

МОНГОЛ УЛСЫН БОЛОВСРОЛ, СОЁЛ, ШИНЖЛЭХ УХААНЫ ЯАМ  
АНАГААХЫН ШИНЖЛЭХ УХААНЫ ҮНДЭСНИЙ ИХ СУРГУУЛЬ

Гар бичмэлийн эрхтэй©

ГАНТУЛГЫН ЦОЛМОН

**“УЛААНБААТАР ХОТЫН ӨЭМТ-р ҮЙЛЧЛҮҮЛЖ БУЙ ЖИРЭМСЭН  
ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН ХЯНАЛТЫГ СУДАЛСАН НЬ”**

Е-720400 Эмнэлзүйн шинжлэх ухаан

Анагаах ухааны магистрын зэрэг горилсон нэг сэдэвт бүтээл

Улаанбаатар хот  
2016 он

МОНГОЛ УЛСЫН БОЛОВСРОЛ, СОЁЛ, ШИНЖЛЭХ УХААНЫ ЯАМ  
АНАГААХЫН ШИНЖЛЭХ УХААНЫ ҮНДЭСНИЙ ИХ СУРГУУЛЬ

ГАНТУЛГЫН ЦОЛМОН

**“УЛААНБААТАР ХОТЫН ӨЭМТ-р ҮЙЛЧЛҮҮЛЖ БУЙ ЖИРЭМСЭН  
ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН ХЯНАЛТЫГ СУДАЛСАН НЬ”**

Эрдэм шинжилгээний ажлын удирдагч :

АУ-ны доктор, дэд профессор Д.Мягмарцэрэн

Эрдэм шинжилгээний ажлын зөвлөх:

АУ-ны доктор, профессор С.Пүрэвсүх

Эрдэм шинжилгээний ажлын шүүмжлэгч:

АУ-ны доктор Ж.Энхцэцэг

Улаанбаатар хот  
2016 он

## ТОВЧ ХУРААНГУЙ

### УЛААНБААТАР ХОТЫН ӨЭМТ-Р ҮЙЛЧЛҮҮЛЖ БУЙ ЖИРЭМСЭН ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН ХЯНАЛТЫГ СУДАЛСАН НЬ

**Үндэслэл:** Дэлхийн мянганы хөгжлийн зорилтод эхийн эндэгдлийг 2015 онд 1990 оны түвшинээс 75 хувиар бууруулахаар заасан боловч одоо дэлхий дахинд дөнгөж гуравны нэгээр буюу 34 хувиар буурч байна. Жирэмслэлт, төрөлт, төрсний дараах үедээ дэлхийд жилдээ 358,000 орчим эх, өдөрт 1000-1500 эх эндсээр байна. Ази номхон далайн баруун эргийн бүсийн орнуудад жилд 40-50 сая жирэмслэлт бүртгэгдэж, 30500-50000 эх эндэж, 300000 нярай амьдралын эхний хоногтоо эндэж байна. Манай улсад жирэмсний хяналтыг холбогдох тушаал, шийдвэр журмын дагуу хянаж, тайлан мэдээг тогтмол гаргаж, “Эх, нярайн эрүүл мэнд стратеги”, “Нөхөн үржихүйн үндэсний хөтөлбөр” болон бусад төсөл, хөтөлбөрүүдийн дэмжлэгтэйгээр тандалт, судалгаанууд хийж байгаа хэдий ч эрүүл мэндийн анхан шатны түвшинд хэвийн явцтай жирэмсэний хяналтын талаар судалсан эрдэм шинжилгээний ажил ховор байгаа учраас энэхүү сэдвийг сонголоо.

**Судалгааны ажлын зорилго:** Улаанбаатар хотын Өрхийн эрүүл мэндийн төвүүдээр үйлчлүүлж буй хэвийн явцтай жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн хяналтын байдал, жирэмсэн эмэгтэйчүүдэд өгч буй зөвлөгөөний талаар судлах.

