittger I, Popp RL. Is continuous wave Doppler too sensitive in diagnosing pathologic valvular regurgitation? Circulation, 1984, 70:381.
 32. Zhou LY, Lu K. Inflammatory valvular prolapse produced by acute rheumatic carditis: echocardiographic analysis of 66 cases of acute rheumatic carditis. International Journal of Cardiology, 1997, 58:175-178.
 33. Vasan RS et al. Echocardiographic evaluation of patients with acute rheumatic fever and rheumatic carditis. Circulation, 1996, 94:73-82.
 34. Edwards BS, Edwards JE. Congestive heart failure in rheumatic carditis: valvular or myocardial origin? Journal of the American College of Cardiology, 1993, 22:830-831.
 35. Essop MR et al. Evidence against a myocardial factor as the cause of left ventricular dilation in active rheumatic carditis. Journal of the American College of Cardiology, 1993, 22:826-829.
 36. Helmcke F et al. Colour Doppler assessment of mitral regurgitation with orthogonal planes. Circulation, 1987, 75:175-183.
 37. Spain MG et al. Quantitative assessment of mitral regurgitation by Doppler colour flow imaging. Journal of the American College of Cardiology, 1989, 13:585-590.
 38. Wu YT et al. Semiquantitative assessment of mitral regurgitation by Doppler colour flow imaging in patients aged above 20 years. American Journal of Cardiology, 1993, 71:727-732.
 39. Nakatani S et al. Noninvasive estimation of LV end-diastolic pressure using transthoracic Doppler-determined pulmonary venous atrial flow reversal. American Journal of Cardiology, 1994, 73:1017-1018.
 40. Rodriguez L et al. Validation of the proximal flow convergence method. Circulation, 1993, 88:1157-1165.
 41. Donoan CL, Starling MR. Role of echocardiography in the timing of surgical intervention for chronic mitral and aortic regurgitation. In: Otto CM, ed. The practice of clinical echocardiography. Philadelphia, PA, WB Saunders Co., 1997:327-354.
 42. Folger GM et al. Doppler echocardiographic findings of mitral and aortic valvular regurgitation in children manifesting only rheumatic arthritis. American Journal of Cardiology, 1989, 63:1278-1280.
 43. Abernethy M et al. Doppler echocardiography and the early diagnosis of acute rheumatic fever. Australian and New Zealand Journal of Medicine, 1994, 24:530-535.
 44. Wilson NJ, Neutze JM. Echocardiographic diagnosis of subclinical carditis in acute rheumatic fever. International Journal of Cardiology, 1995, 50:1-6.
 45. Agarwal PK et al. Usefulness of echocardiography in detection of subclinical carditis in acute rheumatic polyarthritis and rheumatic chorea. Journal of the Association of Physicians in India, 1998, 46:937-938.
 46. Calleja HB, Guzman SV. Advocacy for echocardiography in Jones criteria for the diagnosis of rheumatic fever. Manila, Philippine Foundation for the Prevention and Control of Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease, 2001:27-33.
 47. Figueroa FE et al. Prospective comparison of clinical and echocardiographic diagnosis of rheumatic carditis. Heart, 2001, 85:407-410.
 48. Voss LM et al. Intravenous immunoglobulin in acute rheumatic fever. Circulation, 2001, 103:401-406.
 49. В.А.Насонова, Н.Н.Кузьмина, Б.С.Белов. Современный взгляд на проблему острой ревматической лихорадки. Педиатрия, 2003, 3:16-20.
 50. Taranta A et al. Rheumatic fever in children and adolescents. Annals of Internal Medicine, 1964, 60:58-67.
 51. Feinstein AR et al. Rheumatic fever in children and adolescents. Clinical features of streptococcal infection and rheumatic recurrences. Annals of Internal Medicine, 1964, 60:68-86.
 52. Mangione S et al. The teaching and practice of cardiac auscultation during internal medicine and cardiology training. Annals of Internal Medicine, 1993, 119:47-54.
 53. Shaver JA. Cardiac auscultation: a cost-effective diagnostic skill. Current Problems in Cardiology, 1995, 20:441-532.

^aНэг генийн эмгэг буюу Менделийн эмгэгийн цахим мэдээллийн сан (Online Mendelian Inheritance in Man, OMIM at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=OMIM>). ШМТӨ - Шарко-Мари-Тутын өвчин; PHX - рибонуклейн хүчил; CCFDN, Congenital Cataracts Facial Dysmorphism Neuropathy - Болор цайх төрөлхийн эмгэг, нүүрний төрхийн өөрчлөлт хавсран илрэх невропати.

***MTMR2* ãáí èéí ì óààòààò í ° öö° èä° ö Ø Ì Õ 4B1 öýéáýð**

1996 онд Bolino нарын судлаачид ШМТӨ4B1 хэлбэрийг нөхцөлдүүлэгч локусыг (11q23) анх тодорхойлсон.¹⁴ Улмаар хромосомын 11q23 локуст байрлах *MTMR2* генийн цэгэн мутац ШМТӨ4B1 хэлбэрийг нөхцөлдүүлж байгааг тодорхойлсон.¹⁵

ШМТӨ4B1 хэлбэр нь захын болон төвийн гаралтай саа, саажилтаар илрэх харьцангуй хүнд невропати юм. Өвчтөн 30 наснаас өмнө суугаа болж 40-50 нас хүрэхэд нас бардаг байна. Эдийн шинжилгээнд аксон ширхэгийг хучих нягт миелин бүрхүүл нугларсан байх нь ШМТӨ4B хэлбэрийг бусад ШМТӨ4 хэлбэрүүдээс ялган оношлох чухал шинж юм.³

MTMR2 уураг нь миотубуларины бүлгийн уураг юм. Миотубуларинууд нь фосфотирозин, фосфосерин, фосфоинозитид зэрэг фосфоржсон нэгдлүүдийг фосфоргүйжүүлэхэд оролцдог.¹⁶ *MTMR2* уураг нь Шваны эсэд экспресслэгдэж эсийн доторх уургийн ялган ангилалт (protein sorting), уургийн зөөгдөлт, уургийн задралын процесст чухал үүрэгтэй болох нь тогтоогдоод байна.^{17, 18}

Иймд *MTMR2* генийн мутацаар нөхцөлдөх ШМТӨ4B1 хэлбэрийн үед миелинжилт буюу Шваны эс ялгаран хөгжих процесст оролцдог фосфоргүйжүүлэх ферментийн фосфатазын идэвх буурсанаас эсийн доторх уургийн ялган ангилалт, зөөгдөлт, задрал зэрэг процессууд алдагддаг байна.

***MTMR13 (SBF2)* ãáí èéí ì óààòààò í ° öö° èä° ö Ø Ì Õ 4Å2 öýéáýð**

Эмнэлзүйн шинж тэмдгийн хувьд ШМТӨ4B1 ба ШМТӨ4B2 хэлбэрүүд огт ялгагдахгүй. Аксон ширхэгийг хучих нягт миелин бүрхүүл нугларах шинж эдийн шинжилгээнд илэрдэг.³ Итали гаралтай гэр бүлийн гишүүдэд илэрсэн аутосомын рецессив генээр удамших ШМТӨ-ний генетикийн хүчин зүйлийг тодорхойлоход ШМТӨ4-ийн урьд нь тодорхойлогдож байсан кандидат локусууд илрээгүй бөгөөд харин шинэ 11p15 локус тодорхойлогдсон.¹⁹ Улмаар 2003 онд ШМТӨ4B2 бүхий гэр бүлд миотубуларины бүлгийн өөр нэгэн уургийг кодлогч ген болох *MTMR13* генийн мутацыг тодорхойлсон.²⁰

MTMR13 уураг нь *MTMR2* уургийн адил фосфатазын идэвхт уураг бөгөөд эмгэг үүсгэх патмеханизм нь *MTMR2*-той ижил юм. *MTMR13* болон *MTMR2* уургууд нь өөр хоорондоо харилцан үйлчлэлцэж фосфорт нэгдлийг фосфоргүйжүүлэх ферментийн идэвхийг үзүүлдэг. *MTMR13* уураг нь *MTMR2* уургийг идэвхжүүлэхээс гадна бие даан фосфатазын идэвхт үйл ажиллагааг явуулдаг.^{18, 21}

***SH3TC2 (KIAA1985)* ãáí èéí ì óààòààò í ° öö° èä° ö Ø Ì Õ 4Ñ öýéáýð**

1993 онд ШМТӨ4A хэлбэрийг нөхцөлдүүлэгч локус (8q13-q21.1), 1996 онд ШМТӨ4 B1 хэлбэрийг

нөхцөлдүүлэгч локус (11q23) илэрсэний дараагаар 1996 онд Le Guern нарын судлаачид ШМТӨ4C хэлбэрийг нөхцөлдүүлэгч локусыг (5q23-q33) төрөл ойртолт бүхий Алжир гаралтай 2 гэр бүлийн гишүүдэд тодорхойлсон.^{4, 14, 22} ШМТӨ4C хэлбэрийн үед аутосомын рецессив генээр удамших, миелингүйжих ШМТӨ-ний эмнэлзүйн үндсэн шинжүүд илэрдэг.

Senderek нарын судлаачид аутосомын рецессив генээр удамших, миелингүйжих ШМТӨ бүхий Герман, Итали, Грек, Иран, Турк гаралтай 12 гэр бүлийн гишүүдэд *SH3TC2* генийн 11 төрлийн мутацыг илрүүлсэн. *SH3TC2* ген нь захын мэдрэлийн эсүүдийг оролцуулаад мэдрэлийн олон төрлийн эсүүдэд экспресслэгддэг.²³ 2006 онд хэвлэгдсэн Azzedine нарын судалгаанд аутосомын рецессив генээр удамших, миелингүйжих ШМТӨ-тэй 10 гэр бүлийг хамруулсан бөгөөд *SH3TC2* генийн 10 мутац тодорхойлогдсоноос найм нь Senderek нарын судалгаанд дурьдагдаагүй шинэ мутацууд байсан. ШМТӨ4C хэлбэрийг оношлох эмнэлзүйн ач холбогдолтой шинж нь багана нурууны деформаци өөрчлөлт байж болохыг дурьдсан байна.²⁴

SH3TC2 уураг нь TRP болон SH домэйнүүдийг агуулна. *SH3TC2* уургийн TRP домэйн нь уураг засах процесс (chaperone function), уургийн зөөвөрлөлт, митоз хуваагдал, рибонуклейн хүчлийн (PHX) синтез зэрэг эсийн дотоод процесст оролцдог бол SH домэйн нь эс хоорондын харилцан үйлчлэл, эсийн гадаргуугаас бөөм рүү дохио дамжуулахад оролцдог байна.²⁴ Иймд *SH3TC2* генийн мутацаар нөхцөлдөх ШМТӨ4C хэлбэрийн үед захын мэдрэлийн системд тухайлбал аксон ширхэгийг хучих Шваны эсийн доторх болон бусад эсүүдтэй харилцан үйлчлэлцэх олон төрлийн процессууд алдагддаг байна.

***NDRG1* ãáí èéí ì óààòààò í ° öö° èä° ö Ø Ì Õ 4D öýéáýð**

ШМТӨ4D хэлбэрийг Ломын УМСН гэж нэрлэдэг. Kalaydjieva нарын судлаачид 1996 онд Болгарын Лом (Lom) хотын нэгэн гэр бүлд маш ховор тохиолддог аутосомын рецессив генээр удамших УМСН-ийг анх тодорхойлсон. ШМТӨ4D хэлбэртэй гэр бүлд бусад аутосомын рецессив генээр удамших ШМТӨ1-ийн генетикийн хэлбэрүүдийг нөхцөлдүүлэгч локусууд илрээгүй бөгөөд харин хромосомын 8q24 хэсэгт эмгэг уялдаат шинэ генетикийн хүчин зүйл тодорхойлогдсон. Эмгэг бага насанд доод мөчдийн сулралаар эхэлж 5-15 хүртэлх насанд дээд мөчдийн саагаар даамжирч байсан. Ихэнх өвчтөнүүд 25-50 хүртэлх насанд суугаа болдог байна.^{25, 26}

NDRG1 генийн мутац (Arg148Stop) нь стоп кодоныг агуулах тул бүрэн бус, богино *NDRG1* уургийг нийлэгжүүлдэг. Бүтцийн хувьд бүрэн бус байгаа уураг нь үйл ажиллагааны хувьд ч дутагдалтай байх нь дамжиггүй. *NDRG1* нь фосфоржих процесст оролцдог хэд хэдэн бүтцүүдийг агуулдаг. *NDRG1* генийн үүрэг, үйл ажиллагаа тодорхойгүй байгаа хэдий ч Шваны эсийг оролцуулан маш олон төрлийн эсийн гадаргууд экспресслэгдэж эсийн ялгаран хөгжил, өсөлтийн зохицуулгад оролцдог байж магадгүй гэсэн таамаглалууд байдаг.²⁷

***EGR2* ãáí èéí ì óààòààò í ° öö° èä° ö Ø Ì Õ 4E öýéáýð**

Хүүхэд төрөх үед эмнэлзүйн шинж тэмдэг бүдэг байснаа хөдөлгөөний хөгжлийн хоцрогдолоор илэрдэг.

Мөчдийн дисталь булчин төдийгүй проксимал хэсэгт ч сулрал, хатингаршил илэрдэг. Электрофизиологийн шинжилгээнд мМСДХ нь 3-8м/с хүрч онцгой удааширна. Эдийн шинжилгээнд миелингүйжилтийн шинж илэрнэ. *EGR2* генийн мутац ШМТӨ4Е хэлбэрийг нөхцөлдүүлнэ.²⁸ Түүнчлэн аутосомын доминант генээр удамших ШМТӨ1D хэлбэрийг *EGR2* генийн мутац нөхцөлдүүлдэг.

EGR2 уураг нь нягт миелин бүрхүүлийн бүтцийн уургуудыг кодлогч генийн транскрипцийг эхлүүлж чаддаг учраас транскрипцийн фактор гэж нэрлэгддэг. Шваны эсэд эхэлж *EGR2* уураг нийлэгжсэний дараагаар нягт миелин бүрхүүлийн бүтцийн уургууд (*PMP22*, *MPZ*, *Cx32/GJB1*, *PRX*) нийлэгждэг.^{29, 30} Өөрөөр хэлбэл *EGR2* уураг нь миелинжих процессийг эхлүүлэх дохио болдог. Иймд *EGR2* генийн мутацаар нөхцөлдөх ШМТӨ4Е хэлбэрийн үед нягт миелин бүрхүүлийн бүтцийн уургуудын нийлэгжил болдоггүй байна.

***PRX* ãáí èéí ì óòàòààð í ° öö° èä° ö Ø Ì Ò 4F öýéáýð**

2000 онд Delague нарын судлаачид төрөл ойртолт бүхий гэр бүлийн гишүүдэд илэрсэн аутосомын рецессив генээр удамших миелингүйжих ШМТӨ-ний шинэ локусыг (9p13.1-13.3) тодорхойлсон. ШМТӨ4-ийн шинэ хэлбэр байж болохыг дурьдаад ШМТӨ4F гэсэн нэршлийг гаргасан. ШМТӨ4F нь эмнэлзүйн хүнд хэлбэр юм. Хүүхэд 12-18 сартайд сууж, ойролцоогоор 24 сартайд алхаж байсан нь хөдөлгөөний хөгжлийн хоцрогдлыг илтгэнэ. Биопсийн шинжилгээнд миелингүйжилтийн болон аксоны гэмтлийн шинжүүд хавсран илэрдэг.³¹

Í ãðèàèñèí (*PRX*) уураг нь зөвхөн Шваны эсүүдэд нийлэгждэг. Транскрипцийн дараах процессингийн шатанд мэдээллийн рибонуклейн хүчлийн (мРНХ) альтернатив сплайсингийн дүнд *S* ба *L* гэсэн 2 төрлийн *í ãðèàèñèí* уургийн мэдээллийг агуулсан бие гүйцсэн мРНХ үүсдэг. Нийлэгжсэн *S-í ãðèàèñèí* нь цитоплазмд хуримтлагддаг бол *L-í ãðèàèñèí* нь Шваны эс бие гүйцээгүй байхад бөөмөнд хадгалагдаж байснаа ялгаран хөгжсөний дараагаар мембран руу шилжин байрладаг.^{32, 33} Шваны эсийн мембраны гаднах давхаргад байрлах *L-í ãðèàèñèí* нь дистрофин холбоот уураг, дистрогликан, аксоны гаднах бүрхүүлтэй (*basal lamina*) дэс дараалан холбогдож нэгдмэл бүтцийг үүсгэдэг. Нөгөөтэйгүүр *S-í ãðèàèñèí* нь эсийн мембраны дотор хэсэгт байрлаж актин зэрэг эсийн араг ясыг (цитоскелет) бүрдүүлэгч уургуудтай холбогддог.³⁴ Энэ бүгдээс үзэхэд периаксинууд нь олон төрлийн уургуудтай холбогдож эсийн дотоод, гадаад хэсэгт араг ясыг бүрдүүлж байна. Иймд ШМТӨ4F хэлбэрийн үед Шваны эсийн ялгаран хөгжил буюу миелинжилт хэвийн байх боловч *PRX* генийн мутацийн улмаас эсийн араг ясыг бүрдүүлэгч уургийн дутагдал болж миелинжсэн аксон ширхэгийг хучих гадна бүрхүүл тогтворгүй болдог. Улмаар хэлбэржсэн Шваны эсүүд буюу нягт миелин бүрхүүл задарч миелингүйжилтийг үүсгэдэг.

***CTDP1* ãáí èéí ì óòàòààð í ° öö° èä° ö áí èí ð óàéó ð ° öèèéí ýí äýä í ÷÷ðí èé ð ðòèéí ° ° ð÷è° èò óàãñðáí èèðýò í áàðí ì àòè**

Болгар гаралтай гэр бүлд аутосомын рецессив генээр удамших миелингүйжих ШМТӨ-ний шинжээс гадна болор цайх төрөлхийн эмгэг, нүүрний төрх

өөрчлөгдөх шинж (*facial dysmorphic features*), хөнгөн хэлбэрийн оюуны хомсдол, намхан нуруу, гипогонадизм зэрэг эмнэлзүйн олон хам шинжүүд хосолж илэрсэн. Илэрч буй хам шинжээр нь болор цайх төрөлхийн эмгэг, нүүрний төрхийн өөрчлөлт хавсран илрэх невропати гэж нэрлэх болсон (*CCFDN*, *Congenital cataracts facial dysmorphism neuropathy*). Хромосомын 18q23-qter хэсэгт эмгэг уялдаат locus тодорхойлогдсон.³⁵ Улмаар 2003 онд болор цайх төрөлхийн эмгэг, нүүрний төрхийн өөрчлөлт хавсран илрэх невропати нь *CTDP1* генийн цэгэн мутацаар нөхцөлдөж байгааг тогтоосон.³⁶

CTDP1 нь РНХ полимераза II-ын бүтцийн үндсэн нэгж болох фосфатазын идэвхт домэйний уураг юм. Иймд *CTDP1* генийн мутацаар нөхцөлдөх болор цайх төрөлхийн эмгэг, нүүрний төрхийн өөрчлөлт хавсран илрэх невропацийн үед генийн экспрессийн транскрипцийн шатанд РНХ полимераза II эсгэгийн оролцоотойгоор транскрипт буюу мРНХ үүсэх процесс алдагддаг байна.^{36, 37}

Ø Ì Ò 4G öýéáýð

ШМТӨ4G хэлбэрийг Руссегийн УМСН гэж нэрлэдэг. Rogers нарын судлаачид Болгар гаралтай гэр бүлүүдийг хамруулсан судалгаагаар аутосомын рецессив генээр удамших миелингүйжих УМСН-ийн 3 локусыг тодорхойлсон. Үүнд: 1-рт 1996 онд Ломын УМСН-ийг нөхцөлдүүлэгч locus (8q24), 2-рт 1999 онд болор цайх төрөлхийн эмгэг, нүүрний төрх өөрчлөлт хавсран илрэх невропацийг нөхцөлдүүлэгч locus (18q23-qter), 3-рт 2000 онд Руссегийн УМСН-ийг нөхцөлдүүлэгч локусыг (10q23) тус тус илрүүлсэн.^{25, 35, 38}

Руссегийн УМСН-тай өвчтөн 40-50 хүртэлх насанд доод мөчдийн булчин нийтдээ саажиж улмаар мэдрэхүй алдагддаг байна. Хромосомын 10q23 хэсэгт ойрхон орших *EGR2* ген нь Руссегийн УМСН-ийн үед ач холбогдолтой байж болох юм гэсэн таамаглал байдаг.³⁸

***FGD4* ãáí èéí ì óòàòààð í ° öö° èä° ö Ø Ì Ò 4H öýéáýð**

Энэхүү хэлбэрийн талаар 2004 оны 7 сард болсон Европ, Хойд Америкийн ШМТӨ-ний холбооны хурал дээр анх хэлэлцэгдэж, улмаар 2005 онд хэвлэлд нийтлэгдсэн. Ливан, Алжир гаралтай төрөл ойртолт бүхий 2 гэр бүлийн 10 гишүүнд аутосомын рецессив генээр удамших, миелингүйжих ШМТӨ тодорхойлогдсон. Кандидат локусыг илрүүлэх шинжилгээг нийт геном даяар явуулсан бөгөөд аутосомын рецессив генээр удамших, миелингүйжих ШМТӨ-ний өмнөх хэлбэрүүдэд тодорхойлогдож байгаагүй шинэ локусыг (12q11.21-q13.11) илрүүлсэн.^{39, 40} Улмаар уг судалгааны баг кандидат локусын ойролцоох генүүдийг шинжлэн судалсаны үр дүнд ШМТӨ4H хэлбэрийг нөхцөлдүүлж байж болох генийн мутацыг тодорхойлсон. Энэ нь *FGD4* болон *FRABIN* уургуудыг нэгэн зэрэг кодлогч *FGD4* генийн мутац юм.⁴¹

FRABIN уураг нь гуанозин трифосфат (ГТФ) холбоот уургийн (GTP-binding protein) бүлэгт багтдаг. ГТФ холбоот уураг нь эсийн дотоод, гадаад дохио дамжуулах процесст молекулыг идэвхжүүлэх (*molecular switch*) замаар оролцдог. *FRABIN* уураг нь Cdc42 (*cell division control protein 42*) молекулд өвөрмөц уураг юм. *FRABIN* уургийн нөлөөгөөр Cdc42 молекул нь ГТФ-тай холбогдож идэвхжих бөгөөд улмаар актин, микротубул

зэрэг эсийн араг ясыг бүрдүүлэгч уургуудад үйл ажиллагааны дохиог дамжуулдаг байна.⁴¹ Иймд *FGD4* генийн мутацаар нөхцөлдөх ШМТӨ4Н хэлбэрийн үед эсийн доторх болон эс хоорондын дохио дамжуулалт алдагдаж, дохио дамжуулалтын бай уураг болох актин, микротубул зэрэг эсийн араг ясыг бүрдүүлэгч уургуудтай холбоотой эсийн хуваагдал, туйлшрал, нүүдэллэлт зэрэг процессууд алдагддаг байна.

SAC3 *äáí èéí ì óäöààð í ° öö° ää° ö Ø Ì Ò 4J öyëáýð*

Аутосомын рецессив генээр удамших, миелингүйжих ШМТӨ-ний хамгийн сүүлд, 2007 онд тодорхойлогдсон шинэ хэлбэр юм. ШМТӨ4J нь хүнд невропати бөгөөд гэр бүлийн гишүүд тахир дутуу болох нь бий. Электрофизиологийн шинжилгээнд мМСДХ буурдаг. Биопсид аксон ширхэг арилж үгүй болох түүнчлэн миелингүйжих, эргэн миелинжих шинжүүд хосолж илэрдэг. Зарим өвчтөнүүдэд 5 нас хүрэхэд эмнэлзүйн шинж тэмдэг илэрсэн байсан. ШМТӨ4J хэлбэрийг хромосомын 6q21 локуст орших *SAC3* генийн мутац нөхцөлдүүлдэг.⁴²

SAC3 нь фосфатидил инозитол 3, 5-бифосфатын синтезийн зохицуулгын уураг юм. Фосфатидил инозитол 3, 5-бифосфат нь эсийн мембраны бага (minor) фосфолипид бөгөөд липид киназа ферментийн тусламжтайгаар эсийн дотоод цэврүүт зөөгдөлтийг идэвхжүүлэх дохио болдог.⁴² Иймд *SAC3* генийн мутацаар нөхцөлдөх ШМТӨ4J хэлбэрийн үед эсийн дотоод зөөвөрлөлтийн процесс алдагддаг байна.