**Арга аргачлал:** Судалгаанд Улаанбаатар хотын ӨЭМТ-н эмчийн хяналтанд хянагдаж буй хэвийн явцтай 135 жирэмсэн эмэгтэйг санамсаргүй түүвэрлэлтийн аргаар сонгон, жирэмсэн эмэгтэйг хянах тухай эрүүл мэндийн сайдын 338-р тушаалын дагуу боловсруулсан 55 асуулт бүхий асуумж авч, жирэмсэн эмэгтэйн хяналтын хөтчөөс зарим мэдээллийг цуглуулан статистик боловсруулалтыг SPSS 20 программыг ашиглан үр дүнг тооцлоо.

**Үр дүн:** Гэрлэсэн жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн 72.2 хувь нь жирэмсний 12 долоо хоногийн дотор хамрагдаж байсан бол гэрлээгүй жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн гуравны нэг нь буюу 33.3 хувь нь хожуу хамрагдсан байна. Жирэмсний хяналтанд хамрагдахад гэрлэлтийн байдал нөлөөлж байна. ( $p=0.006$ ). Мөн дээд боловсролтой эмэгтэйчүүдийн 70.9 хувь нь жирэмсний 12 долоо хоногийн дотор хяналтандаа хамрагдаж байсан бол тусгай дунд боловсролтой жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн 55 хувь хамрагдсан байна. Насны бүтцээр авч үзвэл 20-24 насны эмэгтэйчүүдийн 66.7 хувь, 30-34 насны эмэгтэйчүүдийн 82.6 хувь, 35-с дээш насны эмэгтэйчүүдийн 83.3 хувь жирэмсний 12 долоо хоногийн дотор хяналтанд хамрагдаж байна ( $p=0.031$ ). Дээд боловсролтой эмэгтэйчүүдийн 84.9 хувь нь давтан үзлэгт эмчийн зааж өгсөн хугацаанд ирж үзүүлсэн бол бага боловсролтой эмэгтэйчүүдийн 50 хувь нь эмчийн зааж өгсөн хугацаанд давтан үзлэгт ирж үзүүлсэн байна. Гэрлэсэн эмэгтэйчүүдийн 87.6 хувь нь, гэрлэлтийн байдал тогтворгүй буюу салсан, тусдаа амьдардаг, бэлэвсэн эмэгтэйчүүдийн 75 хувь нь л эмчийн зааж өгсөн хугацаанд давтан үзлэгт үзүүлсэн байна. Хяналтанд буй эмэгтэйчүүд жирэмсэний 1-р үзлэгт 100 хувь хамрагдсан бол 2-р үзлэгт ирэх ёстой жирэмсэн эмэгтэйчүүдээс 80 хувь, 3-р үзлэгт 75 хувь нь, 4-р үзлэгт 62.5 хувь нь эмчийн зааж өгсөн хугацаанд давтан үзлэгтээ ирж үзүүлсэн байна. Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг нийт 6 удаа үзэж зөвлөгөө өгөх ёстойгоос эхний үзлэгт ирэхэд эмч бэлгийн замаар дамжих халдвараас сэргийлэх тухай хамгийн их буюу 68.9 хувьтай зөвлөсөн бол жирэмсний эмзэг байдлын тухай хамгийн бага буюу 25.2 хувьтай зөвлөсөн байна. Жирэмсэн үеийн дасгал хөдөлгөөний тухай 41.5 хувь, зулбалтаас сэргийлэх тухай 63.7 хувь, ургийн өсөлт хөгжлийн талаар 40 хувь, пренаталь илрүүлгийн талаар мэдээллийг 51.9 хувь, эх хүүхдийн эрүүл мэндийн дэвтрийн тухай 31.9 хувь, гэр бүлийн оролцоог дэмжих тухай 32.6 хувь, хорт зуршлын талаар 47.4 хувь, амин дэм, эрдэс бодис, фолийн хүчил уухын ач холбогдлын талаар 63.7 хувь, эмийн аюулгүй хэрэглээний талаар 28.9 хувь, амны хөндийн эрүүл мэндийн талаар 36.3 хувь, жирэмсний хяналтын ач холбогдлын талаар 60.7 хувь зөвлөгөөг тус тус өгсөн байна.

**Дүгнэлт:** Эмэгтэйчүүд жирэмсний эхний 12 долоо хоногийн дотор хяналтанд хамрагдах нь тухайн эхийн боловсролын түвшин, нас, гэрлэлтийн байдал, ажил эрхлэлт зэргээс

хамаарч байна. Мөн тулгар төрөгч нар хяналтанд хугацаандаа буюу эхний 12 долоо хоногийн дотор хамрагдаж давтан үзлэгт идэвхитэй хамрагддаг боловч хоёр ба түүнээс дээшхи жирэмслэлтэнд хяналтанд хугацаандаа хамрагдах идэвхи суларч давтан үзлэгт ирэх байдал нь ч буурч байна. Өрхийн эмч хэвийн яцтай жирэмсэн эмэгтэйг хяналтанд авч зөвлөгөө өгөх явцдаа жирэмсний эмзэг байдал, жирэмсэн үеийн дасгал хөдөлгөөн, ургийн өсөлт хөгжлийн талаар, эмийн аюулгүй хэрэглээ, жирэмслэлт төрөлттэй холбоотой хууль эрх зүйн ойлголт, жирэмсэн үеийн аюултай шинжүүд болох даралт ихсэх үтрээнээс цус гарах тухай, эрхтэн тогтолцооны эмгэг ба жирэмсэн, төрлөг эхлэх шинжийн тухай зөвлөгөөг илүү сайн өгөх шаардлагатай байна.

**Түлэхүүр үг:** Жирэмсний хяналт, зөвлөгөө, Өрхийн эрүүл мэндийн төв

## **Study of the pregnancy control who admitted to the family health center in Ulaanbaatar city**

**Background:** According to the millennium development goals particularly in the fifth goal it was noted to reduce the incidence of miscarriages into 75% from 1990 into all by the target date of 2015. However it's reduced only 34% in worldwide.

The incidence of maternal mortality rate have been estimated to 358000 annually, and from 1000 to 1500 maternal death occurred per day in antenatal, intranasal and postnatal period of gestation.

That challenges have been triggered in worldwide and thereby it has been targeted to address into the millennium development goals. The pregnancy rate have been registered into 40-50 million in Asia Pacific regional countries annually, and the incidence of maternal death is estimated from 30500 to 50000. Moreover, overall 300000 neonates have been died in the first day of prenatal life.

There numerous number of studies and surveys in terms of the maternal care have been performed in supports of the "Strategy for women's and child's health", "National program for reproduction" and other projects and national program and other related order, regulation has helped to perform the studies. Also the report and facts have released in appropriate time. However the pregnancy control is not sufficient in the primary health care. It was raised for the background of the study.

**Aim of the study:** We aimed to study the pregnancy control in healthy gestational period of pregnancy and to evaluate the counseling for the pregnant women who were admitted to the Family health center in Ulaanbaatar city, Mongolia

**Methods:** There are 171 pregnant women who are routinely monitored at the family health centers who were selected randomly, according to the rule number 338 which stated about the pregnancy control, and used questionnaire with 55 questions

(according to the rule number 338), the results have been calculated by the SPSS 20 program and statistic information provided by pregnancy monitoring guides.