Äzã yëò:

ШМТӨ1 өвчний молекул генетикийн механизм нь миелинжих процесст оролцогч уургуудын дутагдал болсноор миелингүйжилт үүсэх явдал юм. Аутосомын рецессив генээр удамших ШМТӨ1-ийн үед Шваны эсэд нийлэгжих уураг, молекулууд, тэдгээрийн харилцан үйлчлэл бүхий л шатандаа алдагддаг. Тухайлбал, Шваны эсэд бүтцийн үндсэн уургуудын генийн экспрессийг эхлүүлэгч уураг дутагдах, транскрипцийн бүтээгдэхүүн болох транскрипт үүсэхэд оролцогч фермент дутагдах, трансляцийн дараах уургийн зөөвөрлөлт, ялган ангилалт, задралын процесс алдагдах, эсийн гаднах матрикс болон эсийн дотоод араг ясыг бүрдүүлэгч элементүүд дутагдах, эс хоорондын дохио дамжуулалт, эсийн хуваагдал, ялгаран хөгжил алдагдах зэрэг болно. Аутосомын рецессив генээр удамших ШМТӨ1-тэй харьцуулахад аутосомын доминант генээр удамших ШМТӨ1-ийн үед миелинжих процесст оролцогч бүтцийн үндсэн уургуудын дутагдал илүүтэй болдог нь сонирхолтой юм. Тухайлбал, ШМТӨ1А болон ШМТӨ1В хэлбэрийн үед мэдрэлийн аксон ширхэгийг хучих нягт миелин бүрхүүлийн бүтцийн уургууд болох *PMP22*, *MPZ* уургуудын үйл ажиллагаа алдагддаг.^{43, 44}

ШМТӨ1-ийн аутосомын рецессив генээр удамших хэлбэрүүд нь аутосомын доминант генээр удамших хэлбэрүүдтэй харьцуулахад эмнэлзүйн хувьд хүнд эмгэг юм. Хүүхэд төрөх үед, цаашилбал 10 хүртэлх насанд эмнэлзүйн шинж тэмдэг илэрсэн байдаг. ШМТӨ4В1 болон ШМТӨ4В2 хэлбэрүүдийг бусад хэлбэрүүдээс ялган оношлох онцлог шинж бол миелин бүрхүүл нугларах гистопатологийн шинж юм. Аутосомын рецессив генээр удамших ШМТӨ1-ийн зарим хэлбэрүүдийн (ШМТӨ4D, болор цайх төрөлхийн эмгэг,

нүүрний төрхийн өөрчлөлт хавсран илрэх невропати) үед захын мэдрэлийн системийн хам шинжүүдээс гадна бусад эрхтэн системийн эмгэг, гажууд хавсран тохиолддог байна. Түүнчлэн аутосомын рецессив генээр удамших ШМТӨ1-ийн зарим хэлбэрүүдийн үед тухайлбал, ШМТӨ4С хэлбэрийн үед багана нурууны деформац өөрчлөлт нь эмнэлзүйн онцлог шинж байж болохыг дурьдсан байна. Манай орны хүн амын дунд тодорхойлогдсон аутосомын доминант генээр удамших ШМТӨ1А хэлбэрийн үед багана нурууны деформац өөрчлөлт болох кифоз, сколиоз зэрэг эмнэлзүйн онцлог шинжүүд илэрсэн.⁴⁵

ШМТӨ4С, ШМТӨ4F, ШМТӨ4Н хэлбэрүүдийг төрөл ойртолт бүхий гэр бүлүүдэд анх тодорхойлсон нь хүн амын дундах төрөл ойртолт нь уг эмгэгийн эрсдэлт хүчин зүйл болохыг харуулж байна. Манай орны хувьд ШМТӨ-ний хэлбэрүүдийг тодорхойлох судалгаа шинжилгээний ажлууд хийгдэж байгаа хэдий ч одоогоор аутосомын рецессив генээр удамших ШМТӨ1-ийн хэлбэрийг тодорхойлсон үр дүн хараахан байхгүй байна. ШМТӨ-ний эмнэлзүйн болон генетикийн хэлбэрүүдийг нарийвчлан тодорхойлж гэр бүл төлөвлөлтийн ба генетикийн зөвлөгөөг өгч урьдчилсан сэргийлэлтийн асуудлыг хөндөх, цаашилбал эмгэгийн эрсдэлт хүчин зүйлсийг бууруулахад чиглэгдсэн арга зүйг боловсруулах шаардлага урган гарч байна.

Í ì çé

1. Евгеньевич ВЮ, Алексеевич ТМ, Михайлович БЮ, Дмитриевна БЕ, Анатольевна ИСИ, и другие. (1998). Наследственные болезни нервной системы. Москва: Медицина, Стр301-321.
2. Thomas PK, King RH, Small JR, Robertson AM. (1996). The pathology of Charcot-Marie-Tooth disease and related disorders. *Neuropathol Appl Neurobiol*, 22:269-284.
3. Quattrone A, Gambardella A, Bono F, Aguglia U, Bolino A, et al. (1996). Autosomal recessive hereditary motor and sensory neuropathy with focally folded myelin sheaths: clinical, electrophysiologic, and genetic aspects of a large family. *Neurology*, 46:1318-1324.
4. Ben Othmane K, Hentati F, Lennon F, Ben Hamida C, Blel S, Roses A, et al. (1993a). Linkage of a locus (CMT4A) for autosomal recessive Charcot-Marie-Tooth disease to chromosome 8q. *Hum Mol Gen*, 2:1625-1628.
5. Liu H, Nakagawa T, Kanematsu T, Uchida T, Tsuji S. (1999). Isolation of 10 differentially expressed cDNAs in differentiated Neuro2a cells induced through controlled expression of the GD3 synthase gene. *J Neurochem*, 72(5):1781-1790.
6. Baxter RV, Ben Othmane K, Rochelle JM, Stajich JE, Hulette C, et al. (2001). Ganglioside-induced differentiation-associated protein-1 is mutant in Charcot-Marie-Tooth disease type 4A/8q21. *Nat Genet*, 30(1):21-22.
7. Barhoumi C, Amouri R, Ben Hamida C, Ben Hamida M, Machghoul S, et al. (2001). Linkage of a new locus for autosomal recessive axonal form of Charcot-Marie-Tooth disease to chromosome 8q21.3. *Neuromuscul Disord*, 11(1):27-34.
8. Palau F, Cuesta A, Pedrola L, Sevilla J, Garcia-Planells J, et al. (2001). Mutations in the ganglioside-induced differentiation-associated protein 1 (GDAP1) gene cause axonal Charcot-Marie-Tooth disease. *Abstract American Society of Human Genetics*: Abstract Nr, 105.
9. Claramunt R, Pedrola L, Sevilla T, Lypez de Munain A, Berciano J, et al. (2005). Genetics of Charcot-Marie-Tooth disease type 4A: mutations, inheritance, phenotypic variability, and founder effect. *J Med Genet*, 42(4):358-365.
10. Nelis E, Erdem S, Van Den Bergh PY, Belpaire-Dethiou MC, Ceuterick C, et al. (2002). Mutations in GDAP1: autosomal recessive CMT with demyelination and axonopathy. *Neurology*, 59(12):1865-1872.

11. Senderek J, Bergmann C, Ramaekers VT, Nelis E, Bernert G, et al. (2003c). Mutations in the ganglioside-induced differentiation-associated protein-1 (GDAP1) gene in intermediate type autosomal recessive Charcot-Marie-Tooth neuropathy. *Brain*, 126(Pt 3):642-649.
12. Marco A, Cuesta A, Pedrola L, Palau F, Магнн I. (2004). Evolutionary and structural analyses of GDAP1, involved in Charcot-Marie-Tooth disease, characterize a novel class of glutathione transferase-related genes. *Mol Biol Evol*, 21(1):176-187.
13. Pedrola L, Espert A, Wu X, Claramunt R, Shy ME, Palau F. (2005). GDAP1, the protein causing Charcot-Marie-Tooth disease type 4A, is expressed in neurons and is associated with mitochondria. *Hum Mol Genet*, 14(8):1087-1094.
14. Bolino A, Brancolini V, Bono F, Bruni A, Gambardella A, et al. (1996). Localization of a gene responsible for autosomal recessive demyelinating neuropathy with focally folded myelin sheaths to chromosome 11q23 by homozygosity mapping and haplotype sharing. *Hum Mol Genet*, 5(7):1051-1054.
15. Bolino A, Muglia M, Conforti FL, LeGuern E, Salih MA, et al. (2000). Charcot-Marie-Tooth type 4B is caused by mutations in the gene encoding myotubularin-related protein-2. *Nat Genet*, 25(1):17-19.
16. Taylor GS, Maehama T, Dixon JE. (2000). Inaugural article: myotubularin, a protein tyrosine phosphatase mutated in myotubular myopathy, dephosphorylates the lipid second messenger, phosphatidylinositol 3-phosphate. *Proc Natl Acad Sci USA*, 97:8910-8915.
17. Michell RH, Heath VL, Lemmon MA, Dove SK. (2006). Phosphatidylinositol 3,5-bisphosphate: metabolism and cellular functions. *Trends Biochem Sci*, 31(1):52-63.
18. Berger P, Niemann A, Suter U. (2006a). Schwann cells and the pathogenesis of inherited motor and sensory neuropathies (Charcot-Marie-Tooth disease). *Glia*, 54(4):243-257.
19. Ben Othmane KB, Johnson E, Menold M, Graham FL, Hamida MB, et al. (1999). Identification of a new locus for autosomal recessive Charcot-Marie-Tooth disease with focally folded myelin on chromosome 11p15. *Genomics*, 62:344-349.
20. Senderek J, Bergmann C, Weber S, Ketelsen UP, Schorle H, et al. (2003a). Mutation of the SBF2 gene, encoding a novel member of the myotubularin family, in Charcot-Marie-Tooth neuropathy type 4B2/11p15. *Hum Mol Genet*, 12(3):349-356.
21. Berger P, Berger I, Schaffitzel C, Tersar K, Volkmer B, et al. (2006b). Multi-level regulation of myotubularin-related protein-2 phosphatase activity by myotubularin-related protein-13/set-binding factor-2. *Hum Mol Genet*, 15(4):569-579.
22. Le Guern E, Guilbot A, Kessali M, Ravise N, Tassin J, et al. (1996). Homozygosity mapping of an autosomal recessive form of demyelinating Charcot-Marie-Tooth disease to chromosome 5q23-q33. *Hum Mol Genet*, 5:1685-1688.
23. Senderek J, Bergmann C, Stendel C, Kirfel J, Verpoorten N, et al. (2003b). Mutations in a gene encoding a novel SH3/TPR domain protein cause autosomal recessive Charcot-Marie-Tooth type 4C neuropathy. *Am J Hum Genet*, 73(5):1106-1119.
24. Azzedine H, Ravisñ N, Verny C, Gabrnels-Festen A, Lammens M, et al. (2006). Spine deformities in Charcot-Marie-Tooth 4C caused by SH3TC2 gene mutations. *Neurology*, 67(4):602-606.
25. Kalaydjieva L, Hallmayer J, Chandler D, Savov A, Nikolova A, et al. (1996). Gene mapping in Gypsies identifies a novel demyelinating neuropathy on chromosome 8q24. *Nat Genet*, 14(2):214-217.
26. Kalaydjieva L, Nikolova A, Turnev I, Petrova J, Hristova A, et al. (1998). Hereditary motor and sensory neuropathy-Lom, a novel demyelinating neuropathy associated with deafness in gypsies. Clinical, electrophysiological and nerve biopsy findings. *Brain*, 121:399-408.
27. Kalaydjieva L, Gresham D, Gooding R, Heather L, Baas F, et al. (2000). N-myc downstream-regulated gene 1 is mutated in hereditary motor and sensory neuropathy-Lom. *Am J Hum Genet*, 67:47-58.
28. Warner LE, Mancias P, Butler IJ, McDonald CM, Keppen L, et al. (1998). Mutations in the early growth response 2 (EGR2) gene are associated with hereditary myelinopathies. *Nat Genet*, 18:382-384.
29. Brown AM, Lemke G. (1997). Multiple regulatory elements control transcription of the peripheral myelin protein zero gene. *J Biol Chem*, 272: 28939-28947.
30. Nagarajan R, Svaren J, Le N, Araki T, Watson M, Milbrandt J. (2001). EGR2 mutations in inherited neuropathies dominantly negatively inhibit myelin gene expression. *Neuron*, 30:355-368.
31. Delague V, Bareil C, Tuffery S, Bouvagnet P, Chouery E, et al. (2000). Mapping of a new locus for autosomal recessive demyelinating Charcot-Marie-Tooth disease to 19q13.1-13.3 in a large consanguineous Lebanese family: exclusion of MAG as a candidate gene. *Am J Hum Genet*, 67:236-243.
32. Dytrych L, Sherman DL, Gillespie CS, Brophy PJ. (1998). Two PDZ domain proteins encoded by the murine periaxin gene are the result of alternative intron retention and are differentially targeted in Schwann cells. *J Biol Chem*, 273:5794-5800.
33. Sherman DL, Brophy PJ. (2000). A tripartite nuclear localization signal in the PDZ-domain protein L-periaxin. *J Biol Chem*, 275:4537-4540.
34. Sherman DL, Fabrizi C, Gillespie CS, Brophy PJ. (2001). Specific disruption of a Schwann cell dystrophin-related protein complex in a demyelinating neuropathy. *Neuron*, 30:677-687.
35. Angelicheva D, Turnev I, Dye D, Chandler D, Thomas PK, et al. (1999). Congenital cataracts facial dysmorphism neuropathy (CCFDN) syndrome: a novel developmental disorder in Gypsies maps to 18qter. *Eur J Hum Genet*, 7:560-566.
36. Varon R, Gooding R, Steglich C, Marns L, Tang H, et al. (2003). Partial deficiency of the C-terminal-domain phosphatase of RNA polymerase II is associated with congenital cataracts facial dysmorphism neuropathy syndrome. *Nat Genet*, 35(2):185-189.
37. Kalaydjieva L. (2006). Congenital cataracts-facial dysmorphism-neuropathy. *Orphanet J Rare Dis*, 1:32.
38. Rogers T, Chandler D, Angelicheva D, Thomas PK, Youl B, et al. (2000). A novel locus for autosomal recessive peripheral neuropathy in the EGR2 region on 10q23. *Am J Hum Genet*, 67:664-671.
39. Vallat JM, Tazir M, Magdelaine C, Sturtz F, Grid D. (2005). Autosomal-recessive Charcot-Marie-Tooth diseases. *J Neuropathol Exp Neurol*, 64(5):363-370.
40. De Sandre-Giovannoli A, Delague V, Hamadouche T, Chaouch M, Krahn M, et al. (2005). Homozygosity mapping of autosomal recessive demyelinating Charcot-Marie-Tooth neuropathy (CMT4H) to a novel locus on chromosome 12p11.21-q13.11. *J Med Genet*, 42(3):260-265.
41. Delague V, Jacquier A, Hamadouche T, Poitelon Y, Baudot C, et al. (2007). Mutations in FGD4 encoding the Rho GDP/GTP exchange factor FRABIN cause autosomal recessive Charcot-Marie-Tooth type 4H. *Am J Hum Genet*, 81(1):1-16.
42. Chow CY, Zhang Y, Dowling JJ, Jin N, Adamska M, et al. (2007). Mutation of FIG4 causes neurodegeneration in the pale tremor mouse and patients with CMT4J. *Nature*, 448(7149):68-72.
43. Houlden H, Reilly MM. (2006). Molecular genetics of autosomal-dominant demyelinating Charcot-Marie-Tooth disease. *Neuromolecular Med*, 8(1-2):43-62.
44. Hayasaka K, Himoro M, Sato W, Takada G, Uyemura K, et al. (1993). Charcot-Marie-Tooth neuropathy type 1B is associated with mutations of the myelin P0 gene. *Nat Genet*, 5:31-34.
45. Билэгтсайхан Ц, Анар Д, Жамбалдорж Ж, Мөнхсайхан С, Бумдэлгэр Б, болон бусад. Удамшлын мэдрэл булчингийн зарим эмгэгийг нөхцөлдүүлэгч ген, геномын хэсгийн хайлт. Монголын Анагаах Ухаан. 2006; 4(138):7-10х. Улаанбаатар, Монгол улс.

Òàí èèöàæ í èéò èÿö ñàí àè °ãñíí :
 Áí àãàò óòààí ù áí èò í ð, í ðí ð áññí ð ÁÒàãààí ò¿¿

урьдчилан таах боломжгүй эсвэл олон талын нөлөөтэй хүчин зүйлүүдийг арилгаж, эмийн “цэвэр” үйлдлийг аль болох нарийн гаргахын тулд сонгон авах шалгуурыг хэт хатуу болгох нь өөрийн шинжүүдээр зорилгот популяциас эрс ялгаатай “хиймэл” популяцийг бий болгож, ийм судалгааны үр дүнг зорилгот популяцид шилжүүлэн авч үзэх боломжгүй болно [5].

Иймд, судлагдах популяцийг тодорхойлохдоо ухаалгаар тэнцүүлэх хэрэгтэй. Энэ их хүнд асуудал байдаг ба судалгаанд оруулах шалгуурыг буруу сонгосноор бүтэлгүйтсэн олон тооны судалгааны гунигтай туршилта үүнийг батална. Эмнэлзүйн судалгаанд баримтлах удирдамжинд [3] дараах зүйлүүдийг дурьджээ. Үүнд: “эмийг боловсруулах эхний үе шатанд эмнэлзүйн сорилтонд өвчтөнг сонгохдоо сонирхол татаж буй эмнэлзүйн үр дүнг илрүүлэх боломжийг дээд зэргээр ихэсгэхэд чиглэсэн байж болно. Ингэх нь тухайн өвчнийг нь эмчлэхэд зориулагдсан шинэ бэлдмэлийг зорилгот популяцийн маш жижиг хэсэгт хэрэглэх боломжтой байдаг. Харин батлах (confirmatory) туршилтанд судлагдаж буй популяци зорилгот популяцид аль болох нарийн дүйцэж байх шаардлагатай”.

Судлагдах популяци нь зорилгот популяцийг хангалттай нарийн илэрхийлж байх тохиолдолд л туршилтын үр дүн эмийг бүртгэх асуудлыг шийдвэрлэдэг зохих байгууллагын хувьд, мөн өдөр тутмын практик үйл ажиллагаандаа эмийг өвчтөнд хэрэглэхээр заадаг эмч нарт үнэмшилтэй байж чадна [4].

Нэг судалгааны хүрээнд ийм популяцийг бүрдүүлэхэд тэр бүр боломжгүй байдаг. Ийм учраас судлагдах популяци зорилгот популяцитай ойролцоогоор дүйцэж байх хэд хэдэн туршилтууд хийгддэг.

Nóààèääàí ù äèçàéí

Зорилгот популяцийг тодорхойлсны дараа судалгааны дизайныг боловсруулах хэрэгтэй (I хэсгийг харна уу). Хоёр чухал зүйлийг сануулъя:

1. Одоогоор хэрэглэгдэж буй олон тооны дизайнуудын аль нь ч бусадтай харьцуулахад илт давуу тал үгүй.
2. Судалгаа бүрийн дизайныг үндэслэлтэй сонгох хэрэгтэй, өөрөөр хэлбэл, судлаач өөрөө төсөөлөлтэй байж, бусдад яагаад тухайн туршилтанд өөрийг бус, гагцхүү энэ дизайныг сонгосноо тайлбарлах боломжтой байх [6] шаардлагатай.

Орчин үеийн ихэнх судалгаанууд проспектив харьцуулсан судалгаа байдаг, өөрөөр хэлбэл, тэдгээрт хяналтын бүлэг (бүлгүүд) байдаг. Английн Axes Limited компанийн биометрийн албаны захирал David Morgan-ы бичсэнээр “Бид ижил төстэй зүйлүүдийг харьцуулах хэрэгтэй...” [1]. Их Британий Medical Control Agency-д ажиллаж байсан английн биостатистикч John Lewis “зарим заалтаар рандомизацилагдаагүй, хяналтын бүлэггүй судалгаанууд хийгдсээр л байна. Гэвч эдгээрийн заалтууд маш хязгаарлагдмал бөгөөд ийм судалгаанууд хийгдэх сүрхий үндэслэл байх шаардлагатай” гэж тэмдэглэсэн байна [8].

Хяналтын бүлэгтэй харьцуулсан судалгаанд хамгийн олонтаа зэрэгцсэн ба солбицсон хэлбэрийн дизайнуудыг ашигладаг [3]. Эдгээрийн аль аль нь давуу болон дутагдалтай талуудтай боловч удаан хугацааны

туршид хэрэглэгдсэн хэвээр байна. Зэрэгцсэн дизайн (нэгэн зэрэг өвчтөний хоёр бүлэг судлагддаг) эрт цагаас хэрэглэгдсэн түүхтэй. Энэхүү өгүүллийн эхний хэсэгт XVIII зуунд хийгдсэн зэрэгцсэн дизайнтай судалгааны талаар өгүүлсэн билээ. Солбицсон дизайныг 1904 онд гиосцин гидрохроматын изомеруудын нойрсуулах үйлчилгээг судалсан Мичиганы Их Сургуулийн эм судлалын профессор Arthur Cushny санал болгожээ [7]. Сонгож авсан дизайн нь судалгааны асуудлын хариултыг олж авах зөв замыг тавьж, бүрэн дүүрэн, зөв өгөгдлийг цуглуулах, зөв дүгнэлт гарах боломжийг олгож, судалгааны субьектын аюулгүй байлыг хангаж байх шаардлагатай.

Үүнээс гадна судалгаа үргэлжлэх хугацааг тодорхойлох хэрэгтэй. Судалгааны асуултанд хариулт авахад хугацаа хангалттай байх ёстой. Жишээ нь, тархины танин мэдэх үйл ажиллагааг сайжруулдаг бэлдмэлийн судалгааг 2-4 долоо хоногт хийж дуусгах боломжгүй. Нөгөө талаас, эмнэлзүйн судалгаа бүр анагаахын туршилт байдаг тул судалгаанд оролцож буй өвчтөн эсвэл сайн дурын эрүүл хүмүүсийг нэмэлт эрсдэлд оруулахгүйн тулд судалгааны үргэлжлэх хугацаа хэт урт байж болохгүй.

Мөн судалгааг зогсоох нөхцөлийг (stopping rules) тодорхой заасан байх ёстой. Энэ нь судалгааг явуулах хугацааг богиносгон цаг хугацаа, нөөцийг хэмнэх ач холбогдолтой. Мөн түүнчлэн хэрвээ судалгаагаар шинэ бэлдмэлийн сайн талууд батлагдсан бол зорилгот популяцийн өвчтөнд түүнийг аль болох хурдан хэрэглэх боломж олгох зорилго агуулдаг. Хэрэв судлагдаж буй эм үр дүнгүй эсвэл олон тооны гаж нөлөө үүсгэж байвал судалгааны субьектэд үргэлжлүүлэн хэрэглэх нь зүйд нийцэхгүй. Ийм нөхцөл үүсэхийг хянах зорилгоор эмнэлзүйн туршилтын явцад завсрын анализ хийхээр төлөвлөдөг [5].

l àò àðèàèù í áí àèð í é áàèèèù ã èõÿñãÿõ àðáóóä

Francis Bacon 1620 онд: “Quod enim mavult homo verum est, id potius credit” - “хүн үнэн байгаасай гэж хүссэн зүйлдээ илүү дуртай итгэдэг” гэж хэлж байжээ. Хамгийн шударга судлаачид хүртэл тэр бүр хийж буй судалгааны үр дүнд нь зориудын бус хүчин зүйлс нөлөөлөхөөс тэр бүр зайлсхийж чаддаггүй [12]. Магадгүй, хэргийн учир хүний мөн чанарт байж болох юм. Paul Simon: “хүн сонсохыг хүссэнээ л сонсдог, бусад зүйлсийг үл тоодог” гэж бичсэн байдаг. Ийм зориудын бус нөлөөг будлиан буюу тогтмол гардаг алдаа гэдэг (bias) [9]. Энэ нөлөөг устгахын тулд харьцуулсан судалгаанд шинж чанарын хувьд нэг төрлийн хяналтын бүлэг бүрдүүлэхийн тулд, хэрэглэгдэж буй статистик сорилын зөв зүйтэй байдлыг хангахын тулд рандомизацийн (randomization) ба хаалттай судалгааны аргыг (blinding) хэрэглэдэг. Эдгээр аргуудыг хэрэглэснээр өвчтөнүүд бүлгүүдэд санамсаргүй хуваарилагдана (судлаач дараагийн өвчтөн ямар бүлэгт орохыг урьдчилан тааж чадахгүй). Үүнээс гадна судлаач ч тэр, өвчтөн ч тэр ямар бүлэгт орсноо, ямар эмчилгээ авч байгаагаа мэдэхгүй [9].

Статистик анализын бүх аргуудын үндсэнд санамсаргүй хуваарилалтын зарчим байдаг. Эмнэлзүйн судалгааны санамсаргүй хуваарилалт хийх арга анагаахын бус судалгаанаас (социологийн судалгаа, санал асуулга г.м.) зарчмын хувьд ялгаатай байна. Социологийн судалгаанд популяцийн бүлгийг хүн амын бэлэн нэрсээс санамсаргүй түүвэрлэх хэлбэрээр хийдэг. Эмнэлзүйн судалгаанд хүмүүсийг санамсаргүй сонгох

харьцуулсан давхар хаалттай (double blind) судалгааг жишээ болгон авч үзье [13]. Судалгааны гол зорилго нь зүрхний шигдээстэй өвчтөнд нас баралт буурч байгаа нь эмнэлзүйн ач холбогдолтой эсэхийг тодорхойлоход оршиж байв. Сонирхож буй анхдагч үзүүлэлт нь зүрхний шигдээс болсноос нэг жил өнгөрсний дараа амьд үлдсэн хүмүүсийн тоо байв. Байсан мэдээллийг үндэслэн зүрхний шигдээсээр өвдсөн плацебо хэрэглэж байгаа хүмүүсийн 90% нь эхний 1 жилийн төгсгөлд амьд үлдэнэ гэсэн таамаглал байв.

Хяналтын бүлгийн хувьд анхдагч сонирхож буй үзүүлэлтийн утгыг урьдчилан тооцоход төвөггүй байдаг. Учир нь хяналтын бүлэгт хэрэглэж заншсан, эсвэл нэгэнт судлагдсан эмчилгээг хэрэглэж байгаа, эсвэл идэвхитэй эмчилгээ хэрэглэхгүй байгаа (плацебо бүлэг) өвчтөн ордог тул үр дүнг эрүүл мэндийн статистик мэдээллээс олж болно. Судалж буй эмийн хувьд сонирхох анхдагч үзүүлэлтийн утгыг урьдчилан олоход хамаагүй илүү төвөгтэй байдаг. Үүнийг олохын тулд хайгуулын судалгааны үр дүнг ашигладаг. Хайгуулын судалгааг бататгах судалгааг амжилттай төлөвлөх зорилгоор шинэ бэлдмэлийн шинж чанарыг урьдчилан мэдэх зорилгоор хийдэг. Үүнээс гадна тухайн судалгаанд олохыг таамаглаж байгаа эмнэлзүйн ач холбогдол бүхий ялгааны хэмжээг (effect size) олж болно. Энэ ялгаа үнэхээр эмнэлзүйн ач холбогдол бүхий байх ёстой. Жишээ нь, цусан дахь холестерин хэмжээг бууруулах чадварын 0,1%-ийн зөрөөг олохын тулд өргөн хүрээний судалгаа хийх нь утгагүй юм. Stuart Рососк-н бичсэнээр “олохгүй байхад маш харамсалтай байх тийм л эмнэлзүйн ач холбогдол бүхий хамгийн бага ялгааг тогтоох шаардлагатай” [4]. Дээр дурьдсан судалгааг төлөвлөхдөө хэрэв антуран үхлийг 2 дахин бууруулж байвал (өөрөөр хэлбэл, өвчтөний 95% нь судалгааны эхний нэг жилийн дараа амьд үлдэх ёстой) үр дүнг эмнэлзүйн ач холбогдолтой гэж үзэхээр тогтжээ.

Ì àà Ì ò ° ðèèéí àèääà

Ямар ч хүн, тэр байтугай шүүгч, алдаа гаргаж болно. Хэрэв гэрчүүд олон байгаад тэдний мэдүүлгэнд зөрөө бага байвал сайн бөгөөд зөв шийдвэр гаргах магадлал өснө. Гэвч шүүгч хоёр төрлийн алдаа гаргаж болно: буруугүй хүнийг буруутанд тооцох, эсвэл буруутанг буруугүйд тооцох.