**Results:** Overall 171 pregnant women have been enrolled in the study, and 111 pregnant women who estimated to 65.2% (involved within the 12 week of gestational period) have been involved in the first check up on time. While 47 (34.8%) has not been involved in the first check up on time. Furthermore, of women who are married 72.2 % (involved within the 12 week of gestational period) got involved on routine check up on time while only a third of the women who weren't married (33.3%) got checked on time. Marital status was also the key factor in women being to involve on check up on time for regular monitoring ( $p=0.006$ ). Around 70.9 (involved within the 12 week of gestational period) percent of women with higher education have visited on time for the first examination whereas only 55 percent of women with secondary education got involved in first examination. By the age structure, 66.7 percent of women who were aged from 20 to 24, 82.6 percent of women who were aged from 30 to 34, 83.3 percent of women who were aged above 35 and higher have been involved in regular checkups on time ( $p=0.031$ ). Employment has been a factor in checkup attendance. 92.9 percent of women who work at state authorities, 63.6 of women who work in non-government organizations, 51.6 percent of women who are self-employed, 57.9 percent of students, 57.9 percent of unemployed women have participated in checkups on time. ( $p=0.017$ ). Overall, 85.2% ( $n=145$ ) of women who were participated in study, have been examined on regular time, and 91.3% ( $n=$  ) of the women who were aged from 30 to 34, and 83.3% ( $n=$  ) of the women who were aged from 20 to 24 have been examined on regular time. 84.9% of women with higher education have been examined on routine examination; however, only 50% of women with lower education have been examined on routine examination. The women with spouses have been examined on routine examination is estimated to 87.6%; however, 75% of women with unclear marital status, spouses who lived separately, widows have been examined on routine examination on time. According to the rule number of 338 which released by the Minister of Health "Rule for the maternal and child prenatal care", it's needed to examine for six time for the pregnant women which depending of gestational period.

In the study, 100% of women have been examined on time in the first examination. But in the second time it was estimated to 80%, in the third time it was estimated to 75%, and in the third time it was estimated to 62.5%, respectively. The women who has been involved on regular checkup (involved within the 12 week of gestational period) on time in previous gestational period, thereby 69% of those women has been examined in first time before the first trimester. Thus, 55.6% of women with belated checkups have been examined before the 12 week of gestational period on the recent pregnancy. 65.3% of women who were planning the pregnancy have been examined in the first examination on time. Nevertheless, 34.7% of women without planning of pregnancy have been examined in the first time (involved within the 12 week of gestational period). It's needed to examine for six times for pregnant women. In the first time of visit, the doctor mainly suggested about the sexually transmitted disease which estimated to 68.9%, but only 25.2% of suggestions were focused on vulnerability of the pregnancy. 41.5% suggested about the dynamic exerscise, 40% about the growth of the fetus, 51.9% suggested about the prenatal screaning, 31.9% suggested about the maternal and child health card, 32.6% suggested about the role of the family members, 47.4% suggested about the addiction, 63.7% suggested about the use of sufficient vitamins, minerals, and use of folic acids, also 28.9% of suggestion was focused on the adequate use of medical substances, and 60.7% of suggestion was focused on the importance of the routine examination.

**Conclusion:** The attendance of women in the first examination within the 12 week of gestational period has been depending on the education, age, marital status, and employment of the women. Also the women get pregnant for the first time has actively involved in the first and routine examination. However, in the second and other pregnancies has been inactively involved in the regular examination. The family doctors need to suggest about the vulnerable condition of gestational period, physical examination of pregnancy, growth of the fetus, adequate use of medical substances, concepts of legacy, the alarming signs of pregnancy, abnormal vaginal bleeding, disorders and pregnancy, and early labor symptoms.

**Key words:** Pregnancy control, suggestion, Family health center

## ГАРЧИГ

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ГАРЧИГ                                                                                | 3  |
| ТОВЧИЛСОН ҮГИЙН ЖАГСААЛТ                                                              | 5  |
| ЗУРГИЙН ЖАГСААЛТ                                                                      | 6  |
| ХҮСНЭГТИЙН ЖАГСААЛТ                                                                   | 7  |
| БҮЛЭГ 1. УДИРТГАЛ                                                                     | 8  |
| 1.1 Судалгааны ажлын үндэслэл                                                         | 8  |
| 1.2 Хамгаалахаар дэвшүүлж буй асуудал                                                 | 11 |
| 1.3 Судалгааны ажлын зорилго, зорилт                                                  | 11 |
| 1.4 Судалгааны ажлын зорилтууд                                                        | 11 |
| 1.5 Судалгааны ажлын шинэлэг тал                                                      | 11 |
| 1.6 Судалгааны ажлын практик ач холбогдол                                             | 11 |
| 1.7 Судалгааны ажлын ёс зүй                                                           | 11 |
| 1.8 Нэг сэдэвт бүтээлийн бүтэц                                                        | 12 |
| 1.9 Судалгааны ажлын үр дүнг хэлэлцүүлсэн байдал                                      | 12 |
| 1.10 Судалгааны ажлын сэдвээр нийтлүүлсэн бүтээл                                      | 13 |
| 1.10 Нийтлүүлсэн өгүүлэл                                                              | 13 |
| 1.10 Нийтлүүлсэн илтгэл                                                               | 13 |
| БҮЛЭГ 2. ХЭВЛЭЛИЙН ТОЙМ                                                               | 14 |
| 2.1 Жирэмсэн болон төрсний дараах үед үзүүлэх тусламж үйлчилгээний журам              | 14 |
| 2.2 Жирэмсний өмнөх, жирэмсэн, төрсний дараах үед үзүүлэх тусламж үйлчилгээний чиглэл | 18 |
| 2.3 Жирэмсэн эмэгтэйг хянах товлал                                                    | 23 |
| 2.4 Өндөр эрсдэлтэй жирэмсэн эмэгтэйг илрүүлж, тогтоох, хянах                         | 26 |
| 2.5 Жирэмсний хяналтын өнөөгийн байдал                                                | 27 |
| 2.6 Эхийн эрүүл мэндийн байдал, төрөх үеийн хүндрэлүүд                                | 27 |
| 2.9 Эрүүл мэндийн байгууллагын тусламж үйлчилгээний чанар, хүртээмж                   | 28 |
| 2.10 Монгол улсад жирэмсэн болон төрөхтэй холбоотой баримтууд                         | 30 |
| 2.11 Өрхийн эрүүл мэндийн төв                                                         | 31 |
| БҮЛЭГ 3. СУДАЛГААНЫ ХЭРЭГЛЭГДЭХҮҮН БА АРГАЧЛАЛ                                        | 32 |



|                             |                                                                                                       |    |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.1                         | Судалгааны загвар арга зүй                                                                            | 32 |
| 3.2                         | Судалгааны ажлын хамрах хүрээ                                                                         | 32 |
| 3.3                         | Судалгааны ажлын түүвэр                                                                               | 32 |
| 3.4                         | Судалгаа хийсэн хугацаа, газар                                                                        | 32 |
| 3.5                         | Судалгаанд орох шалгуур                                                                               | 33 |
| 3.6                         | Судалгааны хасах шалгуур                                                                              | 33 |
| 3.7                         | Судалгааны материал цуглуулсан аргууд                                                                 | 33 |
| 3.7.1.                      | Мэдээ материал цуглуулсан асуумжийн арга                                                              | 34 |
| 3.7.2.                      | Мэдээ материал цуглуулсан баримтын арга                                                               | 34 |
| 3.8                         | Үр дүнгийн статистик боловсруулалтын арга                                                             | 34 |
| БҮЛЭГ. 4. СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮН |                                                                                                       | 35 |
| 4.1                         | Эрүүл жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн ерөнхий байдал                                                          | 35 |
| 4.2                         | Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн давтан үзлэгийн байдал                                                        | 41 |
| 4.3                         | Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн хяналтын талаарх ойлголт ба жирэмсэн эмэгтэйчүүдэд зориулсан сулгалтын талаар | 43 |
| 4.4.                        | Өрхийн эрүүл мэндийн төвд хянагдаж буй жирэмсэн эмэгтэйчүүд эмчээс зөвлөгөө авсан байдал              | 47 |
| СУДАЛГААНЫ АЖЛЫН ХЭЛЦЭМЖ    |                                                                                                       | 48 |
| СУДАЛГААНЫ АЖЛЫН ДҮГНЭЛТ    |                                                                                                       | 56 |
| ЗӨВЛӨМЖ                     |                                                                                                       |    |
| НОМ ЗҮЙ                     |                                                                                                       |    |
| ТАЛАРХАЛ                    |                                                                                                       |    |