Буруугүй хүнийг буруутанд тооцох эхний төрлийн алдаа нь хэрэгтэнд эрсдэл авчирдаг. Гэмт хэрэгтэнг суллаж гаргах хоёрдугаар төрлийн алдаа нь нийгэмд эрсдэл авчирна. Эмнэлзүйн судалгаанд мөн л хоёр төрлийн алдааг авч үздэг. I төрлийн алдаа өвчтөний хувьд эрсдэлтэй: эмүүд хоорондоо ялгаатай гэсэн дүгнэлт хийх нь нийт өвчтөний зорилгот популяцийн хувьд буруу байна. Ийм алдаа гаргахад юуны өмнө үнэн хэрэгтээ үр дүнгүй эмийг илүү үр дүнтэй хэмээн хэрэглэж буй өвчтэй хүн хохирно.

II төрлийн алдаа эмийг үйлдвэрлэгч компанийн хувьд эрсдэлтэй: аль нэг эм нь илүү үр дүнтэй байхыг хоёр эм ялгаагүй гэсэн дүгнэлт хийх энэ тохиолдолд үнэхээр илүү байсан эмийг сайн гэж хүлээн зөвшөөрөлгүйгээр эм үйлдвэрлэгч компанид хохирол

учруулна. II төрлийн алдаанд үндэслэн судалгааны хүч (power) гэсэн ойлголт гарч ирдэг.

Судалгааны хүч гэдэг нь II төрлийн алдаатай холбоотой хэмжээ юм (хэрэв $\beta=0,2$ бол судалгааны хүч=0,8 байна, өөрөөр хэлбэл судалгааны хүч=1- β). Хэрэв бэлдмэлүүдийн хооронд үнэхээр ялгаа байгаа бол тэр нь статистик дүгнэлтээр батлагдана.

Статистик нэр томъёонд I төрлийн алдааг статистик ач холбогдлын түвшин гэж нэрлэдэг ба хувиар илэрхийлж “p” үсгээр тэмдэглэдэг. Харьцуулсан судалгааны үр дүнг бичихдээ “A болон B бэлдмэлээр эмчилсэн бүлгүүдэд үр ашиг нь 87% ба 67% (p=0,042) байгаа” гэдэг нь A ба B бэлдмэлүүд үнэн магадтайгаар ялгаатай байна, судлаачид алдсан байх магадлал маш бага буюу 4,2% (анагаах ухаанд ийм байж болно) байна гэсэн үг юм.

Антураныг судлах судалгааг төлөвлөхдөө дээр өгүүлсэнчлэн антуран болон плацебогийн хооронд 5% ялгаа үнэхээр байгаа бол тэр нь статистик ач холбогдолтой (p<0.05) байх магадлал багаар бодоход 90% байх ёстой. Үүний тулд судлагдаж буй бүлэг бүрт 578 хүн хамруулах ёстой.

Зөв дүгнэлт гарахад дээр дурьдсан статистик үндэслэлүүд, статистик анализ хийх төлөвлөгөөний хамт судалгааны протоколд тусгагдаж, дагаж мөрдөгдөх шаардлагатай.

Ì î ï çé

1. Morgan D.D.V. Statistical thinking in clinical trials, Part I. Demystifying Statistics. Applied Clinical Trials, 1999, 8, (2), 32-34.
2. Senn S.J. Falsificationism and clinical trials. Statistical in Medicine, 1991, 10, 1679-1692.
3. Statistical Principles for Clinical Trials. ICH Harmonized Tripartite Guideline. Recommended for Adoption at Step 4 of the ICH Process on 5 February 1998 by the ICH Steering Committee.
4. Pocock S.J. Clinical Trials. A Practical Approach. John Wiley & Sons, 1997.
5. Chambers G.K., Fairbairn M.S. Clinical Trial Design. An introduction to good clinical trial design and the protection of human subjects. Applied Clinical trials, 1998, 7, (9), 60-66.
6. Hulley S.B., Cummings S.R. Designing Clinical Research. An Epidemiologic Approach. Williams & Wilkins. 1988.
7. Senn S.J. Crossover at the crossroads. Applied Clinical Trials, 1995, 4, (4), 24-31.
8. O'Donnell P. The emerging role of statisticians in clinical trials. Applied Clinical Trials, 1995, 4 (6), 48-52.
9. Двойрин В.В. Какие публикации заслуживают доверия практического врача? Международный журнал медицинской практики. 1997, 1, 17-19.
10. Schultz K.F. et al. The methodological quality of randomization as assessed from reports of trials in specialist and general medical journals. Online Journal Clinical Trials, 1995 (doc. №197).
11. Medical Research Council. Streptomycin treatment of pulmonary tuberculosis. British Medical Journal, 1948 (2), 769-782.
12. Wooding W.M. Planning Pharmaceutical Clinical Trials. Basic Statistical Principles. John Wiley & Sons, Inc. 1994.
13. Anturane Reinfarction Trial Research Group. Sulfapyrazone in the prevention of cardiac death after myocardial infarction. N.Engl.J.Med. 1978, 298, 289-295.

эмнэлзүй, лабораторийн шинжилгээний үр дүн зэргийг харгалзан рентген шинжилгээнд гарах өвөрмөц өөрчлөлтийг үндэслэн зарим, тухайлбал саркоидоз, мэргэжлээс шалтгаалах өвчин, уушгины эозинофили зэрэг өвчний оношийг зөв тогтоох боломжтой. Ихэнх өвчний хувьд цээжний рентген зурагт өвөрмөц бус өөрчлөлтүүд илэрдэг. Цөөн тохиолдолд УПТӨ-ий онош морфологийн шинжилгээнд батлагдсан байхад цээжний рентгенограмм хэвийн байж болно. УПТӨ-ийг оношлоход хамгийн оновчтой киловольтажийн (kVp) дээд хэмжээ нь 125 байдаг.

HRCT

Зарим үед цээжний рентгенограмм хэвийн байх тохиолдолд HRCT-д эмгэг өөрчлөлтүүд илэрдэг. HRCT-ийн УПТӨ-ийг илрүүлэх өвөрмөц чанар 94% байхад, цээжний рентгенограммын хувьд энэ үзүүлэлт 80% байна. УПТӨ-ий үед HRCT-д гарч болох эмгэг өөрчлөлтийг хүснэгт 8-д харууллаа.

Хүснэгт 8. Өвчний үндэслэл, өвчний үндэслэл, өвчний үндэслэл, өвчний үндэслэл
 Өвчний үндэслэл HRCT-д өвчний үндэслэл Өвчний үндэслэл Өвчний үндэслэл
 өвчний үндэслэл

Өвчин	HRCT-д илрэх шинжүүд
Шалтгаан тодорхойгүй фиброзон альвеолит	Уушгины зах, доод хэсэгт сүүдэр гарах Зураасан сүүдэр, зөгийн үүрийн шинж нь ихэвчлэн бүүдгэр шилний шинж, гуурсан хоолойн тэлэгдэлтэй хавсарна
Асбестоз	Шалтгаан тодорхойгүй фиброзон альвеолиттай адил, гол төлөв гялтангийн доор байрласан байна Зураасан-зангилаат сүүдэр гарсан, дэлбэнцэр хоорондын таславч зузаарсан, зөгийн үүрийн шинж илэрсэн байна Гялтан гэмтсэн байх нь олонтаа
Саркоидоз	Эмгэг өөрчлөлт уушгины талбайн дээд, дунд хэсэгт байрлах хандлагатай Гуурсан хоолой, судасны эргэн тойрон эд, гялтан дор байрлах жижиг зангилаат өөрчлөлтүүд тодорхойлогдоно Хожим нь том хэмжээний нягт сүүдэр үүсч болно Угийн лимфийн булчирхайнууд томорсон байна
Хавдрын лимфангит	Дэлбэнцэр хоорондын таславч жигд бус зузаарсан Гуурсан хоолойн эргэн тойрны эд зузаарсан Дэлбэн хоорондын таславч зузаарсан Уушгины макробутэц алдагдаагүй байна
Гадаад шалтгаант харшлын альвеолит	Бүүдгэр шилний шинж Дэлбэнцрийн төвд байрлах жижиг зангилаат өөрчлөлт Амьсгал гаргах үед гуурсан хоолойн агаар дамжилт саадтай байна Хожуу үед жигд бус зураасан сүүдэр гарах нь фиброзтай холбоотой
Лангхансын аварга эст гистиоцитоз	Зангилаат болон уулинхайт өөрчлөлт Пневмоторакс байж болно
Лимфангиолей-омиоматоз	Уушгины эрүүл эдээр хүрээлэгдсэн нимгэн ханатай хөндийнүүд тодорхойлогддог

Өвчний үндэслэл, өвчний үндэслэл, өвчний үндэслэл, өвчний үндэслэл

HRCT-д өвчний идэвхийг тодорхойлж болно. “Бүүдгэр шилний шинж” давамгайлах нь цочмог альвеолитыг (тухайлбал гадаад шалтгаант харшлын альвеолит, уушгины завсрын эдийн дескватив үрэвслийн үед) илтгэнэ. “Бүүдгэр шилний шинж” илрэхийн зэрэгцээ гуурсан хоолойн тэлэгдэл, зураасан сүүдэр илрэх нь фиброзын шинж юм.

Мөн HRCT өвчний явц, эмчилгээний үр дүнг тодорхойлоход ач холбогдолтой.

HRCT-ийн дүгнэлтийг гаргахдаа эмнэлзүйн болон лабораторийн шинжүүдийг харгалзан үздэг.

Өвчний үндэслэл, өвчний үндэслэл, өвчний үндэслэл, өвчний үндэслэл

Өвчний эхэн үед гадаад амьсгалын үйл ажиллагааны шинжилгээнд эмгэг өөрчлөлт илрэхгүй байж болно. УПТӨ-ий оношлогоонд гадаад амьсгалын үйл ажиллагааны шинжилгээний оношлогооны ач холбогдол хязгаарлагдмал юм. Ихэвчлэн рестриктив хэлбэрийн агааржилтын дутагдал илэрч, диффузийн багтаамж буурсан байна.

Өвчний үндэслэл, өвчний үндэслэл, өвчний үндэслэл, өвчний үндэслэл

Бронх-альвеолын лаваж (БАЛ) нь УПТӨ-ийг оношлох, өвчний идэвхи, тавиланг тодорхойлох зорилгоор 20 гаруй жил хэрэглэгдсээр иржээ. Органик бус тоосонцроор үүсгэгдсэн мэргэжлээс шалтгаалах өвчин, оппортунист нянгийн халдвар, хавдар сэжиглэсэн тохиолдолд, эмээр үүсгэгдсэн уушгины өвчин, цулцангийн протеиноз, Лангхансын аварга эст гистиоцитоз зэрэг өвчний үед БАЛ-ын шинжилгээ оношийн ач холбогдолтой байж болно.

ДОХ-ын халдварын үед, ялангуяа пневмоцистээр үүсгэгдсэн үрэвслийн үед БАЛ нь богино хугацаанд оношийг тодорхойлох (70-90%) ач холбогдолтой. БАЛ-ын шингэнд гранулоцитоз, ялангуяа нейтрофилээ, эозинофили тодорхойлогдох нь фиброзон альвеолит дангаар байгаа эсвэл системийн коллагеноз, асбестоз, амьсгалын цочмог дистресс хам шинж (ARDS) зэрэг эмгэгтэй хамт явагдаж байх тохиолдолд онцлог байдаг. Лимфоцитоз тодорхойлогдох нь гранулематоз өвчин, эмээс үүдэлтэй УПТӨ-ий үед тохиолддог. Үрэвслийн эсүүд давамгайлах нь өвчний тавиланг тодорхойлох үзүүлэлт юм.

⁹⁹Tc-diethylenetriamine penta-acetate (DTPA)-ий үндэслэл, өвчний үндэслэл, өвчний үндэслэл, өвчний үндэслэл

⁹⁹Tc-DTPA азрозоллын ялгаралт нь уушгины эпителийн нэвчимхий чанарыг илэрхийлдэг. Фиброзон альвеолит, дерматомиозит, гадаад шалтгаант харшлын альвеолит, саркоидоз, туяаны үрэвсэл, пневмокопиоз зэрэг өвчний үед уушгины паренхимийн үрэвслийн улмаас ⁹⁹Tc-DTPA ялгаралт ихэснэ. Энэ нь үрэвслийг заадаг мэдрэг үзүүлэлт ба энэ үзүүлэлт хэвийн байх тохиолдолд үрэвсэл байхгүй гэж үздэг.

Их Британий цээжний нийгэмлэгээс УПТӨ-ийг оношлох, эмчлэх удирдамжийг боловсруулан гаргасан байна. Энэхүү удирдамжинд УПТӨ-ийг оношлоход эмнэлзүй, лаборатори, рентген, уушгины үйл ажиллагаа болон морфологийн шинжүүдийн ач холбогдлыг нотолгооны түвшингийн (Хүснэгт 9, 10) зэргээр үнэлсэн байдаг.

хийнэ (C).

- БАЛ-ын шингэний цитограммын эмнэлзүйн ач холбогдлыг тогтоох хэрэгтэй (C).

Àéí ì ñèéí ø éí æèèäýý èé àðáòáá, áçò òèéí ýì äýá
°° ð-è° èò

- УПТӨ-ий үед биопсийн шинжилгээг дүгнэхдээ уушгины эмч, морфолог эмч нар хамтарч ажиллах хэрэгтэй (C).
- Эмнэлзүй, рентген шинжүүдийн үндсэн дээр УПТӨ-ий шалтгаан оношлогдоогүй, өвчтөнг эмчилгээнд оруулах талаар шийдвэр гаргах боломжгүй үед өвчтөнд хориглох заалт үгүй бол эдийн шинжилгээ хийнэ (B).
- Жижиг хэмжээний эд онош тавихад хангалттай байх (саркоидоз, хорт хавдар) үед трансбронхиаль уушгины биопси (ТБУБ)-г сонгоно (B).
- Саркоидоз сэжиглэсэн тохиолдолд, ялангуяа ТБУБ авах зохистой газар тодорхойгүй байх үед эндобронхиаль биопси авах нь зүйтэй (C).
- ТБУБ-г дурангийн туршлагатай мэргэжилтэн эсвэл энэ мэргэжилд суралцаж байгаа бол туршлагатай эмчийн хяналтан дор хийнэ (C).
- ТБУБ-ийг хэвлэгдсэн зөвлөмжийн дагуу гүйцэтгэнэ (C).
- ТБУБ-ийг цусны бүлэгнэлт, тромбоцитын тоо хэвийн байх тохиолдолд хийнэ. Нэг уушгинаас 4-6 эд авна (B).
- Морфологийн дүгнэлтийг эмнэлзүйн шинжүүдтэй нь уялдуулан тавина. Гистологийн шинжилгээнд эмгэг өөрчлөлт илрэхгүй байх, эсвэл үрэвсэл, фиброзын өөрчлөлт тодорхойлогдвол онош тодроогүй гэж үзнэ (B).
- Шалтгаан тодорхойгүй фиброзон альвеолит, васкулит, лимфом, лимфангиолейомиоматоз (lymphangiomyomatosis-LAM), Лангханс эст гистиоцитоз (Langhans' cell hystiocytosis-LCH)-н үед уушгины нээлттэй биопси (open lung biopsy-OLB), видеоторакоскопийн (video-assisted thoracoscopy-VATS) биопси хийж гистологийн оношийг тогтоох нь зүйтэй (B).
- Уушгины нээлттэй биопси, видеоторакоскопийн биопсийн үр дүн адил. Өвчтөний биеийн байдал харьцангуй сайн байгаа үед хоёрдахь аргыг, аппаратын амьсгалтай байгаа өвчтөнд нэг дэх аргыг тус тус сонгодог (B).
- ТБУБ, уушгины нээлттэй биопси, видеоторакоскопийн биопсийн шинжилгээнд өвөрмөц бус үрэвсэл, эсвэл фиброзын шинжүүд гарч, шалтгаан тодорхой бус фиброзон альвеолитын өвөрмөц шинжүүд тодорхойлогдохгүй бол онош тогтоогдоогүй гэж үзнэ (B).
- HRCT нь уушгины нээлттэй биопси, видеоторакоскопийн биопси авах газрыг сонгоход тусална (B).
- Трансторакаль биопсийг УПТӨ-ий үед хэрэглэхийг зөвлөдөггүй. Харин захын байрлалтай нэвчдэсийн үед энэ шинжилгээг сонгож болно (B).
- Боломжтой бол УПТӨ-тэй хүнээс авсан эдийн шинжилгээг амьсгалын замын эмгэгээр туршлагажсан дадлагатай морфолог эмч харах нь зүйтэй (C).

Зураг 1 дээр харуулсан оношлогооны алгоритмыг УПТӨ-ий оношлогоонд ашиглаж болно.

Их Британий цээжний нийгэмлэгээс гаргасан УПТӨ-ий оношлогоо, эмчилгээний удирдамжид мөн түүнчлэн эмчилгээний аргуудын үр дүнгийн нотолгооны түвшинг

үнэлсэн байна.

Ō Ō -èè ýì ÷èèäýý

Ø àèò àààí ò í àí ððí é áóñ ò èááð çí í àèüàáí èèò ù í
ýì ÷èèäýý

- Анхны эмчилгээнд преднизолон 0.5 мг/кг+азатиоприн 2-3 мг/кг тунгаар хэрэглэх (B).
- Сарын дараа эмчилгээний үр дүн (Уушгины амьдралын багтаамж/уушгины диффузийн багтаамж (VC/D_{LCO}) 10-15% ихэссэн эсвэл буурсан)-г хянах хэрэгтэй
- Преднизолон эмчилгээ эхний 1 сард үр дүнгүй байж болно. Гэвч 3 сараас удаан хугацаанд преднизолон эмчилгээ хийх нь өвчний явцыг тогтворжиход нөлөөлдөг (C).
- Преднизолон эмчилгээ үр дүнгүй байх, гаж нөлөө гарах, хэрэглэх боломжгүй байх тохиолдолд азатиоприныг дангаар нь хэрэглэж болно (C).
- Азатиоприн тохиромжгүй бол циклофосфамидыг 1-2 мг/кг-аар хэрэглэнэ (C).
- Удаан хугацааны преднизолон эмчилгээ: преднизолоныг 40 мг-р эхэлж 7 хоног бүр 5 мг-р 20 мг хүртэл бууруулна (C). Цаашид биеийн байдал тогтвортой байвал сард 5 мг-р бууруулж хоногт 10 мг-р 1 жил уулгана (C). Дор хаяж 3 сар тутамд 1 удаа VC/T_{LCO}-г хянаж байх хэрэгтэй (B).
- Богино хугацааны преднизолон эмчилгээ: 7 хоногт 10 мг-р 10 мг/хоногт хүртэл бууруулна (C).
- Преднизолон болон дархлал дарангуйлагдах эмүүд тохирохгүй бол өөр эмчилгээг сонгоно (C).
- “Бүүдгэр шилний шинж” гарсан үед эхний зэлжинд преднизолоныг дангаар хэрэглэх нь зүйтэй (B). Өвчтөний биеийн байдал хүнд үед метилпреднизолоныг судсанд тарихаар хэрэглэнэ (C).
- Эхний эмчилгээ үр дүнгүй байх тохиолдолд өвчний эрт үед уушги шилжүүлэн суулгах мэс засал хийнэ (C).

Ñèñàì èéí ñèèáðí çù í çàèéí ò èááð çí í
àèüàáí èèòù í ýì ÷èèäýý

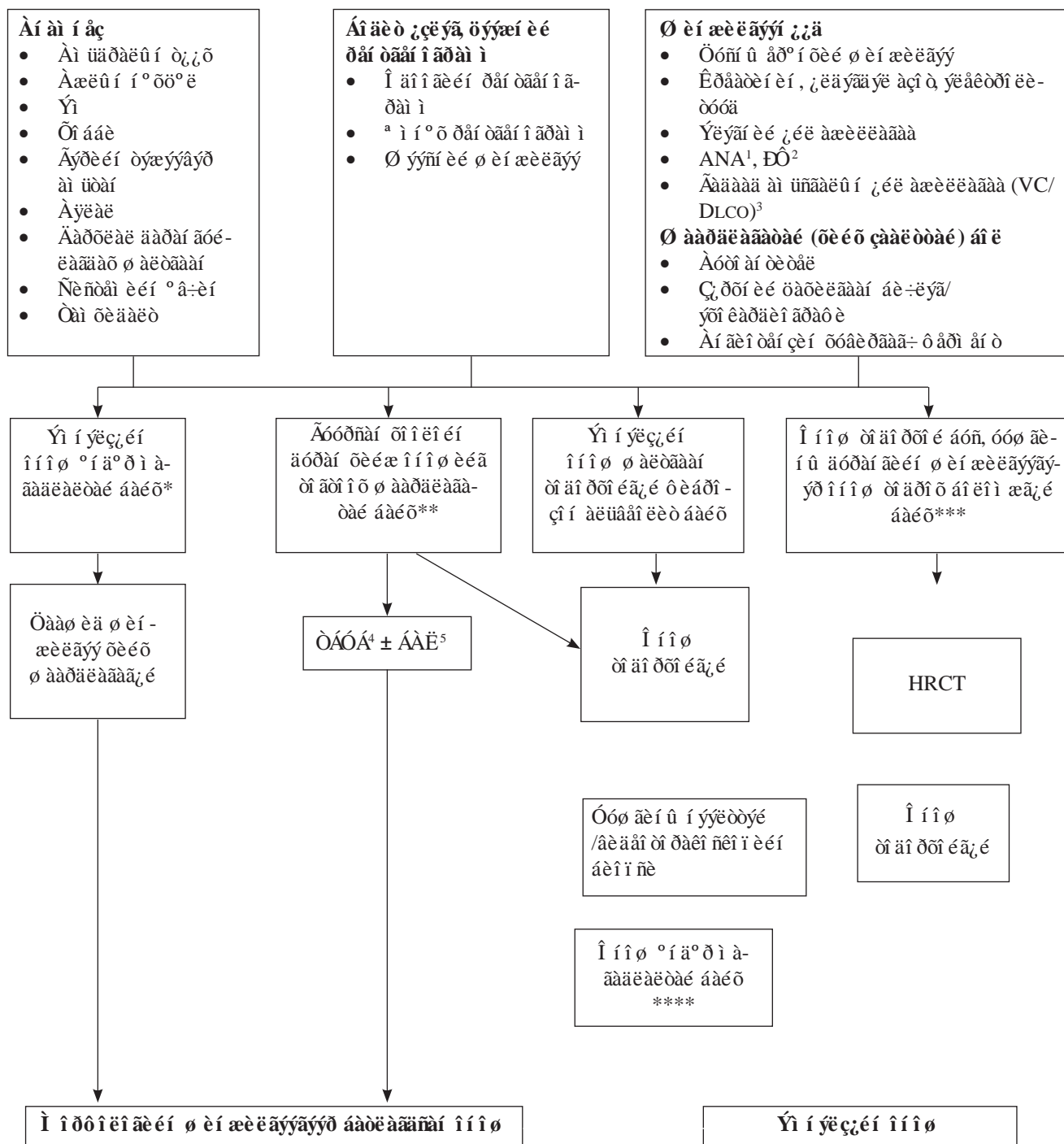
- Эхний зэлжинд циклофосфамидыг преднизолоны бага тунтай хавсран хэрэглэнэ (B).

Ðààì àð èà àððòèòù í çàèéí Ō Ō -èè ýì ÷èèäýý

- Шалтгаан тодорхой бус фиброзон альвеолитын эмчилгээтэй адил (C).
- Шалтгаан тодорхой бус хатууралт үрэвсэл, ревматоид артритын үед преднизолон эмчилгээ үр дүнтэй (B).

Óóò æè ù ñàðè èäí çù í ýì ÷èèäýý

- Уушгины саркоидоз оношлогдсон ихэнх өвчтөнд эмчилгээ хийх шаардлагагүй (B).
- Саркоидозын I үед кортикостероид эмчилгээ хийх шаардлага ховор байдаг (B) боловч ханиах, үе мөч өвдөх болон бусад эрхтэн гэмтсэн үед кортикостероид хэрэглэнэ (C).
- Цээжний рентгенограммд уушгинд эмгэг өөрчлөлт илэрсэн, өвчтөн зовиургүй байгаа үед эмчилгээг яаралтай эхлэх шаардлагагүй, 6 сарын туршид ажиглаж болно. Энэ үед ихэнх өвчтөний рентгенограммд сайжрал гардаг, зовиур илэрсэн өвчтөнд кортикостероид эмчилгээ эхэлнэ (B).
- Преднизолоны тун 0.5 мг/кг/хоногт (B). Дээд тунгаар дор хаяж 4 долоо хоног ууж, цаашид аажим буулгасаар барих тунд (ихэвчлэн 5-15 мг/хоногт) хүргэнэ. Энэ тунгаар хэдэн 7 хоног уулгана (C).



Çóðàá 1. *Õí Ø^ø -èéá í í ì ø èí õ àèáí ðè ð ì .*

* Хоёр талын угийн лимфаденопати±зангилаат эритем, мэргэжлийн таагүй нөхцөл болон цээжний рентгенограмм дээр өөрчлөлт илэрсэн, уушгины эозинофили, зарим эмүүд, үсэрхийлсэн хавдар;
 ** Саркоидоз, халдвар, хавдар, уушгины хатууралт үрэвсэл;
 *** Фиброзон альвеолит, Лангхансын аварга эст гистиоцитоз, лимфангиолейомиоматоз;
 **** HRCT-ээр өндөр магадлалтайгаар дараах оношийг тавьж болно: фиброзон альвеолит/асбестоз, лимфээр тархсан хавдар, саркоидоз, гадаад шалтгаант хурцавтар альвеолит, силикоз, лимфангиолейомиоматоз, цулцангийн протеиноз, Лангхансын аварга эст гистиоцитоз.
¹-бөөмийн эсрэг эсрэгбие, ²-ревматоид фактор, ³-уушгины амьдралын багтаамж/уушгины диффузийн багтаамж, ⁴-трансбронхиаль уушгины биопси, ⁵-бронх-альвеолын лаваж.

Эмчилгээний үр дүнг эмнэлзүй, рентген, гадаад амьсгалын үйл ажиллагааны шинжилгээгээр хянана (VC, T_{CC}) (B).

- Ингаляцийн кортикостероидыг эхний ээлжинд сонгохгүй (A). Будесонидыг шинж тэмдэг бага илэрсэн үед эсвэл уух преднизолоны тунг багасгах зорилгоор хавсран хэрэглэж болно (C).
- Бусад үрэвслийн эсрэг эмүүд уушгины саркоидозын үед удаан хэрэглэхэд зохимжгүй, гаж нөлөө ихтэй (B). Эмчилгээнд делагил эсвэл метотрексатыг сонгож болно (B).

Ààààà ò àèòààí ò òàðò ùí àèüàáí èèòí í ÿì ÷èèäý

Эхний ээлжинд шалтгааны хүчин зүйлүүдээс хол байлгах хэрэгтэй. Хэсэг хугацааны дараа биеийн байдал сайжирдаг. Шинж тэмдэг арилахгүй байгаа, өвчин цочмог эхэлсэн үед преднизолоныг (0.5 мг/кг/хоногт)-г шинж тэмдэг арилтал хэрэглэнэ.

Ò àèòààí ò òáí òòí é áóñ óòò àèí ù òàòòòàèò ÷ðýáñýè

Өвчин үүсгэдэг шалтгааныг тогтоох нь тавиланг тодорхойлоход тусална. 2/3 ба түүнээс олон өвчтөнд преднизолон эмчилгээ үр дүнтэй. Преднизолоныг 40 мг/хоногт тунгаар эхэлж 6-12 сарын туршид тунг аажим буулгаж хасна. Цөөн тохиолдолд преднизолон эмчилгээнд үр дүн гаралгүй өвчин богино хугацаанд даамжирч үхэлд хүргэдэг.

Òòò àèí ù òí òàèí í ÷í ÿì ÷èèäý

Өвчтөний 1/3-д өвчин аяндаа эдгэрдэг. Шинж тэмдэг болон гадаад амьсгалын үйл ажиллагаа муудах тохиолдолд эмчилгээ хийнэ. Кортикостероид эмчилгээ мөөгөнцрийн халдвараар хүндрэх магадлал өндөр байдаг. Эмчилгээнд бронх-альвеолын лаважийг сонгох нь зүйтэй ба энэ эмчилгээ 20-50% үр дүнтэй.

Òòò àèí ù Èàí àòáí ñú í àààðà ÿñò àèñòèè òèòí ÷í ÿì ÷èèäý

Лангхансын аварга эст гистиоцитоз үүсэхэд тамхидалт нөлөөлдөг. Эхний эмчилгээ бол тамхинаас татгалзах. Тамхинаас татгалзсан өвчтөний шинж тэмдэг арилж болно. Шинж тэмдэг тод илрэх, рентген болон гадаад амьсгалын үйл ажиллагааны шинжилгээнд шинж тэмдэг тод илэрсэн үед преднизолон эмчилгээ хийнэ. Преднизолон эмчилгээний үр дүнд өвчтөний 85%-д рентген шинжилгээнд сайжрал гардаг. Кортикостероид эмчилгээ зохимжгүй бол винбластин хэрэглэнэ. Дан уушги гэтсэн үед 25%-д аяндаа эдгэрч, 50%-д тогтворжиж, 25%-д даамжирдаг байна.

Èèí ò áí àèí èàéí ì èí ì àð ÷í í ÿì ÷èèäý

Төрөх насны эмэгтэйчүүд илүүтэй өвчилдөг ховор өвчин ба дааврын тэнцвэрт байдал алдагдсантай холбоотой үүсдэг. Энэ үед оофорэктоми, туяа эмчилгээ, прогестерон, tamoxifen эмчилгээ хийдэг. Шинж тэмдэг илрээгүй лимфангиолейомиоматозтай өвчтөнд дор хаяж нэг жилийн хугацаанд 400-800 мг medroxyprogesterone/ сард булчинд тарих эмчилгээ хийхийг зөвлөсөн байдаг. Мөн medroxyprogesterone 10-20 мг/хоногт уухаар хэрэглэж болно.

Òòò àèí ù èàí èèèýðèè òòòàí ä óóñ òòàò

Шалтгааныг тогтоох нь ямар эмчилгээ хийх хэрэгтэйг тодорхойлно. Эмчилгээнд преднизолон, циклофосфамид,

эсвэл азатиоприн хэрэглэдэг.

Дархлааг дарангуйлах эм хэрэглэж байгаа үед тэдгээрийн үед гарч болох гаж нөлөөнөөс болгоомжлох хэрэгтэй. Энэ үед ЦЕШ хийж, элэгний үйл ажиллагааг хянаж, харин cyclophosphamide хэрэглэж байгаа үед гематурийг хянах хэрэгтэй.

Кортикостероид хэрэглэж байгаа үед ясны сийрэгжилт үүсэхээс сэргийлэх зорилгоор bisphosphonate хэрэглэнэ. Саркоидозын үед витамин D болон кальцийн бэлдмэл хэрэглэхгүй байхыг зөвлөдөг. УПТӨ-ий хүнд үед уушги-зүрхний хам шинж үүсдэг байна. Мөн УПТӨ-ий үед удаан хугацааны хүчилтөрөгч эмчилгээ хийх шаардлагатай байдаг.

Àò èèàò òýàéýè:

1. The Diagnosis, Assessment and Treatment of Diffuse Parenchymal Lung Disease in Adults / Thorax. 1999; 54; 1-28.
2. Baum's textbook of Pulmonary Diseases 2004, Section IV, V, VII-IX.
3. Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders 2003. Part 5-9.
4. J.A.Nadel, J.F.Murray Textbook of Respiratory Medicine 2000. Section L.
5. Demedts M, Costabel U. ATS/ERS international multidisciplinary consensus classification of the idiopathic interstitial pneumonias. Eur Respir J. 2002;19:794-6.
6. Coultas D, Zumwalt R, Black W, and Sobonya R. The epidemiology of interstitial lung diseases Am J. Respir Crit Care Med. 150:967-72.
7. Ganesh R, Derek Weycker, John Edelsberg, Williamson Z. Bradford, Oster G. Incidence and Prevalence of Idiopathic Pulmonary Fibrosis. Am J Respir Crit Care Med. 174:810-6.
8. Bjraker J, Ryu J, Edwin M et al. Prognostic significance of histopathological subsets in idiopathic pulmonary fibrosis. Am J Respir Crit Care Med. 1998;157(199-203).
9. Vourlekis J, Schwarz M, Cherniak R, et al. The effect of pulmonary fibrosis on survival in patients with hypersensitivity pneumonitis. Am J Med. 116:662-8.
10. Vourlekis J, Brown K, Cool C, Young D, et al. Acute interstitial pneumonitis. Case series and review of the literature. Medicine (Baltimore). 2000 Nov;79:369-78.
11. Walter N, Collard H, King T. Current Perspectives on the Treatment of Idiopathic Pulmonary Fibrosis Proc Am Thorac Soc. 2006 ;3:330-8.
12. Nagai S. Nonspecific interstitial pneumonia: a real clinical entity. Clin Chest Med. 2004;25:705-15.
13. Lamblin C, Bergoin C, Saelens T, et al. Interstitial lung diseases in collagen vascular diseases. Eur Respir J. 2001;18:69S-80.
14. Cordier J. Cryptogenic organizing pneumonia. Clin Chest Med. 2004;25: 727-38.
15. Paramothayan S, Jones P. Corticosteroid Therapy in Pulmonary Sarcoidosis: A Systematic Review. JAMA. 2002;287:1301-7.
16. Baltzan M, Mehta S, Kirkham T, et al. Randomized Trial of Prolonged Chloroquine Therapy in Advanced Pulmonary Sarcoidosis. Am J Respir Crit Care Med. 160:192-7.
17. Wyser C, van Schalkwyk E, Alheit B, Bardin P, et al. Treatment of Progressive Pulmonary Sarcoidosis with Cyclosporin A . A Randomized Controlled Trial. Am J Respir Crit Care Med. 156:1371-6

*Òàí èèòàæ í èéò èýò ñàí àè ò àñí :
Àèàààí è-: Á.Öýóýí ààò*

2009 Í Í Ä ÄÍ ÄÄÄÄÕ ÖÖÄÄÍ Û ÑÃÄÄÐÒÝÐÄÌ ÈÉÍ ÇÝÐÝÃÕÀÌ ÄÄÄÈÑÀÌ ÝÐÄÝÌ ÖÝÄ



**Æai öai ai í æéí Äääää
(Öª Ñ Ò ýèñöäí äö)**

ХӨСҮТ-ийн тасгийн эрхлэгч, ЭМШУИС-ийн докторант Жанцандоогийн Батаа “Хачигт боррелиозын экологи, тархалтын онцлог, эмнэлзүй, оношлогоо, сэргийлэлт” сэдвээр 2009 оны 01 дүгээр сарын 08-нд Улаанбаатар

хотно анагаах ухааны докторын зэрэг хамгаалав.

Монгол улсад хачигт боррелиоз өвчний үүсгэгчийн үндсэн дамжуулагч нь ой тайга ба ойт хээрийн бүсэд амьдрагч ойн хачиг (*I.persulcatus*) байгааг тогтоож, энэ хачгаас ялгаж дүйсэн боррелийн омгууд (үүсгэгч) нь хүнд эмгэгтөрөгч *B.garinii*, *B.afzelii* хэвшинжүүд болохыг тодорхойлсон байна.

Хачигт боррелиозын шалтгаан нь хүмүүс ургамал түүх, мал хариулах, алт олборлох зэргээр байгалийн идэвхтэй голомтонд орж хачигт хазуулснаас халдвар аван өвчилж, манай улсад энэ өвчний мэдрэлийн, арьсны, үений, зүрхний зэрэг эмнэлзүйн үндсэн хэлбэрүүд илэрч, мэдрэлийн хэлбэр давамгайлсан, ужиг явцтай, дунд зэргийн хэлбэр зонхилж байгаа, тус улсын ойн бүс нутагт одоогоор хачигт боррелиозын голомт 64, хачигт халдварын их эрсдэлтэй голомт 17 байгааг тогтоосон байна. Хачигт боррелиозын эмийн сэргийлэлтэд хачигт хазуулсаны дараах эхний 5 хоногт доксицилин гидрохлорид 0,1 эмийг зохих тунгаар хэрэглэх нь үр дүнтэй гэж дүгнэжээ.

-Монгол улсад хачигт боррелиоз (Lyme disease) өвчнийг анх тархвар судлал, эмнэлзүйгээр оношлож, нян судлал, фермент холбоот эсрэг биеийн болон полимерадын гинжин урвалаар баталснаар манай улсын халдварт өвчний тоо нэгээр нэмэгдсэн байна. Молекул биологийн судалгаагаар монголын хачгаас боррелийг ялган дүйж *B.garinii*, *B.afzelii* омгууд болохыг тодорхойлон, 18 хэвшинжийг нь АНУ дахь Genbank санд бүртгүүлжээ.

-Хачигт боррелиозын үүсгэгчийг дамжуулагч ойн хачгийн (*I.persulcatus*) экологи, тархалт, энэ өвчний шалтгаан, эмнэлзүй, оношлогоо, эмчилгээ, сэргийлэх арга зүйг судалж, тандалтын болон оношлогоо, эмчилгээний улсын стандартыг батлуулж, мөрдлөө.



**Ýí ööð ðèéí Äì äðñàí àà
(Экстернат, ХСҮТ)**

Э.Амарсанаа нь “Хөхний өмөн үүсэхэд нөлөөлөх зарим эрсдэлт хүчин зүйл” сэдэвт бүтээлээр 2009 оны 3 дугаар сарын 05-ны өдөр Улаанбаатар хотноо анагаах ухааны докторын зэрэг хамгаалсан байна.

Хөхний өмөнгийн өвчлөл, нас баралтын түвшинг ХСҮТ-ийн мэс заслын тасагт 2001-2005 оны хооронд хөхний өмөн оношоор хэвтэж эмчлүүлсэн 522 өвчтний түүхийн материалд үндэслэн тогтоожээ. Мөн эмгэгтэйчүүдийн нөхөн үржихүйн үйл ажиллагааны үндсэн үзүүлэлтүүдэд тулгуурлан хөхний өмөн үүсэхэд нөлөөлөх зарим эрсдэлт хүчин зүйлсийг тодорхойлжээ.

Хөхний өмөнтэй Монгол эмгэгтэйчүүдэд BRCA1 генийн 185 дахь байрлалын аденин, гуанины делецийн, BRCA1 генийн 5384 дахь байрлалын цитозины инсерцийн, BRCA2 генийн 6174 дахь байрлалын тимины делецийн мутацуудыг Полимерадын Гинжин Урвалын шинжилгээгээр илрүүлсэн байна.



**Äì äæñçöýí æéí Ääýðñàéöàí
(Горилогч, ДЭМБ/НДББ)**

ДЭМБ-ын НДББ-ийн Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн зөвлөх Д.Баярсайхан “Монгол улсад эрүүл мэндийг хөгжүүлэх арга хэмжээг нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалаар дэмжих тухай” сэдвээр 2009 оны 1 дүгээр сарын 15-ны

өдөр Япон Улсын Токио хотноо анагаах ухааны докторын зэрэг хамгааллаа.

Эрүүл мэндийг дэмжиж өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, халдварт бус өвчнийг бууруулж хүн амыг эрүүлжүүлэх бодлогыг хэрэгжүүлэхэд нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын гүйцэтгэх үүргийг судалсан бүтээл туурвижээ. Энэ бүтээлд Монгол орны нийт 5 бүсийн 4000 мянган хүнийг хамруулж хийсэн материалд тус улсын эдийн засаг, нийгмийн хөгжил, хүн амын эрүүл мэнд, санхүүгийн байдалтай уялдуулан судалж, улмаар задлан загварчилж олон улсын SimINS-2 үнэлгээний аргаар хөгжлийн 10 жилийн тойм үнэлгээ, дүгнэлтийг гаргасан байна.

Уг бүтээл нь хүн амын эрүүл мэндийн талаар явуулах бодлогын эдийн засаг нийгмийн ач холбогдлыг тодорхойлж эрүүл мэндийн салбарын тогтолцоог сайжруулах онол, практикийн асуудлыг хөндсөнөөрөө шинэлэг юм. Судалгаанд эрүүл мэндийг хөгжүүлэх хөтөлбөр, арга хэмжээний санхүүгийн эх үүсвэрийг сайжруулах, өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ, тухайлбал сэргийлэх тарилгын санхүүжилтийн эх үүсвэрийг 2015 он гэхэд Монгол улс эрүүл мэндийн даатгалаар дамжуулан шийдвэрлэх боломжийг үндэслэл тооцоотой дэвшүүлсэн байна. Энэхүү эрдмийн ажил нь бүхэлдээ эрүүл мэндийг хөгжүүлэх, өвчнөөс сэргийлэх арга хэмжээний эдийн засгийн мөн чанар, эрүүл мэндийн даатгал, даатгалтай иргэд хоорондын харилцаа, үйлчилгээ, үр дүнг сайжруулах, эдийн засгийн үндэслэл, тооцоонд суурилсан бодлогын олон талын ач холбогдолтой бүтээл болжээ.



**×çöëýì ääðæääæéí Öª äæäðääë
(ЭМШУИС-ийн докторант)**

АУХ-ийн ЭША **×.Öª äæäðääë** “Насанд хүрсэн Монгол хүний зүрхний гол судасны болон хоёр хавтаст хавхлагуудын хэмжээс, бүтцийн онцлог” сэдвээр 2009 оны 3 дугаар сарын 05-ны өдөр Улаанбаатар хотноо анагаах

ухааны докторын зэрэг хамгаалсан байна.

Судлаач зүрхний хэт авиан шинжилгээгээр

хэрэглээ их байгаагаар эрсдлийн онцлог нь ялгагдаж байна.

3. Өлөн үеийн цусан дахь сахарын хэмжээ ихсэх нь чихрийн шижин өвчний эрсдэлт хүчин зүйлс болох төдийгүй тархалтыг тогтоох болон өвчнийг эрт илрүүлэх эмнэл зүйн хамгийн бодитой үзүүлэлт болно.

Ì ÐÀÈÒÈÈ Çª ÁÈª Ì Æ

1. Чихрийн шижин түүний эрсдэлт хүчин зүйл, хүндрэлийн талаар хүн амд боловсрол олгох эрүүл мэндийг дэмжих үйл ажиллагаа явуулах
2. Чихрийн шижин өвчний эрсдэлт хүчин зүйлстэй хүмүүсийг хяналтанд авах анхдагч сэргийлэлтийн арга хэмжээг авах
3. Чихрийн шижинтэй хүмүүсийг эрт илрүүлж, оношлож, хүндрэлээс сэргийлэх урьдчилан сэргийлэх анхдагч болон хоёрдогч урьдчилан сэргийлэлтийн арга хэмжээг авах
4. Архи, тамхины хэрэглээг бууруулах, архи, тамхины хор нөлөө эрүүл мэндэд хэрхэн нөлөөлөхийн учрыг ойлгуулж хэрэглээг бууруулах арга хэмжээг авч хэрэгжүүлэх.
5. Хүн амын жимс, хүнсний ногооны хэрэглээг дэмжих, өөх тосыг хэтрүүлэн хэрэглэхийн хор уршгийг ойлгуулж, зөвлөгөө өгөх, боловсрол олгох
6. Хүн ам, олон нийт, байгуулага хамт олны хүрээнд идэвхитэй хөдөлгөөнийг дэмжих орчин бүрдүүлэх арга хэмжээг авч хэрэгжүүлэх
7. Урьдчилан сэргийлэх үйл ажиллагааг сайжруулах, анхан шатны тусламж үйлчилгээ үзүүлдэг эмч эмнэлгийн ажилчдын чадавхийг бэхжүүлэх зэрэг болно.



Ëòãñàí àí ðæèéí Àì àãèàí

(УКТЭ-ийн ЕМЗК, Экстернат)

УКТЭ-ийн ЕМЗК-ийн их эмч, Л.Амгалан “Цээжний гялтангийн цочмог идээт үрэвсэлийн лазер эмчилгээ” сэдэвт бүтээлээр 2009 оны 5 дугаар сарын 28-ны өдөр Улаанбаатар хотноо анагаах ухааны докторын зээрг хамгааллаа.

ЦГЦИУ-тэй эмчлүүлэгчид хот хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлгүүдэд хэрэглэж болох эмийн болон мэс засал, лазер туяаг хослон хэрэглэсэн цогц эмчилгээний үр дүнтэй технологийг санаачлав. Тухайн эмгэгтэй эмчлүүлэгчийн эмчилгээнд лазер эмчилгээг оруулснаар эмчилгээний үр дүн эрс сайжирч, эмчлэгдэх хугацаа богиносно.

ЦГЦИУ-тэй эмчлүүлэгчийн эмчилгээний тавилангийн шалгууруудыг боловсруулсан нь тухайн эмгэгтэй эмчлүүлэгчийн эмчилгээний үр дүнг сайжруулах бололцоог олгосон байна.

Цээжний гялтангийн цочмог идээт үрэвсэлтэй эмчлүүлэгчийн эмчилгээний зарчмыг хот, хөдөөгийн төвлөрсөн эмнэлгүүдэд нэвтрүүлэх чиглэлээр зөвлөмж боловсруулсан байна.

Практик зөвлөмж:

1. Цээжний гялтангийн хөндийд идээт үрэвсэл явагдаж буй сэжиг бүхий эмчлүүлэгчийг эмнэлэгт хэвтүүлмэгцээ, ерөнхий эмнэл зүйн шинжилгээ, цээжний рентген шинжилгээний

хамт, цээжний ХАШ, КТ шинжилгээг зэрэгцүүлж хийх хэрэгтэй. Идээт үрэвсэлт процессын хөдлөл зүйд дүгнэлт өгөхийн тулд фистулографи, КТ, ХАШ-г өвчний явцын дагуу хийх нь зүйтэй. Эдгээр иж бүрэн оношлогооны арга хэмжээ нь бидний саналаар тийм их цаг хугацааг шаардахгүй бөгөөд өгсөн мэдээлэл нь эмчлүүлэгчийн эмчилгээний цаашдын тактикийг боловсруулахад үнэлж баршгүй хувь нэмэртэй.

2. Цээжний гялтангийн хөндийд идээт үрэвслийн эмчилгээг эмгэгийн явц болон тархалтаас үл хамааран цээжний гялтангийн хөндийд хатгалт хийх болон гуурс тавьж, цэвэршүүлэхээс эхлэх нь зүйтэй.
3. Цээжний гялтангийн хөндийд идээт үрэвсэлтэй эмчлүүлэгчийн эмчилгээний туйлын дээд үр дүнд хүрэхийн тулд эмчилгээний цогц арга хэмжээнд хэсэг газрын болон судсаар хийх лазер эмчилгээний аргыг хэрэглэдэг болох нь чухал юм. Энэ арга нь үрэвслийн архагшихаас найдвартай урьдчилан сэргийлнэ.
4. Цээжний гялтангийн хөндийд идээт үрэвслийн оношлогоо, эмчилгээний бидний боловсруулсан бидний алгоритмыг бүтээлчээр хэрэглэснээр өвчнийг цаг алдалгүй эрт оношлож зөв зохистой эмчилгээ хийх баримжаатай болох тул хот, хөдөөгийн эмнэлэгт ажиллаж байгаа мэс заслын эмч нар ажилдаа мөрдлөгө болгож ажиллах нь зүйтэй юм.
5. Цээжний гялтангийн хөндийд идээт үрэвсэлтэй эмчлүүлэгч ирсэн тохиолдолд хэрэв идээт хөндий зөөлөн наалдацтай, навтраг ихтэй, олон тасалгаатай байвал цаг алдалгүй видеоторакоскопи хийж навтрагыг хуулан цэвэрлэж, хөндийг угааж цэвэрлэн гуурс тавих аргыг эзэмших хэрэгтэй.



Äî ðæè òí àù í Áàãààì ñçòýí

(Шастины Төв Эмнэлэг, Аспирант)

Шастины Төв Эмнэлгийн их эмч, Д.Бадамсүрэн “Элэгний циррозын үеийн цус бүлэгнэлтийн тогтолцооны хямралын асуудалд” сэдвээр 2009 оны 5 дугаар сарын 28-нд Улаанбаатар хотноо анагаах ухааны докторын зэрэг хамгаалсан байна.

Вирусийн болон архины шалтгаантай элэгний цирроз өвчний элэгний эдэд гарах бүтэц зүйн өөрчлөлтийг тогтоож, цус бүлэгнэлтийн тогтолцооны хямрал, түүнд нөлөөлөх эмийн ургамлын үйлчилгээг судлах зорилго тавин ажилласан байна.

Хэвлэлийн тоймд элэгний циррозын эмгэг жам, морфологи өөрчлөлт, цус бүлэгнэлтийн тогтолцооны орчин үеийн ойлголт, ялангуяа циррозын үед гемостазын талаас гардаг өөрчлөлтийн үүсэх эмгэг жам, тэдгээрийг илрүүлэх лаборатори-багажийн шинжилгээнүүдийн талаар, дорно дахины анагаах ухааны онол-арга зүйд элэгний өвчний оношилгоо, эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэх, цус тогтоох эмийн ургамал- Өвсөн гүргүмийн талаар бичсэн байна.

Элэгний бүтэцийг 3 бүс болгосон таамаглал дэвшүүлж, түүнийгээ нотлохын тулд вирус, алкоголь,

ийлдэсний оксидаза сорилын хугацааг уртасгах замаар хэт исэлдэлтийг бууруулах антиоксидант идэвхтэй төдийгүй цусны бүлэгнэлтийн идэвхийг багасгаж, цусны бичил эргэлтийг сайжруулах үйлдэл үзүүлж байгааг тогтоосон.

Мөн туршилтын амьтдад зохиомлоор үүсгэсэн нормобарийн гипоксийн үед гипоксиг тэсвэрлэх чадвараар Актотегиаас дутахааргүй, Адреналин гидрохлоридоор үүсгэсэн уушигны хурц хавагналтын үед сурфактантын тогтворт чанарыг нэмэгдүүлэх замаар эрхтний гипоксид орох хугацааг уртасгадаг, мөн элэгний эсийн хурц урэвслийн үед амьтдын амьдрах чадварыг 2-4 дахин дээшлүүлж ишеми-гипоксийн эсрэг үйлдэл үзүүлсэн төдийгүй тархины реперфуз-ишемийн үед УНТ-д агуулагдах биологийн идэвхит бодисын нөлөөгөөр антиоксидант үйлдэлтэй ферментүүдийн идэвхи дээшилж, улмаар тархины эд эсийг хэт исэлдэлтээс хамгаалах антиоксидант үйлдэлтэйг нотолсон бөгөөд энэхүү сэдэвт ажлын хүрээнд хүчилтөрөгч, цусан хангамж дутагдлын үед манай оронд ургадаг Удвал навчит тавилгана ургамал нь орчин үеийн анагаах ухааны эмчилгээний практикт хамгийн сүүлийн үед хэрэглэгдэж буй эмийн бэлдмэлүүд (Актотегин, Пирацетам, Тиклид)-тэй үйлдлийн хувьд ойролцоо түвшинд үйлчилж байгаа нь гипоксийн эсрэг үйлдэлтэй шинэ эмийг гарган авах, эмчилгээний практикт нэвтрүүлэх үндэслэлийг бий болгожээ.



Ööéáóóòü í Ýðäýí ý

(“Цу-Эрдэнэ” эмнэлэг, Докторантурт)

“Цу-Эрдэнэ” эмнэлэгийн их эмч “Харилцан адилгүй дасгалжуулалтын дараа хархны булчингийн эсд үүсэх апоптоз зүүний цэгийн нөлөөлөл” 2009 оны 7 дугаар сарын 09-ний өдөр Бүгд Найрамдах Хятад Ард

Улсын Шанхай хотноо анагаах ухааны докторын зэрэг хамгаалсан байна.

Ц.Эрдэнэ өөрийн судалгаагаар зүүний цочролын аргыг харилцан адилгүй дасгалжуулалтын дараа үүсэх хархны булчингийн цуцалтын үед нөлөөлөлх байдлыг судалж, энэ нь булчингийн эсийг гэмтэхээс сэргийлж, хөндлөн судалт булчингийн үйл ажиллагааг сайжруулж, булчингийн цуцалтаас үүдэн үүсэх булчингийн гэмтлийн-антагонист үйлдэл нь улмаар харилцан адилгүй дасгалжуулалтын дараах булчингийн цуцалт болон булчингийн эсийн апоптоз үүсэхийг зогсоох үйлдэлтэйг тогтоосон байна.



xèi yāāī ðæéí Ààòòí àí ò

(ЭМШУИС, Горилогч)

БиоАнагаахын Сургуулийн Бичил амь Дархлаа Судлалын тэнхимийн багш Ч.Баттогтох “Монгол эмэгтэйчүүдэд тохиолдож буй умайн хүзүүний өмөн ба хүний папиллома вирусийн хэв шинж, хувилбарын хамаарал” сэдвээр 2009 оны 10 дугаар сарын 21-ний өдөр Улаанбаатар хотноо анагаах ухааны докторын зэрэг хамгааллаа.

Манай оронд эмэгтэйчүүдийн дунд тохиолдож буй

хавдрын нэгдүгээр байранд умайн хүзүүний өмөн (УХӨ) орж байна. Монгол эмэгтэйчүүдийн дунд тохиолдож буй умайн хүзүүний өмөнгийн үед ХПВ-ийн халдварын хэв шинжийг тогтоох, өмөнд өртөмтгий байдлыг вирусийн геномын хувилбар болон эзэн биеийн зарим уургийн генотипийн хэлбэртэй уялдуулан судлах зорилготой судалгааны ажил хийсэн. Судалгааны үр дүнг товчлон авч үзвэл ХПВ-ийн хэв шинжийг илрүүлэхэд ДНХ чип микроаррэйн арга нь ПГУ-аас илүү үр дүнтэй болох нь тогтоогдлоо. УХӨ-гийн 54%-д ХПВ-16 зонхилон илэрч, ХПВ-58, 18, 33 хэв шинж дараалан өндөр хувьтай тархсан байна. ХПВ-ийн өмөн үүсгэх өндөр эрсдэлт хэв шинжийн халдвар нь УХӨ-г хамгийн их хувьтай (R square 67%) нөхцөлдүүлж байна. Монгол улсад ХПВ-16 хэв шинжийн Европын дэд хэв шинжид хамаарах хувилбарууд тэр дундаа Европын эгэл хувилбар ба E(T350G), E(G94A) хувилбар, ХПВ-33 хэв шинжийн MN17-6-0 хувилбар хамгийн өргөн тархсан байна. Эзэн биеийн глутатион-S-трансфераза эсгэгийн мью ангийн 1-р хувилбарын делецийн генотип УХӨ-д өртөмтгий байдлыг тодорхой хувиар (R square-7.1%) нөхцөлдүүлж байна.

Судалгааны ажлын практик зөвлөмж:

1. Монгол оронд ХПВ-ийн халдварыг илрүүлэх молекул биологийн оношлогоо болон тандалт судалгааг өргөжүүлэх
2. УХӨ-гөөс урьдчилан сэргийлэх цогц бодлогод ХПВ-ийн халдварыг илрүүлэх, халдвартай эмэгтэйчүүдийг хянах менежментийг боловсруулах
3. ХПВ-ийн халдвараас урьдчилан сэргийлэх өвөрмөц болон өвөрмөц бус арга хэмжээг холбогдох эрүүл мэндийн байгууллагуудын үйл ажиллагаанд тусгаж тогтмолжуулах
4. Шинээр эмнэл зүйн практик нэвтрээд байгаа ХПВ-ийн халдварын эсрэг вакциныг өөрийн орны хэмжээнд нэвтрүүлэх боломж эрэлхийлэх
5. ХПВ-ийн хэв шинжийн тархалтын талаарх мэдээг ДЭМБ-ийн мэдээллийн санд байрлуулах



Ààò ááááááééí Í ðāí í áááòàò

(ÁĀŌ Ī Ū āī ēōī ðāī ò)

БГХӨСҮТ-ийн захирал

Д.Отгонбаатар “Монгол дахь галзуу өвчний эпидемиологи, эпизоотологийн зарим онцлог” сэдвээр 2009 оны 10 дугаар сарын 8-ны өдөр Улаанбаатар хотноо ЭМШУИС-ийн эрдмийн зөвлөлөөр

анагаах ухааны докторын зэрэг хамгаалав.

Энэхүү судалгааны ажил нь Монгол орон дахь галзуу өвчний байгалийн голомтын төлөв байдал, эпизоотологи, эпидемиологийн онцлогийг тодорхойлж молекул биологийн түвшинд судлаж нэгдсэн дүгнэлт өгсөн анхны бүтээл болов.

Монголын нутаг дэвсгэрээс илрүүлсэн галзуу өвчний вирусийн геномын хэсгийн нуклейн хүчлийн дарааллыг тодорхойлох судалгааг анх удаа хийж, вирус нь *Lyssavirus*-ийн генийн I хэлбэрийн Евро-Азид өргөн тархсан филогенетикийн “Steppe” бүлэгт хамрагдаж байгааг тогтоожээ. Монголд ялгасан энэхүү лиссавирусийн омгийн N гений нуклеотидийн

2	Хүний биеийн эрүүл Анатоми (нэмэн засварласан)	Улаанбаатар 2009 -246х.	Д.Амгаланбаатар Б.Дагданбазар С.Энэбиш С.Түндэврэнцэн А.Авирмэд Д.Уранчимэг О.Эрдэнэзаяа Г.Нандин
3	Хүний биеийн эрүүл бүгэц зүйн үзүүлбэрт гарын авлага (нэмэн засварласан)	Улаанбаатар 2009 -180х.	Д.Амгаланбаатар Б.Дагданбазар С.Энэбиш С.Түндэврэнцэн А.Авирмэд Д.Уранчимэг О.Эрдэнэзаяа Г.Нандин
4	Анатомийн латин монгол орос англи нэрийн толь (нэмэн засварласан)	Улаанбаатар 2009 -98х.	Д.Амгаланбаатар Б.Дагданбазар С.Энэбиш С.Түндэврэнцэн А.Авирмэд Д.Уранчимэг О.Эрдэнэзаяа Г.Нандин
5	Хүний биеийн зах хязгаарын судас мэдрэлийн өнгөт фото атлас	Улаанбаатар 2008 -57х.	А.Авирмэд Д.Амгаланбаатар
6	Хүний биеийн булчингийн гаргалгааны өнгөт фото атлас	Улаанбаатар 2009 -56х.	Д.Уранчимэг Д.Амгаланбаатар
7	Хүний биеийн мэдрэлийн тогтолцоо, мэдрэхүйн эрхтэний өнгөт фото атлас	Улаанбаатар 2009 -56х	О.Эрдэнэзаяа Б.Дагданбазар Д.Тунгалаг
8	Хүний биеийн яс үе холбооны өнгөт фото атлас	Улаанбаатар 2009 -56х.	Г.Нандин Д.Амгаланбаатар Х.Пүрэвсүрэн
9	Хүний биеийн дотор эрхтний өнгөт фото атлас	Улаанбаатар 2009 -62х.	Д.Амгаланбаатар С.Түндэврэнцэн С.Энэбиш
10	Монгол хүний цул сав эрхтний цусан хангамжийн онцлог	Улаанбаатар 2009 -72х.	Д.Амгаланбаатар Б.Дагданбазар С.Энэбиш С.Түндэврэнцэн А.Авирмэд Д.Уранчимэг О.Эрдэнэзаяа Г.Нандин
11	Анатомий тэнхим нэг жарныг давсан нь	Улаанбаатар 2009 -72х.	Д.Амгаланбаатар Б.Дагданбазар С.Энэбиш С.Түндэврэнцэн А.Авирмэд Д.Уранчимэг О.Эрдэнэзаяа Г.Нандин
12	Хүний эрүүл биеийн микроскопийн анатоми	Улаанбаатар 2009-200х	А.Авирмэд
13	Хүний эрүүл биеийн дотор эрхтэний өнгөт фото атлас	Улаанбаатар 2009-62х	С.Түндэврэнцэн С.Энэбиш

II. *Ýäüì ø èí æëëüýí èé ° ä¿¿ëýë*

Àãàãàãàã

1	"Recovered changes in the spleen by agmatine treatment after MCAO injury"	Anatomical Science International journal http://mc.manuscriptcentral.com/asi хэвлэлтэнд	Uranchimeg, D., Kim Jae Hwan., Kim Jae Young., Jong Eun Lee., Batbaatar .G., Tundevrentsen. S, Amgalanbaatar D.
Àí ò í äí ä			
1	"Хүнхэрийн синдэр (Limonitera)-ийг номхотгож, түлэнхийн шарх эмчилсэн нь"	<i>Ì í ãî Ë ù í Àí àãàò Òðààí</i> УБ: №3(149), 95-98.2009	Д.Зандансүрэн Д.Амгаланбаатар С.Олдох З.Ариунаа
2	"Хүнхэрийн синдэрийн гадар шарханд үзүүлэх нөлөөг эд судлалын аргаар судалсан нь"	<i>Ýð¿¿ë ì ýí äèéí ø èí æëýò òðààí</i> . "Эрдмийн чуулган-51.эрдэм шинжилгээний хуралд шалгарсан бүтээл. УБ: №11,167-169.	Д.Зандансүрэн Д.Амгаланбаатар С.Олдох З.Ариунаа
3	"Синдэрийн нэр томъёоны тайлал"	<i>Ýð¿¿ë ì ýí äèéí ø èí æëýò òðààí</i> . " УБ: №10, 40-44.	Д.Зандансүрэн Д.Амгаланбаатар С.Олдох З.Ариунаа
4	Монгол хүний гол судас түүний зарим салаалалтын хэмжээг судлах асуудалд	<i>Ýð¿¿ë ì ýí äèéí ø èí æëýò òðààí</i> . " УБ: №11, 79-81.	Б.Журамт С.Энэбиш Д.Амгаланбаатар
5	Монгол хүний өндгөвчний судасжилт, цусан хангамж,	<i>Ýð¿¿ë ì ýí äèéí ø èí æëýò òðààí</i> . " УБ: №11, 85-87.	Г.Нандин Д.Амгаланбаатар С.Энэбиш
6	Тархины шигдээсийн загвар үүсгэсэн хархны дэлүүнд гарах өөрчлөлт	<i>Ýð¿¿ë ì ýí äèéí ø èí æëýò òðààí</i> . " УБ: №11, 125-127.	Д.Уранчимэг Д.Амгаланбаатар
7	Ургын хөгжилийн үе дэх зарим чөмөгт ясны бүрдлийн явцад хийсэн судалгааны дүн	<i>Ýð¿¿ë ì ýí äèéí ø èí æëýò òðààí</i> . " УБ: №11, 146-148.	Д.Янсанжав С.Энэбиш Д.Амгаланбаатар
8	Монгол хүний элэгний үүдэн венийн эрхтэний гаднах салааны салаалалтын хэлбэр	<i>Ýð¿¿ë ì ýí äèéí ø èí æëýò òðààí</i> . " УБ: №8, 146-148.	Д.ШинэОд Д.Амгаланбаатар
9	Зүрхний цусан хангамж, түүний хэлбэр	<i>Ì í ãî Ë ò¿í èé òòë ñàà ýðòò ýí ¿¿äèéí á¿ò ýò, ñòààñæëëò ùí í àñí ù í í òëí ä.</i> ОА: ¹ 145-56.2009	С.Түндэврэнцэн Д.Амгаланбаатар
10	0-16 насны хүүхдийн зүрхний цусан хангамжийн хэлбэрийг судалсан дүн	<i>Ì í ãî Ë ò¿í èé òòë ñàà ýðòò ýí ¿¿äèéí á¿ò ýò, ñòààñæëëò ùí í àñí ù í í òëí ä.</i> ОА: ¹ 157-62.2009	А.Авирмэд С.Энэбэш Д.Амгаланбаатар

VI. Oae da ae oai aaee ooe nai ai eoi d, i aeenod

I yon	Nyaaeei iy	I i	Oaedaaa- aaee
oei ae yo oooai u ai eoi d			
1.	М.Туул	Монгол хүний Морфофизиологийн зарим үзүүлэлтийн насны хөдлөл зүй	2009 Д.Амгаланбаатар
AI aaaa oooai u ai eoi d			
1.	Ч.Төвжаргал	Насанд хүрсэн Монгол хүний зүрхний гол судасны болон хоёр хавтаст хавхлагуудын хэмжээс, бүтцийн онцлог	2009 Д.Амгаланбаатар
	Д.Уранчимэг	Хүний дэлүүний бүтэц судасжилт ба дархлааны үүргийг туршилтын загвар үүсгэн судалсан дүн	2009 Д.Амгаланбаатар
2.	Зандансүрэн	Сэндэрийн химийн найрлага, тархац гадар шарханд үзүүлэх нөлөөг судалсан нь	2009 Д.Амгаланбаатар
AO-i u i aeenod			
1.	С.Энхномин	Насанд хүрсэн Монгол хүний зүрхний тосгуурын хэмжээ, цусан хангамжийг судалсан нь	2009 Д.Амгаланбаатар
2.	Н.Баялагмаа (Эрдэм шинжилгээний ажлын зөвлөх)	Үр хөврөл, ургын эгэмны бүтэц хэмжил зүйн онцлог	2009 Д.Амгаланбаатар
3.	Б.Журамт (Эрдэм шинжилгээний ажлын зөвлөх)	Насанд хүрсэн монгол хүний гол судасны салаалал, бүтэц зүйн асуудал	2009 Д.Амгаланбаатар
4.	Д.Янсанжав (Эрдэм шинжилгээний ажлын зөвлөх)	Үр хөврөл, ургын чөмөгт ясны бүтэц хэмжил зүйн онцлог	2009 Д.Амгаланбаатар
5.	А.Долгорсүрэн (Эрдэм шинжилгээний ажлын зөвлөх)	Насанд хүрсэн Монгол хүний бөөрний хэмжээ судасжилтыг судалсан дүн.	2009 Д.Амгаланбаатар
6.	Д.Шинэ Од (Эрдэм шинжилгээний ажлын зөвлөх)	Насанд хүрсэн Монгол хүний үүдэн венийн эрхтний гаднах салааны хэмжил зүйн зарим асуудал	2009 Д.Амгаланбаатар

VII. Oyi ai oi oei eaoee nai i i i, nooao ae-ea

I i i, nooao ae-eaei iy	I i	Aaee
1	Хүний бие (орчуулгын ном)	УБ.2009 Robert Vinston

VIII. Oaa ae ooa

Шагнал	I i
1 ЭМШУИС-ийн "Шилдэг багш"	Улаанбаатар. 2009
2 ЭМШУИС-ийн Шилдэг тэнхим	Улаанбаатар 2009
3 Хүний бие ном нь 2009 оны шилдэг номоор шалгарсан "Grand book 2009"	Улаанбаатар 2009

3. Олон улсын эрдэм шинжилгээний хурал, зөвлөгөөнд оролцсон байдал, тавьсан илтгэлийн нэр, товчлол, хэвлэгдсэн бол түүний ишлэл.
 - New Horizons of Clinical Pathology in Asia. The Affect of Ethanol Exposure on Rat's Skin and Its Differential Development. Amgаланбаатар. D, Ayurzana. A. Purevdorj.I. p-69.
 - Department of General Practice and Preventive Medicine, Health Sciences University, Mongolia

Ethanol, more commonly referred to as alcohol, shared with caffeine and nicotine the distinction of being amongst the three most widely used drugs in the world. Its ability to cause disease through a variety of mechanisms has been recognized since early times, but the full spectrum has only recently become apparent and is probably still incomplete. It has been estimated that in Mongolia, at the present time, alcohol is major contributing factor in over a quarter of the illnesses of the nervous system leading to admission to acute medical units.

The purpose of our study was to perform the ethanol effect on prenatal brain development using animal model. As an animal model, wistar rats were used in the study and overall 24 rats selected randomly. The fertilized rats which enrolled in the study, housed individually till the day of Cesarean section. Pregnant rats were divided into two groups. In the first group of rats was injected 5% ethanol for 21 days. As an intact control, the second group of rats was fed with *ad libitum* access to standard rodent chow (Ulaanbaatar, Mongolia) and water also they were housed in a 12 h dark/light cycle. On GD 21, pregnant rats were anesthetized with ether, and fetuses were removed by cesarean section. After that fetuses were fixated in 4% paraformaldehyde containing 0.2% picric acid in phosphate buffer (pH 7.2-7.4). Then immersed in the same fixative overnight at 2-8°C, embedded in paraffin, and sliced along the sagittal plane at 3 µm. For histological observation, sections were stained with hematoxylin and eosin. For immunohistochemical examination, it visualized by ABC method with anti-laminin antibody and anti-nesstin antibody. The result of our study permit to suggest that the ethanol exposure effect on brain by the followings. 1. Ethanol formulates the heterotopias in the medial surface of dorsal thalamus 2. Ethanol decreases the deepness of the sulci of the neocortex.

Nai aa-eaaaadaa oeae aeyoyayny aaee

Анатомийн хичээлийн сургалтыг Хроно-картаар явуулж оюутны мэдлэгийг Chek List-ээр үнэлэх аргыг ЭМШУИС болон бусад анагаахын чиглэлийн сургуулиудад нэвтрүүлсэн.

I i i e u i a i a a a o o o o a i u a e a a i e e i 2010 i i u o e o a e o a i a o o n a a o n a i a e .

Шинжлэх ухаан технологийн төслүүдийг зарлах, батлах хэрэгжүүлэх асуудалд эрдэмлэг баг бүрэлдэхүүнийг оруулахад онцгой анхаарна уу !

AI aaaaou i oe i ae yo oooai u ai eoi d, adf o anni d, i AOA-eei aeo i i AI aaeai aao ad

<p><i>Ā ŷ ä ŷ ñ í è é öyāēéí í ŷí æēí</i> <i>° ° ð ÷ è ° è ò è é ā</i> <i>ñóāāēñāí í ŷ</i></p>	<p>Б.Цэрэндаш И.Отгонбаяр Б.Батболд Д.Рэгзэдмаа С.Наранцэцэг Д.Бадамсүрэн Г. Ү ү р д м ө н х</p>	<p>Монголын анагаах ухаан сэтгүүл, 2009 1 4 6-</p>
<p><i>Āyāŷñí èé í ŷí öyí ðāēūí ðàì ø ēí æ</i></p>	<p>А.Öөдүй ääø, И.Отгонбаяр А.Ääcāí ēä</p>	<p>“<i>Ì í ã ĩ ĕ ũ í ŷēŷā ñóāēāē</i>” <i>ñŷöāŷŷē</i> 2009 1 48, 6-17-23</p>
<p><i>Ā ŷ ä ŷ ñ í è é öyāēéí í ŷí æēí</i> <i>° ° ð ÷ è ° è ò è é ā</i> <i>ñóāāēñāí äŷí äŷŷñ</i></p>	<p>Б.Цэрэндаш, И.Отгонбаяр А. Ä ä ð ä í ē ä</p>	<p>“<i>Ì í ã ĩ ĕ ũ í ŷēŷā ñóāēāē</i>” <i>ñŷöāŷŷē</i> 2009 1 4, 6- 35-38</p>
<p><i>Ÿdāŷí</i> <i>ø ēí æēēäŷŷí èé</i> <i>èè cāŷē</i></p>		
<p>А. Гадаадад=0</p>		
<p>Б.Дотоодод-3</p>		
<p>Элэгний циррозын үеийн цусны бүлэгнэлт алдагдалд эмийн ургамлын нөлөөг судалсан нь</p>	<p>Б.Цэрэндаш Д.Бадамсүрэн Х.Оюунцэцэг Д.Цэрэндагва</p>	<p>ШНКТЭ-ийн эмч нарын ОП Б Х у р л ы н илтгэлийн хураангуй 2009 , 6-4-11</p>
<p>Элэгний циррозын бүтэц зүйн судалгааны дүнгээс</p>	<p>Б.Цэрэндаш Д.Бадамсүрэн Х.Оюунцэцэг Д.Цэрэндагва</p>	<p>ШНКТЭ-ийн эмч нарын ОП Б Х у р л ы н илтгэлийн хураангуй 2009, 6-28-31</p>
<p>Элэгний хавдрын судасжилтын нууц түүний ангисиметик шинжүүд</p>	<p>Б.Цэрэндаш З.Лхагвасүрэн Ц.Бадамсэд</p>	<p>ШНКТЭ-ийн эмч нарын ОП Б Х у р л ы н илтгэлийн хураангуй 2009, 6-104-110</p>
<p><i>Ì í ã ĩ äãàò è</i></p>		
<p><i>Ì í ã ĩ è öŷē äŷŷð</i> <i>äè÷ñŷí =1</i></p>		
<p>Монгол улсын шинжлэх ухаан-99 боть</p>	<p>Б.Цэрэндаш</p>	<p>УБ,2009, х.х-10.25</p>
<p><i>Ì í ã ĩ è öŷē äŷŷð öŷí àí</i> <i>ō öèí ēäóöēñāí =5</i></p>		
<p>Хоол боловсруулах эрхтний эмгэг</p>	<p>Б.Цэрэндаш нар</p>	<p>УБ,2009, х.х-31.5</p>
<p>Өвчингүй явах боломж</p>	<p>Б.Цэрэндаш Б.Намтай</p>	<p>УБ,2009, х.х-7.625</p>
<p>Хүний биеийн бүтэц, эмнэлзүй, химид суурилсан эмийн ангилал</p>	<p>Б.Цэрэндаш Л.Цэрэндулам нар</p>	<p>УБ,2009, х.х-13.75</p>
<p>Эрүүл амьдрахуйн нууц увидас</p>	<p>Б.Цэрэндаш З.Аюурзана</p>	<p>УБ,2009, х.х-20</p>

<p>Дотор өвчний онош зүй</p>	<p>Б.Гомбосүрэн Б.Цэрэндаш Х.Гэлэгжамц</p>	<p>УБ,2009, х.х-532</p>
<p>ХБЭ-ний эмгэгийн үеийн нян хямралын оношлогоо</p>	<p>Б.Цэрэндаш нар</p>	<p>2009</p>
<p><i>Çí ðēí ä-ēēí ŷððēéí</i> <i>äŷð÷èèäŷŷ=3</i></p>		
<p>Шарлалтын хам шинжийн шинэ ангилал</p>	<p>Б.Цэрэндаш</p>	<p>УБ№3587 2009, 07- 22</p>
<p>Элэгний үрэвслийн архаг үед “Канема” бэлдмэлийг хэрэглэх нь</p>	<p>Б.Цэрэндаш</p>	<p>УБ№3588 2009, 07- 22</p>
<p>Дотрын оношзүйн шинэ үзэл баримтлал</p>	<p>Б.Цэрэндаш</p>	<p>УБ№3586 2009, 07- 22</p>

3. Олон улсын эрдэм шинжилгээний хурал, зөвлөгөөнд оролцсон байдал, тавьсан илтгэлийн нэр, товчлол, хэвлэгдсэн бол түүний ишлэл

Энэ онд байхгүй

4. *Ñāí ää÷èè äãàðäà ðēéæ äŷē öŷöäŷŷñí àæèè*

1. ЭМЯ-ны Дотрын мэргэжлийн салбар зөвлөлийн хурлыг зохион байгуулж дотрын салбарт хийгдсэн судалгааны үр дүн, оношлогоо эмчилгээний удирдамж, стандартуудыг хэлэлцсэн.
2. Монголын элэг судлаачдын холбооны ерөнхийлөгчийн хувьд “Монголын элэг судлалын тулгамдсан асуудлууд” сэдэвт 2 кредитын сургалт семинарыг 2009 оны 04 сарын 24-25 өдрүүдэд зохион байгуулсан.
3. Монгол улсын дэгдсэн томуугийн А хүрээний N1H1 вирүсийн халдварын үед эмэнэлзүйн зөвлөх багт зөвлөхөөр ажиллаж, тус багаас гаргасан 11 зөвлөмжийг удирдан боловсруулсан.
4. Хүн ардын эрүүл мэндийн боловсролд зориулж TV-5, MN-25, TV-9 зэрэг телевизүүдийн “Эрүүл мэнд” нэвтрүүлэгт оролцож зөвлөлтөг өгч, MNT-ийн “Хариулахгүй ч байж болно” нэвтрүүлэгт уригдан оролцсон.
5. “Бизнес ба хөгжил” сэтгүүлд “Элэг бол гайхалтай ариусгалын төв эрхтэн” ярилцлага өгсөн.

5. *Ì í ã ĩ ĕ ũ í àí àãàò óòàì ũ àēāāāí èéí 2010*
í í ũ ŷēè äæèèēäãāāí ũ ð° è° äè° ã° í ä óónããò ñāí àè

1. Анагаах ухааны хүрээлэнгийн бүтэц зохион байгуулалтыг анхааран үзэж, секторын зохион байгуулалттай болгох асуудлыг шийдвэрлэх
2. Монголын анагаах ухааны академийн гишүүдийн хоорондын хамтын ажиллагаа болон гадаад харилцааг сайжруулахын тулд өндөр хурдны интернетэд холбох
3. Судалгааны ажлыг орчин үеийн түвшинд хүргэх, ерөнхий биш нарийн эсийн түвшинд хүрсэн ажлыг хийж болохуйц Эрдэм шинжилгээний нэгдсэн лаборатори байгуулах зэрэг саналтай байна.

Àēāāāí è÷, àí àãààðöŷí ø ēí æŷŷö öòààì ũ äí èò í ð,
í ðí ó äññí ð,
ì ÄŌÄ-èéí çí äŷñēŷä÷ äèø ççí Ä.Öödŷí ääø

**I Í Ì Ñ Ò Û Í ÁÍ ÀÀÀÀÒ ÓÒÀÀÍ Ò ÀÈÀÀÀÌ ÈÈÍ
-Í ÀÝÑÈÝÄ× ÆÈØ--Í Ä. ÁÀÀÑÀÍ ÆÀÀÛÍ 2009 Í Í Ò
ÀÆÈÛÍ ÒÀÈÈÀÍ**

1. I í ãi èüí ài ààààò óòààí ò àèàààì èèí ÷óóèãáí, ñàèáàð ç° àè° èèèí çèè àæèèèààààí ä í ðí èõñí í òòàè:

- Чуулган, салбар зөвлөлийн үйл ажиллагаанд тогтмол оролцож, хэлэлцсэн асуудлуудад санал бодлоо илэрхийлж шийдвэр гаргахад оролцож ирсэн.
- Шинжлэх ухааны ажилтны өдрөөр (2009 онд) академиас зохиосон биеийн тамирын тэмцээнд (шатрын) оролцохоор АУХ-ээс томилогдон оролцож салбар академийн сүүлийн хуралд оролцож чадаагүй болно.

2. Áè÷èæ í èèðèççèñýí áçòýýèèèí áçðýí æàãñààèò:

2009 онд хэвлэлд нийтлүүлсэн болон шилжүүлсэн Эрдэм шинжилгээний бүтээлийн жагсаалт

Бүтээлийн нэр	Зохиогч (д)	Хэвлэлийн нэр, хэвлэгдсэн улс, байгууллага, он, боть дугаар, хуудасны дугаар
Ýðäýí ø èí æèèäýýí èè ° äçèçýè		
А. Дотоодод		
1. Улаанбаатар хотын настан хүн амын дундах зүрх судасны өвчний бүтэц ба тархалт	Ä. Áààñàí æèä, í àð	АУХ "Эрдмийн бичиг" УБ, 2009 он (1) /хэвлэлтэнд/
2. Улаанбаатар хотын настан хүн амын дундах амьсгалын гуурсан хоолой, уушгины архаг (хавдрын бус) өвчнүүдийн бүтэц ба тархалт	Ä. Áààñàí æèä, í àð	АУХ "Эрдмийн бичиг" УБ, 2009 он (1) /хэвлэлтэнд/
3. Монгол орны настан хүн амын дунд (60н+) тохиолдож буй тархины шигдээс харвалтын шалтгаан-хүчин зүйлсийн асуудалд	Д. Баасанжав, нар	АУХ "Эрдмийн бичиг" УБ, 2009 он (1) /хэвлэлтэнд/
4. Настан хүн амын дундах чихрийн шижин өвчний (ЧШӨ) тархалтын байдал	Д. Баасанжав, нар	АУХ "Эрдмийн бичиг" УБ, 2009 он (1) /хэвлэлтэнд/
5. Монгол орны настангуудын дунд зүрхний ишеми өвчний (ЗИӨ) эмнэлзүйн үндсэн хэлбэрүүд онцлог, халгаат хүчин зүйлс	Д. Баасанжав, нар	АУХ "Эрдмийн бичиг" УБ, 2009 он (1) /хэвлэлтэнд/
6. Эпилепсийн уналтын бус үед ТЦБ-т илрэх үндсэн хэмүүдийн шинж байдлыг эрүүл хүний ТЦБ- тэй харьцуулан судалсан нь	Д. Баасанжав, нар	Эрдмийн бичиг (УКТЭ-ийн эмч нарын Эрдэм шинжилгээний бага хурал XXXI) УБ, 2009, 58-63 ху "Клиникийн лекц" /хэвлэлтэнд/ шилжүүлсэн/
7. Мэдрэлийн түгмэл хатуурал (multiple sclerosis) өвчний тархалт, шалтгаан, патоморфологи, эмнэлзүй, явц, оношлогоо	Д. Баасанжав, нар	АУХ-ийн "Эрдмийн бичиг" сэтгүүлд /хэвлэлтэнд/
8. "Мэдрэлийн түгмэл хатуурал (Multiple sclerosis) өвчний тархалтын талаарх олон улсын судалгааны дүнгийн тоймоос"	Д. Баасанжав, нар	АУХ-ийн "Эрдмийн бичиг" сэтгүүлд /хэвлэлтэнд/
9. Монгол орны настан хүн амын (60н+ ба 65 н+) тооны өсөлтийн сүүлийн 20 жилийн хандлага (1989-2008 он) настангуудын тооны өсөлтийн зогсонги байдал	Д. Баасанжав, нар	"Монголын Анагаах Ухаан" сэтгүүлд /хэвлэлтэнд/ "Хүн амын эрүүл мэнд, удмын сангийн талаар төрөөс баримтлах бодлого, сөргөөр нөлөөлж буй хүчин зүйлс" чиглэлээр ЭМЯ-аас бэлтгэх илтгэлд хэлэлцүүлсэн
10. Монгол орны зарим аймаг, хотын хүн амын дунд мэдрэлийн удамшлын өвчний (МУӨ) бүтэц, тархалтын давтамжийг тогтоосон судалгааны дүнгээс (1997-2005 он)	Д. Баасанжав	
Ýðäýí ø èí æèèäýýí èè èèòäýè		

1. "Discovery and Identification of New Neuromuscular Disorders in Mongolia "	Д.Баасанжав, Д.Нямхишиг, АНУ-ын Эрүүл мэндийн Үндэсний хүрээлэнгийн эрдэмтэдтэй хамтарсан	Олон улсын лабораторчдын "The 10 th International Congress of the Asian Society of Clinical Pathology and Laboratory Medicine" 2009 оны 09 сарын 10-11-ны өдрүүдэд болсон ОУ-ын хуралд "ОУ-ын мэдрэлийн өвчний эмнэлзүй, эпидемиологийн анхдугаар их хурал" Герман, 2009, 9 сарын хурлын материалын хэвлэлтэнд шилжүүлсэн
2. Epidemiology of hereditary myotonic dystrophy in populations of some provinces in Mongolia	D.Baasanjav, Ya. Erdenechimeg, B.Oyungereel,	"Дэлхийн мэдрэлийн холбооны XIX их хурал" Тайланд, 2009, 10 сарын хурлын материалын хэвлэлтэнд шилжүүлсэн
3. Prevalence of familial spastic paraplegia (FSP) and Charcot-Marie-Tooth (CMT) disease in population of some provinces of Mongolia	P.Soyolmaa, T.Sarantsetseg	
	D.Baasanjav, Ya. Erdenechimeg, B.Oyungereel, B.Soyolma, T.Sarantsetseg, B. Chimeglkham, B.Khandsuren,	
Монгол хэл дээр бичсэн		
1. "Монгол орны хүн амын дунд тархины харвалтын өвчлөлийн төвшин, үечилсэн судалгаануудын харьцуулсан дүн, үзүүлэлтүүдийн хөдлөл зүйн сүүлийн 35 жилийн хандлага"	Д.Баасанжав	ДЭМБ, ЭМЯ, ЭМШУИС-иас Дэлхийн харвалтын өдөрт зориулсан "Харвалт- Би юу хийж чадах вэ?" семинар, УБ, (2009.10.29)
2. "Тархины харвалтыг үүсгэгч өндөр эрсдэлт /халгаат/ хүчин зүйлсийг бууруулах замаар тархины харвалтын өвчлөлийг хүн амын дунд бууруулах загвар	Д.Баасанжав	Мөн семинарт
Удамшлын мотор ба сенсор болон сенсор ба автоном нейропатуинууд, тэдгээрийн дэд хэвшинжүүд (эмнэлзүй, гистопатологи, молекуленетик, эмгэг жам, электромиографи оношлогоо)		
	Д.Баасанжав	2009

3. I í ãi èüí óèñýí ýðäýí ø èí æèèäýýí èè òòàè, ç° àè° èè° í ä í ðí èõñí í áàèáàè, ò àäüñàí èèò äýèèèí í ýð, ò í ä-èí è, òýäýäãñýí áí è ò ççí èè èø èýè:

1. 1. Монголд зохиогдсон олон улсын лабораторчдын "The 10th International Congress of the Asian Society of Clinical Pathology and Laboratory Medicine" 2009 оны 09 сарын 10-11-ны өдрүүдэд болсон ОУ-ын хуралд "Discovery and Identification of New Neuromuscular Disorders in Mongolia " АНУ-ын Эрүүл мэндийн Үндэсний хүрээлэнгийн эрдэмтэдтэй хамтарсан илтгэл

2. Epidemiology of hereditary myotonic dystrophy in populations of some provinces in Mongolia" ОУ-ын мэдрэлийн өвчний эмнэлзүй, эпидемиологийн анхдугаар их хурал" Герман, 2009, 9 сарын хурлын материалын хэвлэлтэнд шилжүүлсэн

3. Prevalence of familial spastic paraplegia (FSP) and Charcot-Marie-Tooth (CMT) disease in population of some provinces of Mongolia" Дэлхийн мэдрэлийн холбооны XIX их хурал" Тайланд, 2009, 10 сарын хурлын материалын хэвлэлтэнд шилжүүлсэн

4. INFO2009 Мэдрэл судлалын Олон улсын сургалт, Вестибо-лонч семинар ММЭН, Рефлекс хувийн эмнэлэг, Германы эрдэмтэдтэй хамтран 2009 оны 09 сарын 04-06 нд зохион байгуулав.

4. Nàí àà-èèäààäàà òèèæäçèóýò äýñýí àæèè:

шинжилгээ, сургалт болон тэтгэлгийн хөтөлбөрийн үйл ажиллагаанд академийн гишүүдийг татан оролцуулах нь зүйтэй.

Àí àāāāō óōāāí ù āí èò í ð, í ðí ò āññí ð, Ì ÁÓÁ-èéí àèø çíí С.Ñí í èí

2009.12.04

Ì Í Á Ī Ē Ū Í Á Í Á Á Á Á Á Ō Ó Ó Á Á Í Ū À È Á Á Á Í È È Í Á È Ø -- Í Ì . Ñ - Ó Á Á Á Ō À Ò À Ò 2009 Í Í Ū À Æ È Ū Í Ò À È È Á Í

1. *Ì í āi ēūí àí àāāāō óōāāí ù àèāāāí èéí ÷óóēāāí, ñāèāāò, ç° āè° èèéí çéè àæèèèāāāí ä í ðí èõñí í óóōāé.*

Монголын анагаах ухааны академийн гишүүнээр 2009 онд сонгогдож, үйл ажиллагаанд 8-р сараас эхлэн оролцлоо.

2. *Áè÷èæí èèöè ççèñýí áçòýýèèéí æāñāāèò:*

- 2009 онд “Мэс заслын эмгэгүүдийн нэгдсэн сурах”-номыг хамтран бичиж, хянаж хэвлүүлсэн. Нийт ном сурах бичиг 4, Эрдэм шинжилгээний өгүүлэл 2, илтгэл 4 –ийг бичиж нийтлүүлэв.

3. *Ñāí āā÷èèāāāòāā òèéæ āçèòýòāýñýí àæèè:*

- Хоёр судлаачийн магистрын ажил удирдсан.
- ЭМЯ-ны захиалгатай “Гамшиг, химийн ослын үе дэх аврахуйн нэн яаралтай тусламж үйлчилгээний менежментийн асуудал” төслийг Анагаах Ухааны хүрээлэнгийн эрдмийн зөвлөлийн хурлаар, дараа нь Монголын анагаах ухааны академийн чуулганы хуралдаанаар хэлэлцүүлж, ЭМЯ-д хүргүүлэв.

4. *Ì í Ū çéè àæèèèāāāí ù ç° è° āè° ç° í ä óñāāò ñāí àè*

- Химийн ослын гамшгийн үе дэх нэн яаралтай тусламжийн талаар асуудал боловсруулан бодлогын чанартай арга хэмжээ авах. Энэ нь бодлогын асуудал учир төлөвлгөөнд оруулж дэмжих боломж байгааг судалж үзэх.

-Тулгамдаж байгаа асуудлыг судалж, гадаадын орнуудын анагаахын байгууллагуудтай хамтран гүйцэтгэх төсөлт ажил болгон төлөвлөж ажиллах.

Àø Ó-í ù āí èò í ð, í ðí ò āññí ð, Ì ÁÓÁ-èéí àèø çíí, àèāāāí è÷ Í . Ñ çóāāāò àð

Ì Í Á Ī Ē Ū Í Á Í Á Á Á Á Á Ō Ó Ó Á Á Í Ū À È Á Á Á Í È È Í Á È Ø -- Í Ì . Ñ - Ó Á Á Á Ō À Ò À Ò 2009 Í Í Ū À Æ È Ū Í Ò À È È Á Í

Í ýā. Монголын анагаах ухааны академийн чуулган, салбар зөвлөлийн үйл ажиллагаанд оролцсон тухай

- 2009.06.19-нд Монголын Анагаах Ухааны Академийн гишүүнээр сонгогдож, академич цол хүртсэн.
- Академийн хуралд 3 удаа суусан.

Õ, ð. 2009 онд бичиж нийтлүүлсэн бүтээлийн жагсаалт

1	<i>Ñýāýā</i>	<i>Òāí òðāí çí òèí ā:èā</i>	<i>Í í Ì, èè çāýè, ° āççèèèéí ò áú, í ā</i>
1	Жирэмсэн эхийн холлолт, ураг, аминдэмийн шүтэлцээ	(Э.Лхагва-Очир Э.Ануударь)	Аргачилсан зөвлөмж, 2009, хуудас 20
2	Эх барих эмэгтэйчүүд, хүүхэд судлал	Мэргэжлийн сэтгүүл	Шинжлэх ухаан, практикийн сэтгүүл, 2009, №1 (05), хуудас 286-345
3	Ургийн зонхилон тохиолдох гажгийн хэт авиан шинжилгээ	(Ц.Үржиндэлгэр Б.Пагма Э.Лхагва-Очир)	Аргачилсан зөвлөмж, 2009, хуудас 22
4	Бамбай булчирхайн физиологийн үйл ажиллагаа (өгүүлэл)	(Э.Лхагва-Очир)	Эх барих эмэгтэйчүүд, хүүхэд судлал сэтгүүл УБ-2009. №1 (05)
5	Перинаталь үеийн ургийн гаж хөгжлийн хэт авиан шинжилгээ (өгүүлэл)	(Б.Пагма, Ц.Үржиндэлгэр)	Эх барих эмэгтэйчүүд, хүүхэд судлал сэтгүүл УБ-2009. №1 (05)
6	Эмэгтэйчүүд судлалын хэт авиан оношзүй	Ном (Г.Мэндсайхан)	УБ, 2009, хуудас 324.
7	Эх нялхсын эрүүл мэнд – эрдэм судлал	Ерөнхий редактор	УБ, 2009, хуудас 53/53
8	Монгол Улсад жирэмсний хожуу үеийн хордлогыг судалсан байдал (өгүүлэл)		Эх нялхсын эрүүл мэнд – эрдэм судлал, УБ 2009, хуудас 7-10
9	Жирэмсний хожуу үеийн хордлогын тархалт, нөлөөлж буй зарим хүчин зүйлс (өгүүлэл)	(П.Отгонбаяр, С.Нармандах, Ө.Энхжаргал, М.Пүрэвтогтох, О.Амаржаргал)	Эх нялхсын эрүүл мэнд – эрдэм судлал, УБ 2009, хуудас 10-20
10	Жирэмсний хожуу үеийн хордлогын эмнэлзүйн шинж, л а б о р а т о р и й н шинжилгээ (өгүүлэл)	(П.Отгонбаяр, С.Нармандах, М.Тоджаргал, Д.Лхамжав, Л.Оюунчимэг)	Эх нялхсын эрүүл мэнд – эрдэм судлал, УБ 2009, хуудас 20-24
11	Жирэмсний хожуу үеийн хордлогын хүндрэл (өгүүлэл)	(П.Отгонбаяр, С.Нармандах, Д.Наранцэцэг, С.Батцэцэг, Б.Барчидсүрэн)	Эх нялхсын эрүүл мэнд – эрдэм судлал, УБ 2009, хуудас 24-28
12	Бага жинтэй нярайн тархины цус харвалтын оношлогоо эмчилгээний бүдүүвч (өгүүлэл)	(С.Лхамсүрэн, Ө.Энхжаргал, Т.Энхтуяа, Д.Тунгалаг)	Монголын анагаах ухааны эрдмийн бүтээлийн товчоон, УБ 2009, хуудас 56-60
13	Төрөлхийн гаж хөгжлийг перинаталь үед хэт авиан ш и н ж и л г э э г э р оношлох аргыг боловсронгуй болгох нь	(Ж.Раднаабазар, Ө.Оюунчимэг, Ц.Үржиндэлгэр, Б.Пагма)	Монголын анагаах ухааны эрдмийн бүтээлийн товчоон, УБ 2009, хуудас 61-62
14	ICD 10 Өвчний олон улсын ангиалал	Хамтын бүтээл I, II, III боть	ДЭМБ, Женев хот, 2009

Асгаа. Олон улсын эрдэм шинжилгээний хурал, зөвлөгөөнд оролцсон байдал, тавьсан илтгэлийн нэр, товчлол, хэвлэгдсэн бол түүний ишлэл

- БНХАУ-ын XIAN хотод 2009.10.13-16-ны хооронд “WHO/UNICEF Workshop to review progress and actions to improve child survival” сэдэвт хурал
 - 2009.11.01-06-ны хооронд Японы Сендай хотод болсон “Жирэмсний хожуу үеийн хордлого” олон улсын эрдэм шинжилгээний бага хурал
- Дөрөв. Монголын анагаах ухааны академийн 2010 оны үйл ажиллагааны төлөвлөгөөнд тусгах санал
- Академийн гишүүнийг урамшуулалтай болгохын тулд дотоод журам 30% цалингийн нэмэгдэлтэй байх, урамшууллыг тухайн байгууллага хариуцаж байхаар заалт оруулах
 - Академийн гадаад харилцааг хөгжүүлэх
 - Гадаад орны академийн гишүүнээр сонгуулах ажлыг зохион байгуулах

Тайлан бичсэн:

Yí Yð Ò-èéí àð°í òèé çàðèðàè, Àð Ó-í ù àí èò í ð, ì ðí ò àññí ð, Ì ÁÓÁ-èéí àèø ççí, àèàààì è- Ò Yðòýí áààð àð

Í ÈÈÄÌ ÈÈÍ ÝÐ-ÈÌ ÝÍ ÀÈÈÍ ÑÀÈÁÀÐ

Í Í Í ÄÌ È Ò Í ÁÍ ÀÁÁÁÒ ÓÓÁÁÍ Ò ÀÈÁÁÄÌ ÈÈÍ -Í ÁÝÑÈÝÄ× ÀÈØ--Í, Í ÈÈÄÌ ÈÈÍ ÝÐ-ÈÌ ÝÍ ÀÈÈÍ ÑÀÈÁÁÐ ÒÍ ÁÁÐÁÀ Ò.Ì ÓÓÁÐ ÒÍ 2009 Í Í Ò ÀÆÈ Ò Í ÒÀÈÈÄÌ

1. Монголын анагаах ухааны академийн чуулган, салбар зөвлөлийн үйл ажиллагаанд оролцсон тухай 2009 í í ù Àèàààì èéí èð, áààà ÷-òóèèááí à áçðýí ñóóñàí. Çàðèí Ì ÁÓÁ-úí XII ñàðúí ÷-òóèèááíà ñóóè àì àèààçé.
2. Бичиж нийтлүүлсэн бүтээлийн бүрэн жагсаалт
 - Í í í äì è ò í ù ýðççé ì ýí àèéí ò í àð í èðí í (ýðççéèèè òàì àààèèè) Ø ÓÁ-úí 108 ààðú àí ò ù 120 óóáàñ ì àð àðèàè (Á.Áóðí ààà ø èèæççéñýí)
 - ÁÓÓ, ÓÁÓ-úí èí ðí í ðàòè, “Á-ò àí” ýí í ýèèèéí ýí ÷ í àðúí òóðàèè 3 èèð àýè òýèýèðççéñýí.
3. Олон улсын эрдэм шинжилгээний хурал, зөвлөгөөнд оролцсон байдал, тавьсан илтгэлийн нэр, товчлол, хэвлэгдсэн бол түүний ишлэл

Historical tradition of Mongolian Health system the 3rd International Conference on Traditional Medicine: current situation and the future status, 2009

4. Санаачилгаараа хийж гүйцэтгэсэн ажил: Àèàààì èéí ÷-òóèèááí ù àýýð ñàí àè òýèñýí. Òðèéí ø àáí àèè àýáø ñýí àí èò í ð Ø.Áí èäúí áçò ýýèè áçáí ýèò ° àññí.

5. Монголын анагаах ухааны академийн 2010 оны үйл ажиллагааны төлөвлөгөөнд тусгах санал Àááááà òàðèèòáàà ° ðñ° æççéæ ãááááà ò í í èéí èò í èí ò. Àèàààì è-à-á ýáòóèèàð

Àð Ó-í ù àí èò í ð, ì ðí ò àññí ð, Ì ÁÓÁ-èéí àèø ççí Ò.Ì óòàð

Í Í Í ÄÌ È Ò Í ÁÍ ÀÁÁÁÒ ÓÓÁÁÍ Ò ÀÈÁÁÄÌ ÈÈÍ -Í ÁÝÑÈÝÄ× ÀÈØ--Í Í ÈÈÄÌ ÈÈÍ ÝÐ-ÈÌ ÝÍ ÀÈÈÍ ÑÀÈÁÁÐ ÒÍ ÁÁÐÁÀ, ÁÍ ÀÁÁÁÒ ÓÓÁÁÍ Ò ÁÍ ÈÒ ð Ò.ÑÍ ÁÍ Í Í Í ÈÈÈÈÍ 2009 Í Í Ò ÀÆÈ Ò Í ÒÀÈÈÄÌ

1. Ýðççé ì ýí àèéí áàèáòóèèàáú í í í í ø èí àí í í ù àðàà-èèè ù á òýí àð

Эрүүл мэндийн байгууллагын оношлогооны аргачлал, гадаад дотоодын орчны шинжилгээний 2 төрлийн карт, тулгамдсан асуудлыг тодорхойлох хүснэгтэн загвар (нийт 24 хуудас)-ыг хянаж, удирдлага арга зүйгээр хангаж ажиллав. Аргачлалыг шинжлэх ухааны үндэслэлтэй боловсруулах, оновчтой болгохын тулд удирдлагын зөвлөлийн хурлаар 2 удаа хэлэлцүүлэн Төв аймгийн Эрүүл мэндийг газар, 12 эмнэлэгт туршилт хийлгэв.

Туршилтын үр дүн, гарсан сургамжид тулгуурлан оношлогооны аргачлал, шалгуур үзүүлэлтийг нягтлан, дахин боловсронгуй болгоход арга зүйгээр хангаж, ЭМГ-ын даргын 2009 оны 12 сарын 9-ны өдрийн 208 тоот тушаалаар “Эрүүл мэндийн байгууллагын оношлогооны аргачлал” –ыг баталгаажуулав.

А-÷ õí èáí ääí è: Энэхүү эрүүл мэндийн байгууллагын оношлогооны аргачлал нь эрүүл мэндийн салбарын хувьд шинэлэг бөгөөд батлагдсан аргачлалаар байгууллагын орчны шинжилгээ хийж, тулгамдсан асуудлыг тодорхойлон, стратегийн хөгжлийн чиг хандлагыг тодорхойлох боломж бүрдсэн.

2. “Èèèí èèèéí ýí í ýèèèéí ì áí àæì áí ò èéí ° í ° ò àèéí áàèáàè” ñóáàèèáàáí ù àæèúí ç° áè° ð° ò ð àæèèèàð

“Клиникийн эмнэлгийн менежмент” сэдэвт судалгааны ажлын аргачлал боловсруулахад удирдлага арга зүйгээр ханган, Анагаах ухааны Их сургуулийн Ниймгийн Эрүүл Мэндийн сургуулийн Эрдэмтдийн Зөвлөгөөн 2009 оны 7 сарын 22-ны өдрийн хурлаар хэлэлцүүлэн батлуулж, Анагаах ухааны ёс зүйн хяналтын хорооны 2009 оны 7 сарын 27-ны өдрийн хурлаар зөвшөөрөгдөв.

Тус судалгаанд Улаанбаатар хотын клиникийн эмнэлэг, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн төвүүдийн 53.3 %, хувийн хэвшлийн клиникийн эмнэлгийн 20.0% буюу нийт 12 эмнэлэг, 155 оролцогсад хамрагдав. Судалгааны тайлан, зөвлөмж, (35 хуудас)-ийг хянаж, зөвлөхөөр ажиллав. Мөн судалгааны англи тайланг хянав.

А-÷ õí èáí ääí è: Энэхүү судалгаа нь эрүүл мэндийн салбарын хэмжээний хандлага (SWAp), удирдлагын үндсэн үүрэгт тулгуурласан орчны шинжилгээний (SWOT) аргаар, асуудалд суурилан, клиникийн эмнэлгийн давуу ба сул талыг тодорхойлж, зөвлөмж боловсруулснаараа чухал ач холбогдолтой юм.

3. Àááááà òàì òú í àæèèèèáàáí ù òàèèàð

№	Хамтарсан байгууллага	Үйл ажиллагаа	Цаашдын чиглэл
---	-----------------------	---------------	----------------

1.	Солонгосын Эрүүл мэндийг дэмжих нийгэмлэг	<p>“Үйлдвэрийн ажилчид, сургуулийн сурагчдын эрүүл мэндийг дэмжих” төсөл.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Эрдэнэтийн уулын баяжуулах үйлдвэр, Эрдэнэт хотын 10 жилийн дунд с у р г у л и у д ы н сурагчдын дунд эрүүл мэндийн үзлэг зохион байгуулсан. 2. Эрүүл мэндийн зан үйлийн талаарх судалгаа авсан. 3. ЭУБУ-ийн эмнэлэг, сувиллын алба, 10 жилийн дунд сургуулиудыг эрүүл мэндийг дэмжих тоног төхөөрөмжөөр хангасан. 4. Эрүүл мэндийн боловсрол олгох мэдээлэл, сурталчилгаа зохион байгуулсан. 5. Сурталчилгааны материал боловсруулж, түгээсэн. 6. Солонгосын Эрүүл мэндийг дэмжих нийгэмлэгийн үйл ажилтай танилцах айлчлал зохион байгуулсан. 	<p>“Эрүүл мэндийг дэмжих сургуульд дэмжлэг үзүүлэх” төсөл.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хөвсгөл аймгийн Их уул сумын 10 жилийн дунд сургуулийн сурагчдын дунд эрүүл мэндийн үзлэг зохион байгуулах; 2. Эрүүл мэндийг дэмжих тоног төхөөрөмжөөр хангах; 3. Эрүүл мэндийн боловсрол олгох мэдээлэл, сурталчилгааны ажил зохион байгуулах; 4. Солонгосын Эрүүл мэндийг дэмжих нийгэмлэгийн үйл ажилтай танилцах айлчлал зохион байгуулах; 5. Мэдээлэл, сурталчилгаа зохион байгуулах.
2.	К а н а д ы н Дэлхийн эрүүл мэндийн судалгааны нэгдэл	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Уул уурхай ба эрүүл мэндийн нөлөөлөл” сэдэвт Олон улсын хурал зохион байгуулав. 2. “Эрүүл мэндийн системийн судалгааны хөтөлбөр” (research agenda) боловсруулах төсөл бэлтгэж ДЭМБ-д танилцуулсан. 3. “Уул уурхай ба нийгмийн нөлөөлөл” төсөл боловсруулж Канадын Эрүүл мэндийн судалгааны Хүрээлэнд хүргүүлсэн. 	<p>“Эрүүл мэндийн системийн судалгааны хөтөлбөр (research agenda) боловсруулах төслийг хэрэгжүүлэх.</p>
3.	К а н а д ы н С а й м о н Фрайзер Их Сургууль	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тус сургуулийн нийгмийн эрүүл мэндийн мастерын сургалтанд хамрагдсан оюутнуудын дадлага ажлыг зохион байгуулсан. 2. Уул уурхайн үйл ажиллагаа нь эрүүл мэндэд нөлөөлж байгаа талаар дэлхийн хэмжээнд зохион байгуулсан судалгааны сан бий болгосон. 	

4.	Н Ү Б - ы н Хүүхдийн Сан	Сургууль дээрх хүчирхийлэл, хүүхэд хамгааллын талаарх эрсдэлт зан үйлчийг өөрчлөх мэдээлэл, сургалт, сурталчилгааны стратегийн төсөл боловсруулахад мэргэжил, арга зүйн дэмжлэг үзүүлсэн.	Сургууль дээрх хүчирхийлэл, хүүхэд хамгааллын талаарх эрсдэлт зан үйлийг өөрчлөх мэдээлэл, сургалт, сурталчилгааны стратегийн эцэслэх, үйл ажиллагааны төлөвлөгөөг батлуулж, хэрэгжилтэнд дэмжлэг үзүүлэх.
5.	НҮБ-ын Хүн амын сан	Нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн талаарх мэдээлэл, сургалт, сурталчилгаа зохион байгуулсан.	Нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн талаарх мэдээлэл, сургалт, сурталчилгаа зохион байгуулах.
6.	Глобал Сан	БЗДХ/ХДХВ/ДОХ-оос урьдчилан сэргийлэх боловсрол болон бэлгэвчийн сурталчилгаа төсөл хэрэгжүүлж байгаа.	БЗДХ/ХДХВ/ДОХ-оос урьдчилан сэргийлэх боловсрол болон бэлгэвчийн сурталчилгаа төсөл хэрэгжүүлнэ.
7.	Санте-Сюд	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сэлэнгэ аймгийн сум дундын эмнэлгүүдийн хөгжлийг дэмжих төсөл боловсруулах үйл ажиллагааг чиглүүлсэн. 2. Архангай аймгийн Их тамир, Батцэнгэл сум, аймгийн Нэгдсэн эмнэлгийн хөгжлийг дэмжих төсөл боловсруулах үйл ажиллагааг чиглүүлсэн. 	Архангай аймгийн Их тамир, Батцэнгэл, аймгийн Нэгдсэн эмнэлгийн хөгжлийг дэмжих төсөл боловсруулах үйл ажиллагааг чиглүүлнэ.

4. Nyöäyë öäi àì æëéí ñóàäëää

ЭМЯ-ны харъяа клиникийн эмнэлэг, төрөлжсөн мэргэжлийн төвүүдийн (14 байгууллага) эмнэлгийн ажилтнууд болон үйлчлүүлэгчдээс сэтгэл ханамжийн судалгаа авч, үр дүнг гаргах зорилгоор Засгийн газрын Хэрэгжүүлэгч Агентлаг-Эрүүл мэндийн газрын даргын 2009 оны 12 дугаар сарын 01-ний 195 дугаар тушаалаар ажлын хэсэг байгуулан, удирдамж, аргачлалыг тус тус батлуулан ажиллав.

Батлагдсан удирдамж, аргачлалын дагуу 2009 оны 12 дугаар сарын 08-10-ны хооронд энэхүү судалгааг хийлээ.

ЭМБ-ын үзүүлж буй тусламж үйлчилгээний чанар, эмнэлгийн тохижилт соёл, мэдээлэл лавлагаа, хариуцлагатай байдал, эмнэлгийн ажилтнуудын ёс зүй, харилцаа, үр чадварын талаархи үйлчлүүлэгчдийн сэтгэл ханамжийн түвшинг тодорхойлох, нөгөө талаар эмнэлгийн ажилтнуудын хөдөлмөрийн нөхцөл, орчин, байгуулагын удирдлага, шийдвэр гаргалт, нийгмийн асуудал, хамт олны соёл, өөрийгөө хөгжүүлэх байдал, сахилга хариуцлагын чиглэлээрх сэтгэл ханамжийн байдал зэргийг тодорхойлохоор зорьсон.

Судалгаанд ЭМЯ-ны харъяа 14 эрүүл мэндийн байгууллагаас 900 гаруй эмнэлгийн ажилтнууд, 800 гаруй үйлчлүүлэгчид тус тус хамрагдаж, судалгааны тайланг 2009 оны 12 дугаар сарын 18-нд ЭМЯ-ны ЭТБХЗГ-т хүлээлгэн өгсөн.

Сэтгэл ханамжийн судалгааны үр дүнг 2009 оны 12 дугаар сарын 21-ний ЭМЯ-ны Удирдлагын зөвлөлийн хуралд танилцуулсан бөгөөд гишүүдээс цаашид анхаарч ажиллах талаар хэд хэдэн санал (асуумж болон түүврийн хэмжээг стандартчилах, ирэх онд улирал бүр судалгаа авч ЭМЯ-ны удирдлагын

жагсаалтанд буй МАУА-ын ашиглалтын хугацааг сунгуулав;

2. Àè÷èæ í èèöëççëñýí áçòýýèèéí áçòýí àãããààèò: нийт 33, үүнд - ном 6, эрдэм шинжилгээний өгүүлэл 9, эрдэм шинжилгээний илтгэлийн товчлол 17, бусад 1 (Хавсралт 1);

3. Ýðäýì ø èí æèèäýýí èé òðààè, ç° àè° èã° í ä í ðí èõñí í ááèääè, òààüñàí èèöäýèèéí í ýð, òí à÷èí è, öýäèýääñýí áí è òççí èè èø èýè: 13 (Хавсралт 2);

4. Õàèðààæ ç° àè° æòàì àãàèóóèñàí ñóàèää÷èä: 1 (Хавсралт 3);

5. Áóñää:

1) “Монголд ялгасан нянгийн омгуудын генетикийн судалгаа” төсөлт ажлын хүрээнд томуугийн вирүсийн Монголд ялгасан 4 омгийн хемагглютининий генийн (1701 нүклеотид), 2 омгийн М генийн (982 нүклеотид) нүклеотидын бүрэн дарааллыг Монгол улсад анх бие даан тогтоож, дарааллыг олон улсын “Генийн Банк”-д байршуулав (*GenBank accession numbers: CY050844 for A/Ulaanbaatar/5882/2009 (H1N1) pandemic influenza virus segment 4 sequence; CY050845 for A/Ulaanbaatar/6266 /2009(H1N1) pandemic influenza virus segment 4 sequence; CY050846 for A/Ulaanbaatar /6133/2009(H1N1) pandemic influenza virus segment 4 sequence; CY052366 for A/Zavkhan/8299/2009(H1N1) pandemic influenza virus segment 4 sequence; CY053364 for A/Ulaanbaatar/ 5882/2009(H1N1) pandemic influenza virus segment 7 sequence; CY053365 for A/Zavkhan/8299/2009(H1N1) pandemic influenza virus segment 7 sequence.*); Энэ судалгааны секвинсинг анализыг гардан гүйцэтгэсэн багийн ахлагч молекул биологич Д.Энхсайхан ХӨСҮТ-ийн 2009 оны “Шилдэг судлаач”-аар шалгарав.

2) “Монголын вирүс судлалын нийгэмлэг”-ийг Хуульзүйн яаманд бүртгүүлж албан ёсны болгон, бүх гишүүдийн хоёрдугаар чуулганыг хийлгэв (2009 оны 2-3 дугаар улиралд);

6. Ì í î ï ã ì ï ù ï à ï àãààð òðààì ù àèääàì èéí 2010 í í ù çéè àæèèèääàì ù ø è° àè° ã° í ä òóñääð ñàí àè

1) МАУА-д дипломын дараах сургалт явуулах, гадаадаас докторын дараах сургалтанд судлаач авах эрхтэй болгох асуудлыг ШУА, БСШУЯ, ЭМЯ-аар шийдвэрлүүлэх;

2) Академийн гишүүдийн бүтээлийг олон нийтэд хүргэх үүднээс 2009 оны тайланг нь “Монголын анагаах ухаан” сэтгүүлд нийтлэх (2010 оны 1-2 дугаарт);

Àèääàì è÷, àí àãààðóí ø èí æèýð òðààì ù àí èò í ð, í ðí òãññí ð, Ì ÁÓÀ-èéí çí äýññýä÷ àèø ççí Ì.Í ýí àãààð

Монголын анагаах ухааны академийн гишүүн П.Нямдаваагийн 2009 оны ажлын тайлан Хавсралт 1

2009 í í ä àè÷èæ í èèöëççëñýí áçòýýèèéí àãããààèò

1. Í í ï

1.1. Ì í î ï ã ì ï ù ï òðààè

1.1.1. П.Нямдаваа (2009): “Вакцин хэмээх ээлтэй үхэржин”, Нэмэн засварласан хоёрдох хэвлэл, Халдварт өвчинтэй тэмцэх Монголын үндэсний холбооны “Халдварт өвчин: Түүх ба Адал явдал” цуврал №2; Улаанбаатар, XIII+174 х.;

1.1.2. ДЭМБ (2009): “Өвчний олон улсын ангилал: Шинэчлэн найруулсан 10 дугаар хэвлэл (ICD-10)”; Азийн хөгжлийн банкны “Эрүүл мэндийн салбарын

хөгжил-2” төслийн санхүүгийн дэмжлэгтэйгээр англи хэлнээс орчуулав, Орчуулгын ерөнхий редактор П.Нямдаваа; Улаанбаатар, 1141 х.;

1.1.3. ДЭМБ (2009): “Бэлгийн замаар дамжих халдварын лабораторийн оношлогоо”, Англи хэлнээс орчуулсан С.Цогтбаяр, Ч.Баттогтох, С.Амарзаяа, Б.Жүгдэржав, Орчуулгын редактор П.Нямдаваа, М.Алтанхүү; Улаанбаатар, 143 х.;

1.1.4. Х.Ж.Уэльс (2009): “Эрхэс хоорондын дайн”; Уран сэтгэмжийн роман; Англи, монгол хэлээр, Англи хэлнээс орчуулсан П.Нарансумъяа, Н.Мишээл, Орчуулгын редактор П.Нямдаваа; Халдварт өвчинтэй тэмцэх Монголын үндэсний холбооны “Халдварт өвчин: Түүх ба Адал явдал” цуврал №1; Улаанбаатар, XII+492 х.;

1.2. Áóñää öýèýýð

1.2.1. P.Nymadawa (Editor-in-Chief): Annual Report 2008/2009, US-Mongolia Cooperative Agreement “Development of Influenza Surveillance Network” U50/CCU024411, Ulaanbaatar, Admon, Co., Ltd., 2009, 329 pp.;

1.2.2. P.Nymadawa (Editor-in-Chief): Final Progress Performance Report 2004-2009, US-Mongolia Cooperative Agreement “Development of Influenza Surveillance Network” U50/CCU024411, Ulaanbaatar, Admon, Co., Ltd., 2009, 20 pp.;

2. Ýðäýì ø èí æèèäýýí èè ° äççèýè

2.1. Ì í î ï ã ì ï ù ï òðààè

2.1.1.П.Нямдаваа: Нэгэн толь бичгийн тухай, Шүүмж, *Ì í î ï ã ì ï ù ï à ï àãààð òðààì*, 2009, № 2(148): 46-48;

2.1.2.А.Бурмаа, Б.Дармаа, П.Нямдаваа: Монгол улсад томуугийн сүүлийн гурван улиралд бэртгэгдсэн томуу, томуу-төст өвчний эпидемиологи, үүсгэгчийн бүрдэл, *Õàèääàðð òà÷èí ñóàèääèýí Ì í î ï ã ì ï ù ï òðààè*, 2009, № 5(30): 23-24;

2.1.3.Н.Хоролсүрэн, Б.Дармаа, Ш.Болд, Д.Мягмарсүрэн, Г.Ганчимэг, П.Цэвээнсүрэн, Э.Одонтуяа, С.Баярмаа, Ц.Тоня, Д.Нэргүй, Х.Мядагмаа, Э.Энхтүвшин, С.Өлзий, О.Ариунболор, П.Нямдаваа: Томуу, томуу-төст өвчний эмчилгээ, сэргийлэгт уламжлалт эм, тан хэрэглэх асуудалд, *Õàèääàðð òà÷èí ñóàèääèýí Ì í î ï ã ì ï ù ï òðààè*, 2009, № 5(30): 25-28;

2.1.4.П.Оюунгэрэл, М.Алтанхуяг, Н.Жанцан, Ж.Хишигт, П.Нямдаваа: Томуугийн цартахлын бэлэн байдлыг дүүргийн эмнэлгийн түвшинд хангах асуудалд, *Õàèääàðð òà÷èí ñóàèääèýí Ì í î ï ã ì ï ù ï òðààè*, 2009, № 5(30): 28-32;

2.1.5.П.Нямдаваа, Л.Дашцэрэн, Д.Мөнхчулуун: Аймаг, нийслэлийн түвшинд “Томуугийн цартахлын бэлэн байдал”-ыг үнэлсэн дүн, *Õàèääàðð òà÷èí ñóàèääèýí Ì í î ï ã ì ï ù ï òðààè*, 2009, № 5(30): 71-73;

2.2. Áóñää öýèýýð

2.2.1.J.Mendsaikhan, J.P.Watt, O.Mansoor, N.Suvdma, K.Edmon, D.J.Litt, P.Nymadawa, Y.Baoping, D.Altantsetseg, M.Slack: Childhood Bacterial Meningitis in Ulaanbaatar, Mongolia, *Clinical Infectious Diseases*, 2009, 48(Suppl 2): S141-S146;

2.2.2.N.Naranbat, P.Nymadawa, K.Schopfer, H.L.Rieder: Seasonality of tuberculosis in an Eastern-Asian country with an extreme continental climate, *European Respiratory Journal*, 2009, 34(4): 921-925;

2.2.3.Y.Buyanjargal, M.Merialdi, I.Davaadorj, J.H.Requejo, A.P.Betren, A.Ahmad, P.Nymadawa, T.Erhembaatar, D.Barcelona, K.Ba-thike, R.J.Hagan,

ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ

1.1.1 ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ

1.1. ХӨСҮТ, ЭМЯ, ДЭМБ-ын Монгол дахь Суурин төлөөлөгчийн газраас хамтран Улаанбаатар хотноо 2009 оны 2 дугаар сарын 6-7-нд зохион байгуулсан “Вирүст хепатит” зөвлөлгөөний зохион байгуулах хорооны гишүүн, нэгэн хуралдааны даргалагчаар оролцож, “Монгол улс дахь вирүст хепатитын хяналт, тандалт: өнгөрсөн, одоо ба ирээдүй” гэсэн илтгэл бэлтгэн хэлэлцүүлэв (Нэгдүгээр хавсралтын 3.1.15;).

1.2. Монголын Элэг судлалын нийгэмлэг, ЭМЯ хамтран Улаанбаатар хотноо 2009 оны 4 дүгээр сарын 25-нд зохион байгуулсан “Монголын элэг судлалын тулгамдсан асуудлууд” зөвлөлгөөнд оролцож, “Монгол улс дахь вирүст хепатитын хяналт, тандалт: түүх, одоо ба ирээдүй” гэсэн илтгэл бэлтгэн хэлэлцүүлэв.

1.3. ХӨСҮТ, ЭМЯ, АНУ-ын Айовагийн Их сургууль хамтран Улаанбаатар хотноо 2009 оны 7 дугаар сарын 8-10-нд зохион байгуулсан “Шинээр тархаж буй хаодварт өвчнүүд” олон улсын 2 дугаар бага хурлын редакцийн зөвлөлийн гишүүн, нэгэн хуралдааныг даргалагчаар ажиллаж, 2 илтгэлийн хамтран зохиогчоор оролцов (Нэгдүгээр хавсралтын 3.1.1.; 3.1.2;).

1.4. Эмнэлзүйн эмгэг судлал, лабораторийн анагаах ухааны Азийн нийгэмлэг (Asian Society of Clinical Pathology and Laboratory Medicine: ASCPaLM), Монголын лабораторийн эмч нарын холбоо, МАУА, Монгол улсын ЭМШУИС, Монгол улсын ЭМЯ хамтран Улаанбаатар хотноо 2009 оны 9 дүгээр сарын 10-11-нд зохион байгуулсан ASCPaLM-ын Олон улсын 10 дугаар их хурлын Зохион байгуулах хорооны гишүүн, Эрдэм шинжилгээний хөтөлбөрийн хорооны дарга, нэгэн хуралдааны даргалагчаар ажиллаж, нэг аман илтгэл, нэг ханын илтгэлийн хамтран зохиогчоор оролцов (Нэгдүгээр хавсралтын 3.2.1; 3.2.2;).

1.5. Монголын вирүс судлалын нийгэмлэг, ХӨСҮТ, БГХӨСҮТ, МАУА хамтран Улаанбаатар хотноо 2009 оны 9 дүгээр сарын 25-нд зохион байгуулсан “Вирүс судлалын тулгамдсан асуудлууд” 12 дугаар бага хурлын зохион байгуулах хорооны болон редакцийн зөвлөлийн дарга, нэг хуралдааны даргалагчаар ажиллаж, нэг лекц уншин, 3 аман илтгэлийн болон 7 ханын илтгэлийн хамтран зохиогчоор оролцов (Нэгдүгээр хавсралтын 3.1.3.-3.1.13;).

1.6. Онцгой байдлын ерөнхий газар, ЭМЯ, Азийн хөгжлийн банкны “Шувууны томуу, хүний томуугийн цартахалтай тэмцэх тэмцэх чадавхийг дэмжих” төсөл хамтран Улаанбаатар хотноо 2009 оны 10 дугаар сарын 7-8-нд зохион байгуулсан “Томуугийн үндэсний тавдугаар зөвлөлгөөн”-ий редакцийн зөвлөлөөр дарга, 3 хуралдааны даргалагчаар ажиллаж, нэг аман илтгэлийн хамтран зохиогчоор оролцов (Нэгдүгээр хавсралтын 3.1.14;).

2. ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ

2.1. АНУ-ын Өвчний хяналт сэргийлэлтийн төв (CDC, USA), Бүх америкийн эрүүл мэндийн байгууллагаас (РАНО) хамтран АНУ-ын Вашингтон хотноо 2009 оны 1 дүгээр сарын 12-13-нд зохион байгуулсан “Томуугийн мониторинг” сэдэвт зөвлөлгөөнд CDC, USA-ын урилгаар оролцож, “Томуугийн цартахлын бэлтгэл ажлын үнэлгээ хийсэн Монгол улсын туршлага: орон нутгийн түвшинд ашиглахуй” гэсэн илтгэл бэлтгэн хэлэлцүүлэв (Нэгдүгээр хавсралтын 2.2.4;).

2.2. Франц улсын Мерьегийн сангийн урилгаар Энэтхэг улсын Шинэ Дели хотноо 2009 оны 3 дугаар сарын 3-6-нд зохион байгуулсан 15th.Les Cent Gardes Scientific Conference-д оролцов.

2.3. Томуу, амьсгалын замын вирүст халдвар судлалын олон улсын нийгэмлэг (International Society for Influenza and other Respiratory Virus Diseases: ISIRV) Испани улсын Севиль хотноо 2009 оны 3 дугаар сарын 25-27-нд зохион байгуулсан “Амьсгалын замын халдварын тандалт” зөвлөлгөөнд ISIRV-ийн урилгаар оролцож, ISIRV-ийн удирдах зөвлөлийн гишүүнээр сонгогдов.

2.4. ДЭМБ, БНХАУ-ын ЭМЯ хамтран Бээжин хотноо 2009 оны 8 дугаар сарын 18-20-нд зохион байгуулсан “Ази-Номхон далайн орнуудын Томуугийн үндэсний төвүүдийн 3 дугаар зөвлөлдөх уулзалт”-д ДЭМБ-ын урилгаар оролцож, нэгэн хуралдааны даргалагчаар ажиллаж, нэг ханын илтгэлийн гол зохиогчоор оролцов.

2.5. ДЭМБ, БНХАУ-ын ЭМЯ, Их Британий “Ланцет” сэтгүүл хамтран Бээжин хоноо 2009 оны 8 дугаар сарын 21-22-нд зохион байгуулсан “Томуугийн А(H1N1) цартахлын хариу арга хэмжээ, бэлтгэл” сэдэвт олон улсын бага хуралд ДЭМБ-ын урилгаар оролцов.

2.6. АНУ-ын Номхон далай дахь цэргийн хүчин (USPACOM), Кампучийн Батлан хамгаалах яам хамтран Кампучи улсын Пномпень хотноо 2009 оны 10 дугаар сарын 12-15-нд зохион байгуулсан “Цартахлын хариу арга хэмжээг зохион байгуулахад ахмад зүтгэлтнүүдийн оролцоо” сэдэвт симпозиумд АНУ-аас Монгол улсад суугаа Элчин сайдын яамны урилгаар оролцов.

2.7. Франц улсын Мерьегийн сангаас Франц улсын Аннеси хотноо 2009 оны 12 дугаар сарын 8-11-нд зохион байгуулсан GABRIEL(Global Approach to Biological Research on Infectious Epidemics in Low-income countries)-2 зөвлөлдөх уулзалтанд Мерьегийн сангийн урилгаар оролцож, “Монголд микробиологийн лабораториудад чанарын гадаад хяналт хэрэгжүүлж буй туршлагаас” гэсэн мэдээлэл хийв.

Хавсралт 3

2009 ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ

1. Сосорбарамын Цацрал “Хибрид эсийн өсгөвөр болон полимеразын гинжин урвалын аргыг ашиглан амьсгалын замын зарим вирүсийг эмнэлзүйн сорьцонд илрүүлэх харьцуулсан судалгаа”, Анагаах ухааны магистрын зэрэг, Улаанбаатар, 2009-05-13;

ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ

2010 оны 1 дүгээр сарын 14

1.1.1.1 ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ ᠶᠡᠭᠦᠬᠡᠢᠨ

- 1) МАУА-ийн чуулганыг 4 удаа бэлтгэн хийлгэв.
- 2) МАУА-ийн гишүүний сонгууль явуулах бэлтгэл ажлыг ханган зохион байгуулав
- 3) ШУА-ийн тэргүүлэгчдийн газартай байгуулсан

гэрээний дагуу төлөвлөсөн ажлаа бүрэн гүйцэтгэж, тайлагнав.

2. **ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ**:
ᠶᠢᠶᠠᠭᠦᠢ 17, үүнд - ном 8, эрдэм шинжилгээний өгүүлэл 3, эрдэм шинжилгээний илтгэлийн товчлол 4, бусад 2 (Хавсралт 1);

3. **ᠶᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ**, **ᠴᠣᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ**
ᠶᠢᠶᠠᠭᠦᠢ 1 ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ, **ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ**,
4;

4. **ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ**: 1

5. **ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ**: 3:

ЕБС-ийн сурагчдын сургалтын эрүүл ахуйн дэглэмийн судалгааг удирдан ажиллаж хүлээлгэн өгөх үр дүнг эрдмийн зөвлөлөөр хэлэлжүүлж, дэмжигдэв

Биомаркер ашиглах хүрээлэн буй орчны хүний эрүүл мэндэд үзүүлэх нөлөөллийг илрүүлэх судалгааны аргазүйг эрлмийн зөвлөлөөр хэлэлцүүлэн судалгааг эхлүүлээ.

“Уур амьсгалын өөрчлөлт-эрүүл мэнд”

судалгааг удирдан 4 судалгааг хийлгэж тайланг ДЭМБ-д өргөн барив.

6. **ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ**:

Монголын анагаах ухаан” сэтгүүлийн 4 дугаарыг эмхлэн гаргав.

7. **ᠶᠢᠶᠠᠭᠦᠢ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ** 2010
ᠶᠢᠶᠠᠭᠦᠢ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ

- Анагаах ухааны бүтээл бичих аргазүйн сургалтыг сэтгүүл эрхлэн гаргагчид болон судлаачдын дунд зохион байгуулах
- Гадаадад ажиллаж буй судлаачдын судалгааг гаргаж, холбоо тогтоох, хамтран ажиллах талаар санал тавих
- Олон улсын байгууллага, гадаадын эрдэм шинжилгээний байгууллагаас санхүүжилттэй хамтарсан судалгааны талаар судалгаа хийх, тайлан, мэдээллийг ашиглах ажлыг зохион байгуулах

ᠶᠢᠶᠠᠭᠦᠢ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ
ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ

Б:Бурмаагийн 2009 оны ажлын тайлангийн хавсралт

2009 онд бичиж нийтлүүлсэн бүтээл, хийсэн ажлын жагсаалт

д/д	Нэр	Төрөл	
Бичсэн, хянан тохиолдуулсан ном			
1	Байгалийн голомтот халдварт өвчний тулгамдсан асуудлууд	Улаанбаатар, 2009, 10хх	Д.Отгонбаатар Б.Бурмаа (Редактор)
2	Монголын анагаах ухааны эрдмийн бүтээлийн товчоон (2006-2007)	Улаанбаатар, 2009, 36.6хх	П.Нямдаваа нарын хамт (Редактор)
3	Монголын анагаах ухааны эрдмийн бүтээлийн товчоон (2008)	Улаанбаатар, 2009, 27.9хх	Б.Бурмаа (Редактор)
4	Монгол улсын шинжлэх ухаан-99 боть	Улаанбаатар, 2009, 10,1хх	А.Цанжид нарын хамт (Редактор)
5	Белмонтын илтгэл	Улаанбаатар, 2009, 1.4хх	Б.Бурмаа (Редактор)

6	Анагаах ухааны ёсзүйн хяналтын хорооны үйл ажиллагааны хяналт-үнэлгээ (ДЭМБ-ын удирдамж)	Улаанбаатар, 2009, 1,7хх	Б.Бурмаа (Редактор)
7	Оюутны эрдмийн чуулган	Эрдэм шинжилгээний илтгэлийн хураангуй, 2009, Улаанбаатар, 6.1хх	Б.Бурмаа Б.Оргил Ш.Болд (Редактор)
8	Анагаах ухааны ёсзүй (нийтэд зориулсан гарын авлага)	Улаанбаатар, 2009, 3,4хх	Б.Бурмаа З.Ариунаа Ц.Билэгсайхан И.Болормаа П.Отгонбаяр Б.Сувд
Судалгааны тайлан			
1	Сургуулийн сурагчдын эрүүл мэнд, хичээлийн ачааллын эрүүл ахуйн үнэлгээ	Судалгааны тайлан, 2009, 120 х	Төслийн удирдагч
2	Уур амьсгалын өөрчлөлт-эрүүл мэнд:	Судалгааны тайлан, 2009, 38х	Төслийн удирдагч
Эрдэм шинжилгээний өгүүлэл			
1	Биомаркерыг ашиглан хүүхдийн эрүүл мэндэд үзүүлж буй орчны нөлөөллийг судлах асуудалд	Монголын анагаах ухаан, 2009, 1, х.67-71	Б.Бурмаа, Н.Амардулам, Г.Амгалан, М.Оюунчимэг, С.Цэгмид, Д.Отгонбаяр
2	Пестицидийн хэрэглээ, тэдгээрийн хүний эрүүл мэндэд үзүүлэх сөрөг нөлөө	Монголын анагаах ухаан, 2009, 1, х.71-75	У.Цэрэндолгор, Ж.Батжаргал, Ж.Халзанхүү, Б.Даваадулам, Н.Сайжаа Б.Бурмаа
3	5 хүртэлх насны хүүхдийн дунд тохиолдож буй түнхний үений төрөлхийн дутуу хөгжил болон мултралд нөлөөлөх зарим хүчин зүйлийг судалсан дүн	Монголын анагаах ухаан, 2009, 2, х.25-32	Н.Амардулам Б.Бурмаа
Эрдэм шинжилгээний илтгэл			
1	Нийслэлийн хүн амын эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудал, нөлөөлж буй зарим хүчин зүйлс	ШУА, Нийслэлийн иргэдийн төлөөлөгчдийн хурал, Нийслэлийн засаг даргын тамгын газар, Нийслэлийн хөгжил-шинжлэх ухаан, технологи эрдэм шинжилгээний бага хурлын илтгэлүүдийн эмхэтгэл, Улаанбаатар хот, 2009, х.59-73	Н.Баасанжав Б.Бурмаа Ц.Ганхүү Б.Сувд Д.Нямхорол
2	Ерөнхий боловсролын сургуулийн барилга, орчны эрүүл ахуйн судалгаа	Мөн тэнд, х.236-267	Ж.Купул Н.Амардулам, О.Байгаль, Г.Амгалан Б.Бурмаа Э.Эрдэнэчимэг

асуудал болон Монгол улсын хүн амын удамын сангийн бүртгэлийн асуудлаар Монгол улсын хуулийн төсөл боловсруулж УИХ-д хэлэлцүүлэх асуудлаар санал тавилаа.

6. ᠶᠡᠰᠡᠨᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠲᠤᠨᠭᠣᠨᠪᠠᠶᠢᠷᠢᠨ 2010 1 1 ᠲᠤᠨᠭᠣᠨᠪᠠᠶᠢᠷᠢᠨ ᠲᠤᠨᠭᠣᠨᠪᠠᠶᠢᠷᠢᠨ:

Монгол улсад уур амьсгалын өөрчлөлт, хүн амын эрүүл мэндийн асуудлаар суурь судлагаа явуулах, нийгмийн эрүүл мэндийн хүрээлэнд “хүрээлэн байгаа орчин, хүний экологийн асуудлаар олон улсын хамтарсан судлагааны төв байгуулах асуудлаар дэмжлэг авах талаар хамтран ажиллах.

*ᠠᠵᠤ ᠣᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠡᠨᠢ ᠳᠡ, ᠠᠶᠢᠨ ᠢ ᠳᠡ ᠠᠨᠨᠢ ᠳᠡ,
ᠶᠡᠰᠡᠨᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠲᠤᠨᠭᠣᠨᠪᠠᠶᠢᠷᠢᠨ.*

**ᠶᠡᠰᠡᠨᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠲᠤᠨᠭᠣᠨᠪᠠᠶᠢᠷᠢᠨ
ᠲᠤᠨᠭᠣᠨᠪᠠᠶᠢᠷᠢᠨ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ**

**ᠶᠡᠰᠡᠨᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠲᠤᠨᠭᠣᠨᠪᠠᠶᠢᠷᠢᠨ
ᠲᠤᠨᠭᠣᠨᠪᠠᠶᠢᠷᠢᠨ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ
ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ
ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ**

**1. ᠶᠡᠰᠡᠨᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠲᠤᠨᠭᠣᠨᠪᠠᠶᠢᠷᠢᠨ
ᠲᠤᠨᠭᠣᠨᠪᠠᠶᠢᠷᠢᠨ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ
ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ**

- Гадаадад ажлаар явж байснаас бусад үед болсон бүх чуулган, салбар зөвлөлийн хурал, үйл ажиллагаанд бүгдэд нь бүрэн оролцсон болно.
- Уламжлалт анагаах ухаан, эмзүйн салбар зөвлөлийн үйл ажиллагааг удирдаж ажилласан болно.

2. ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ

Бүтээлийн нэр	Хэвлэлийн нэр, /дугаар, он/ хуудасны хэмжээ	Хамтран зохиогч
1	2	3

2.1. ᠨᠣᠳᠠᠭᠠ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ, ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ ᠠᠨᠠᠭᠠᠬᠤ

1. “Эмийн хими” сурах бичиг	Улаанбаатар, “Мөнхийн үсэг” ХХК, 674 хуудас, Улаанбаатар, 2009 он	
2. ЭМШУИС, Эм зүйн сургууль, Эм зүйн төгсөлтийн шалгалтын сорилын эмхэтгэл, нэмж засварласан 10 дахь хэвлэл.	ЭМШУИС-ийн “Эрхэс хэвлэлийн газар”, х. 305-373, Улаанбаатар, 2009 он.	

2.2. Өгүүллэгүүд

3. Trends in Mongolian Medical education.	6 th Asia Pacific medical education conference, NUS, 19-22, February, 2009, Singapore, p. 241	Ts.Lkhagvasuren D. Tserendagva, D.Otgonbayar, P.Tuul.
4. New trends of Pharmaceutical education at HSUM	Life long learning in pharmacy 7th international conference p. 56-58, 28 June -2 July 2009. , Helsinki, Finland	

5. Монголын анагаах ухааны боловсролын хөгжил	МАУБХ-ны Анагаах ухааны боловсрол сэтгүүл, дугаар № 2, 2009 оны V сар, х. 14-17.	Д. Отгонбаяр, Д.Цэрэндагва, Б.Ганбат, Д.Амарсайхан, Ц.Лхагвасүрэн
6. Шилдэг багшийн түвшингээр багш өөрийгээ үнэлсэн судалгаа	МАУБХ-ны Анагаах ухааны боловсрол сэтгүүл, дугаар № 2, 2009 оны V сар, х. 67-69.	Х.Даариймаа Н.Сувд
7. Trends in Mongolian medical education(6th APMEC NUS, 2009, Singapore,	Анагаах ухааны боловсрол судлал(илтгэлийн эмхэтгэл), анхны хэвлэл,Улаанбаатар, 2009,р. 50.	Ts.Lkhagvasuren D. Tserendagva, D.Otgonbayar, P.Tuul.
8. Артерийн даралт ихсэх өвчний эмийн эмчилгээний эдийн засгийн шинжилгээ, судалгааны дүнгээс.	Эрүүл мэндийн шинжлэх ухаан сэтгүүл, 2009(№ 11), х. 6 – 7.	С.Мөнхбат, Р.Цэрэжнлхагва
9. Арьсны өвчний эмчилгээний эмийн хэрэглээнд хийсэн маркетингийн судалгаа	Эрүүл мэндийн шинжлэх ухаан сэтгүүл, 2009(№ 11), х. 8 – 10.	И.Дүүмаам, Л.Хүрэлбаатар
10. Монгол Данжуурын доторхи Аюурведийн судалгааны асуудалд	Эрүүл мэндийн шинжлэх ухаан сэтгүүл, 2009(№ 11), х. 61 – 63.	Д.Даваадагва, Н.Төмөрбаатар
11. The research of medical study and Ayurvedic in Mongolian Danjuur.	ICTM, Abstract book of the 3 rd International Conference on “Traditional Medicine: current situation and the future status”, p. 32-33, 14-16 September, 2009, Ulaanbaatar, Mongolia.	D. Davaadagva, N.Tumurbaatar
12. The preliminary chemical study of water decoction from Artemisia ordosica Krasch. used in Mongolian Traditional Medicine.	ICTM, Abstract book of the 3 rd International Conference on “Traditional Medicine: current situation and the future status”, p. 34-35, 14-16 September, 2009, Ulaanbaatar, Mongolia.	Kh. Daariimaa, S.Tsetsegmaa, H.Shibuya
13. Pharmaco-economic analysis for the hypertension patients of Ulaanbaatar	ICTM, Abstract book of the 3 rd International Conference on “Traditional Medicine: current situation and the future status” , p. 70-71, 14-16 September, 2009, Ulaanbaatar, Mongolia.	S. Munkhbat, R.Tserenlkhagva

2.3. Редакторлосон бүтээлүүд

14. Багш нарын бүтээл, ЭМШУИС, Эм зүйн сургууль, Эм зүйн төгсөлтийн шалгалтын сорилын эмхэтгэл, нэмж засварласан 10 дахь хэвлэл.	Сорилын эмхэтгэл ном, ЭМШУИС-ийн “Эрхэс хэвлэлийн газар”, Улаанбаатар, 2009 он.	
15. М.Амбага, Д.Цэрэндагва, Д.Энхжаргал, Б.Баясгалан, Монголын уламжлалт анагаах ухаан, эмзүйн салбарын түүхэн хөгжил.	Монгол улсын шинжлэх ухаан, Боть 97,2009 он, х. 1- 144.	

3.1. **ᠶᠢ ᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ**, **ᠶᠢ ᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ**

Гадаадад дараах хуралд ороцсон.Үүнд:
Education Conference, National University of Singapore., 19-22,February,2009, Singapore,

Тавьсан илтгэл: Trends in Mongolian Medical education.

3.2. Life long learning in pharmacy 7th international conference p. 56-58, 28 June -2 July 2009. , Helsinki, Finland,

Тавьсан илтгэл: New trends of Pharmaceutical education at HSUM

3.3. 2009 оны 10-р сарын 19- 24-нд Medical University of Taiwan- д айлчилж “ Pharmacy in Mongolian Traditional Medicine” илтгэл тавьсан

4. **ᠶᠢ ᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ**

4.1. Удирдаж хамгаалуулсан эрдэмтэд.

1. Бай Юү Ша Удвал-6 капсултай эмийн чанарын үзүүлэлтийг тогтоох судалгаа, F720185- Эмзүй, 2009 оны 4-р сарын 30-нд хамгаалсан.

2.. Хүо Жамжавын Кузнецовын хорсыг уламжлалт анагаах ухааны аргаар

Насансан номхотгох асуудалд, , F720185- Эмзүй, 2009 оны 12-р сарын 17-нд хамгаалсан.

4.2. Диссертацийн ажилд нь албан ёсны шүүмжлэгч

хийсэн бүтээлүүд

1.Ж.Үржинлхам Амны салстын дахилтат афт үрэвслийн эмнэлзүйн онцлог, эмчилгээнд “Ахизунбер” бэлдмэл хэрэглэсэн үр, дүн, F720154- нүүр ам судлал, 2009 оны 5-р сарын 7-нд хамгаалсан.

2.Ц.Мөнхтуяа Удвал навчит тавилганы фармакологийн судалгаа, F720180- Монголын уламжлалт анагаах ухаан, 2009 оны 6-р сарын 18-нд хамгаалсан.

- “ᠶᠢ ᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ” хүндэт өргөмжлөлийг Монголын Анагаах ухааны боловсролын холбооноос 2009 оны 5-р сарын 5-нд хүртсэн болно.

5. **ᠶᠢ ᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ**

5.1. МАУА-ийн үйл ажиллагааг өргөн хүрээтэй болгох болон гишүүдээр мөн төрийн ба төрийн бус гадаад, дотоодын байгууллагуудаар, хувь хүмүүсээр хандив өгүүлэх замаар МАУА-ийн мөнгөн санхүүгийн хүчин чадлыг эрс дээшлүүлэн ажиллахад бүх гишүүдийг дайчлан албан ёсны бус үүрэг, даалгавар өгөх ажлыг зохиох. Энэ ажилд Уламжлалт анагаах ухаан, эмзүйн салбар зөвлөл идэвхитэй оролцоход бэлэн байна.

5.2. 2010 оны 11-р сарын 5-8-нд Тайванд болох Эм зүйн шинжлэх ухааны Азийн 23-р хуралдаанд МАУА-ийн Уламжлалт анагаах ухаан, эмзүйн салбар зөвлөлөөс 1 төлөөлөгч оролцуулахаар төлөвлөж байгааг жилийн ажлын төлөвлөгөөнд тусган 1 хүний зөвхөн замын зардлыг (750 USD) нь МАУА-аас даахаар оруулж өгнө үү.

ᠶᠢ ᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ

1. **ᠶᠢ ᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ**

2009 онд МАУА –ийн чуулган болон салбар зөвлөлөөс зохион байгуулсан хуралд бүрэн оролцсон.

2. **ᠶᠢ ᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ**

1. **Tsetsegmaa Sanjiv**., Daariimaa Khurelbat., Dungereorj Densmaa., Hirotaka Shibuya. *The preliminary chemical study of water decoction from Artemisia ordossica Krasch. used in Mongolian traditional medicine.* The 3-rd International Conference on Traditional medicine: current situation and the future status. Ulaanbaatar, 2009, p.34-35
2. **Tsetsegmaa S** Gereltuya D., Ganbat B, *Situation of Traditional Medicine in Mongolia*, ISPOR 14th Annual International Meeting, Renaissance Orlando Resort at SeaWorld, Orlando, FL, USA, May 16-20, 2009
3. Ts. Adiyakhrol, **S.Tsetsegmaa**, *Validation of dissolution method for Diclofenac sodium 50 mg capsule*, Mongolian Journal of Health Sciences, Vol.11, 2009, pp.47-49
4. Эм зүйн салбарын сайн засаглалын ёс зүйн дэд бүтцийг дэмжих удирдамж. ДЭМБ, Эмийн бодлого ба Зайлшгүй шаардлагатай эмийн хэлтэс. Орчуулгын редактор **ᠶᠢ ᠰᠡᠭᠡᠢ**

3. **ᠶᠢ ᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ**

- Training workshop for GGM Task Force, Amman Jordan, Jan. 2009.
- Training of trainers on Reproductive Health Commodity Security, Jakarta, Indonesia, 16-25 November ,2009

ᠶᠢ ᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ

- Төслийн удирдагч- Эм зүйн салбарт сайн засаглалыг хөгжүүлэх. Санхүүжүүлэгч: ДЭМБ
- Төслийн удирдагч- Эмнэлгийн лабораторийн чанарын тогтолцооны өнөөгийн байдал, MNS /ISO 15189:2008 стандартын дагуу чадавхийг сайжруулах нь. Санхүүжүүлэгч: ДЭМБ
- Төслийн удирдагч- Эм зүйн салбарын хяналт үнэлгээ. Санхүүжүүлэгч: ДЭМБ

ᠶᠢ ᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ

ᠶᠢ ᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ ᠶᠢ ᠵᠡᠰᠡᠭᠡᠢ

4	The reseach of medical study and Ayurvedic in Mongolian Danjuur	N.Tumurbaatar D.Davaadagva D.Dungerdorj	ICTM The 3 rd International Conference on "Traditional Medicine: current situation and the future status"	14-16, September 2009, Ulaanbaatar, Mongolia	p.32-33
5	Current trend in the teaching of mongolian traditional medicine	S.Oldokh N.Tumurbaatar D.Tserendagva	ICTM The 3 rd International Conference on "Traditional Medicine: current situation and the future status"	14-16, September 2009, Ulaanbaatar, Mongolia	p.86-87
6	Detection of Helicobacter pylori by rapid omura test	N.Tumurbaatar Ch.Oyunchimeg KH.Oyuntsetseg Saito Takashi	ICTM The 3 rd International Conference on "Traditional Medicine: current situation and the future status"	14-16, September 2009, Ulaanbaatar, Mongolia	p.93
7	Issues on organism constitutions in traditional medicine and its comparative studies in some method of anthropometrical measurement or pychology	B.Tserentsoo N.Tumurbaatar S.Enebish	ICTM The 3 rd International Conference on "Traditional Medicine: current situation and the future status"	14-16, September 2009, Ulaanbaatar, Mongolia	p.117-119
8	Body constitution and theory of three Humours in mongolian traditional medicine	N.Tumurbaatar	ICTM The 3 rd International Conference on "Traditional Medicine: current situation and the future status"	14-16, September 2009, Ulaanbaatar, Mongolia	p.120-121

4. ᠵᠢ ᠶᠢ ᠠᠶᠢ ᠭᠡᠭᠡ ᠠᠢ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ:

- ICTM The 3rd International Conference on "Traditional Medicine: current situation and the future status" –ийг зохион байгуулсан

- “Монголын уламжлалт анагаах ухааны анхлугаар чуулган зохион байгуулсан

5. ᠵᠢ ᠶᠢ ᠠᠶᠢ ᠭᠡᠭᠡ ᠠᠢ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ 2010 1 1 ᠵᠢ ᠶᠢ ᠠᠶᠢ ᠭᠡᠭᠡ ᠠᠢ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ

- Салбар зөвлөлүүдийн үйл ажиллагааг идэвхжүүлэх

- Санхүүгийн эх үүсвэртэй болох

ᠵᠢ ᠶᠢ ᠠᠶᠢ ᠭᠡᠭᠡ ᠠᠢ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ

ᠵᠢ ᠶᠢ ᠠᠶᠢ ᠭᠡᠭᠡ ᠠᠢ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ

1. МАУА чуулган, салбар зөвлөлийн үйл ажиллагаанд оролцсон тухай

МАУА-ийн удаа дараагийн чуулганы хуралдаанд оролцож, МАУА-ийн дэргэдэх Монголын Анагаах Ухааны сэтгүүлийн редакцийн зөвлөлийн орлогчоор ажиллаж байна.

2. Монгол Улсын Эрүүл мэндийн тухай хууль, Эмийн тухай хууль, Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулинд оруулах нэмэлт өөрчлөлтийг боловсруулах ажилд оролцож хуулийн төслийг УИХ-д өргөн бариад байна.

3. Оросын Холбооны Улсын Иркутск хотын Анагаах Ухааны Их сургуулийн 90 жилийн ойд зориулсан эрдэм шинжилгээний хуралд оролцож мэргэжилтэн сургах, доктор, профессор бэлтгэх хамтын ажиллагааны талаар үг хэлсэн. Иркутскийн АУИС-ийн мэргэжил дээшлүүлэх доктор бэлтгэх сургуульд Эм зүйн мэргэжлийн 26 хүнийг давтан сургалтанд хамруулж 4 докторын ажлыг удирдуулж явуулахаар эхлүүлэв. Мөн АУИС-ийн 4 доктор-профессор монголд ирж эм зүйч нарт лекц унших ажлыг зохион байгуулав.

4. Монголын анагаах ухааны сэтгүүлийг тогтмол чанартай эмхлэн хэвлүүлэхэд анхаарч хувиасаа нэг сая төгрөгний хандив өгсөн.

5. Залуу эрдэмтэдийг гадаадад бэлтгэх ажилд дэмжлэг үзүүлж, Иркутск хотын АУИС-ийн эрдэмтэн докторуудтай хамтын ажиллагаатай ажиллаж байна.

МАУА-ийн 2010 оны үйл ажиллагаанд тусгах.

1. Эм зүйн байгууллага, Эмийн үйлдэврлэлийн асуудлаар олон улсын чанартай онол практикийн бага хурал зохион байгуулах.

ᠵᠢ ᠶᠢ ᠠᠶᠢ ᠭᠡᠭᠡ ᠠᠢ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ ᠠᠶᠢᠨ

“ǀ Ɔ ÓĪ Ū ×ÀÄÄÌ Æ-Ō ÆÆÈÈÉÍ Ò ÈŌ-Ŏ”-ǀ ÄÝÑÍ ÈÉ ÒÄŌÍ Ī ÈĪ ÆÈÉÍ ÒĪ ĐŌĪ ÁĪ ÈÈĪ Ī



Мянганы хөгжлийн зорилтуудад суурилсан Монгол улсын Үндэсний хөгжлийн цогц бодлогод эрүүл мэнд, хүнс, хөдөө аж ахуйн салбарын хөгжилд биотехнологийн ололт, дэвшлийг өргөн ашиглах зорилтуудыг тусгасан байна.

Эдгээр зорилтуудыг хэрэгжүүлэхэд эрдэм шинжилгээний байгууллага нь хувийн хэвшлийнхэнтэй аль болох хамтран ажиллах арга замыг хайхын зэрэгцээ шинжлэх ухааны түвшинг шинэ шатанд гаргах шинэ техник, технологийг бий болгох, гадаадын өндөр технологийг өөрийн оронд нутагшуулах зэргээр шинжлэх ухаан-технологийн салбарын нийгмийн өгөөжийг нэмэгдүүлэх шаардлага зүй ёсоор тавигдаж байна.

Төр, шинжлэх ухаан, бизнесийн байгууллага хоорондын түншлэл, хамтын ажиллагааг идэвхжүүлэх, эрдэм шинжилгээний бүтээл, дэвшилтэт технологийг хувийн хэвшлийнхэнд сурталчлан таниулах, судалгааны үр дүнг үйлдвэрлэл, хэрэглээнд нэвтрүүлэн хэрэгжүүлэх, үр өгөөжийг нь дээшлүүлэх зорилгоор Монгол улсын Ерөнхийлөгчийн ивээл дор энэхүү форумыг зохион байгууллаа.

Форумын үеэр шинжлэх ухааны ололт амжилтыг харуулсан үзэсгэлэнг үйлдвэрлэлд нэвтэрсэн ажил; үйлдвэрлэгч, хувийн хэвшлийнхэнд санал болгох бүтээгдэхүүн, технологи, одоо хийж буй судалгаа тэдгээрт шаардлагатай байгаа дэмжлэгийн талаар мэдээлэл өгөх гэсэн гурван чиглэлээр зохион байгуулав. Форумын үеэр 6 салбар хуралдаан зохион байгуулагдсаны нэг нь энэхүү Анагаах ухаан-Биотехнологийн хөгжил салбар



хуралдаан байлаа.

Салбар хуралдаанд УИХ-ын гишүүн, Засгийн газрын гишүүн, Эрүүл мэндийн сайд С.Ламбаа оролцон нээлтийн үг хэлж, эрүүл мэнд, анагаах ухааны тулгамдсан асуудал, түүнийг шийдвэрлэхэд биотехнологийн хөгжил, үүргийн талаар дэлгэрэнгүй байдлаар санал солилцов.

Салбар хуралдаанд анагаах ухааны биотехнологийн талаар ШУА-ийн гишүүн, академич Д.Батсүрэн илтгэл тавьж, Эм холбооны ерөнхийлөгч, эмзүйн ухааны доктор Д.Туяа, Монос группын захирал, эмзүйн ухааны доктор Л.Хүрэлбаатар, НЭМХ-ийн захирал, биологийн шинжлэх ухааны доктор, профессор Ж.Оюунбилэг нар үг хэлж, үндсэн илтгэгээс зарим асуулт асууж, хариулт авлаа.

Хуралдаанд оролцогсад анагаах ухаан, биотехнологи, ялангуяа эм бүтээх, үйлдвэрлэх, бүртгэх тогтолцоог боловсронгуй болгох чиглэлээр санал бодлоо солилцлоо.

Форумд эрүүл мэндийн салбараас УАШУТҮК, НЭМХ, “Монос” групп, “Монхимо” зэрэг байгууллагууд өөрийн судалгаа, шинжилгээний ажлын үр дүнд бий болгож, үйлдвэрлэж буй зарим нэр төрлийн бүтээгдэхүүн, үйлдвэрлэлд нэвтрүүлэх, үйлдвэрлэлийг өргөжүүлэх бүтээгдэхүүн, технологийг дэлгэн сурталчилж, бизнес эрхлэгчидтэй хамтран ажиллах талаар санал бодлоо солилцлоо.

Салбар хуралдаан болон үндэсний форумаас цаашид биотехнологийг хөгжүүлэх талаар зөвлөмж гаргалаа.

Ä.Äòì ää Ī ÄŌÄ-èéí ýdäyí öyí Ī àðèéí àè-æéí äàðää



Хуралд оролцогсон



Хурлын нээлтийн ажиллагаа



Гадаадын оролцогсдыг дэд сайд хүлээн авч уулзаж байгаа нь

ᠠᠶᠢᠨᠠᠵᠢᠭᠡᠢ ᠶᠢᠨᠠᠵᠢᠭᠡᠢ ᠶᠢᠨᠠᠵᠢᠭᠡᠢ ᠶᠢᠨᠠᠵᠢᠭᠡᠢ ᠶᠢᠨᠠᠵᠢᠭᠡᠢ ᠶᠢᠨᠠᠵᠢᠭᠡᠢ ᠶᠢᠨᠠᠵᠢᠭᠡᠢ



Монголын анагаах ухааны салбарт 2009 онд эрдэм шинжилгээний 2 хүрээлэн, төв, сургууль зэрэг арваад байгууллагад 270 гаруй эрдэм шинжилгээний ажилтан ажиллаж, 1 тэрбум гаруй төгрөгийн санхүүжилтийг улсын төсвөөс авч, эрдэм шинжилгээний 26 төсөл, суурь судалгааны сэдэв 7, судалгааны грант 3, гадаад, дотоодын бусад санхүүжилтийн эх үүсвэртэй 21 судалгааг хэрэгжүүлж, нийт зардлын 70 хувийг цалин, 20 гаруй хувийг эрдэм шинжилгээний ажилд зарцуулж, 151 ном, товхимол, 406 өгүүлэл (71 гад, 335 дот), 592 илтэл (187 г, 405 д) хэвлүүлж, 23 патент, Ашигтай загварын гэрчилгээ 25-г авч, стандарт, технологийн заавар 91-ийг боловсруулж, шинэ эм 3-ыг бүтээжээ.

Эдгээрээс 2009 онд Анагаах ухааны хүрээлэнд хэрэгжүүлж дууссан 7, НЭМХ-д хэрэгжүүлсэн 3, УАШУТҮК-д хэрэгжүүлсэн 1, ХӨСҮТ-д хэрэгжүүлсэн 1, ЭМШУИС-д хэрэгжүүлсэн 1 нийт 12 эрдэм шинжилгээний төслийн 45 үр дүнгийн даалгавар, ЭМШУИС-д хэрэгжүүлсэн 1, “Авицена” Анагаах ухааны төвд хэрэгжүүлсэн 1, нийт суурь судалгааны 2 сэдвийн тайланг ЭМЯ-ны ШУТЗ-ийн хурлаар хэлэлцэн шийдвэрлэлээ.

Эдгээр төсөл, сэдвийн тайланд мэргэжлийн 2 эрдэмтний санал авч, хүрээлэн, төв, их сургуулийн

эрдмийн зөвлөлөөр хэлэлцүүлж, ЭМЯ-ны дотрын өвчин, халдварт өвчин, тархварзүй, хавдар судлал, мэс засал, биоанагаах-биотехнологи, эрүүл ахуй, уламжлалт анагаах ухааны мэргэжлийн салбар зөвлөлөөр хэлэлцүүлэн хүлээн авах талаар дүгнэлт гаргуулсан байна.

Эрдэм шинжилгээний төсөл, сэдвийн бүрэн тайлантай Шинжлэх ухаан, мэдээллийн парк, холбогдох байгууллагын номын сангаас танилцаж болох бөгөөд эрдэм шинжилгээний төслийн үр дүн, сэдвийн товчилсон хураангуйг бэлтгэн хэвлүүлж, нийт эрүүл мэндийн байгууллагууд хүргүүлэх ажлыг хийх болно.

Эрдэм шинжилгээний ажлын үр дүнг хүлээн авах үйл ажиллагааг Эрүүл мэндийн сайдын тушаалаар баталгаажуулж, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд шилжүүлэх, нэвтрүүлэх ажлыг зохион байгуулна.

Б.Бурмаа,
ЭМЯ-ны Эрүүл
мэндийн судалгаа, технологийн бодлого,
зохицуулалтын асуудал хариуцсан ахлах
мэргэжилтэн