## НОМ ЗҮЙ

1. Эрүүл мэндийн сайдын 2014 оны 10 сарын 20 өдрийн 338 дугаар тушаал Жирэмсэн болон төрсний дараах үед үзүүлэх тусламж үйлчилгээний журам.
2. Мөнгөнцэцэг Х. Нярайн эндэгдлийн шалтгаан нөлөөлж буй зарим хүчин зүйлс. Улаанбаатар 2015 Анагаах Ухааны магистрын зэрэг горилсон нэг сэдэвт бүтээл.
3. Kruse AY, Phuong CN, Ho BT, Stensballe LG, Pedersen FK Identification of important and potentially avoidable risks factors in a prospective audit study of neonatal deaths in a paediatric hospital in Vietnam. *Acta paediatrica*. Fed 2014;103(2):139-144.
4. Frazier, Todd M., Robert EL Nesbitt Jr, and Mark P. Pentecost Jr. Accuracy of the reported causes of fetal and neonatal deaths. *Public health reports* 1957; 72(10): 933.
- Dageville, C., J. Pignol, and S. De Smet. Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths: incidence and risk factors. *Acta paediatrica* 2008; 97(7): 866-869.
5. Dageville, C., J. Pignol, and S. De Smet. Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths: incidence and risk factors. *Acta paediatrica* 2008; 97(7): 866-869.
6. Leach, A., et al. Neonatal mortality in a rural area of The Gambia. *Annals of Tropical Paediatrics: International Child Health* 1999; 19(1): 33-43.
7. Эрүүл мэндийн хөгжлийн үндэсний төв. Эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд. Улаанбаатар 2014.
8. WHO: pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. Geneva: WHO ;2006.
9. Энхтуул Ч, Баярмаа Э. Ураг болон нярайд зонхилон тохиолддог өвчнүүдийн эмгэг судлалын онцлог. Улаанбаатар. 2013. Х.240.
10. Болорцэцэг Ч, Өсөлтгүй жирэмсний зарим эрсдэлт хүчин зүйлс оношилгооны дүн. Улаанбаатар 2016 Анагаах Ухааны магистрын зэрэг горилсон нэг сэдэвт бүтээл.
11. Kliegman, R.M, Stanton B, Geme, Schor, N.F. and Behrman, R.E. *Nelson textbook of pediatrics*. Elsevier 2011. P. 2610.
12. Liu, Li, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *The Lancet* 2015; 385(9966) 430-440.
13. Lawn, Joy E., et al. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why?. *The Lancet* 2005; 365(9462): 891-900.
14. Ibrahim, S. A., et al. Factors associated with high risk of perinatal and neonatal mortality: an interim report on a prospective community-based study in rural Sudan. *Paediatric and perinatal Epidemiology* 1994; 8(2):193-204.
15. Ramaiya, Astha, et al. A systematic review of risk factors for neonatal mortality in Adolescent Mother's in Sub Saharan Africa. *BMC research notes* 2014; 7(1):750.
16. Lee, Anne CC, et al. Neonatal resuscitation and immediate newborn assessment and stimulation for the prevention of neonatal deaths: a systematic review, meta-analysis and Delphi estimation of mortality effect. *BMC Public Health* 11.Suppl 3 (2011): S12.
17. Musooko, Moses, et al. Incidence and risk factors for early neonatal mortality in newborns with severe perinatal morbidity in Uganda. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2014; 127(2): 201-205.

18. Jehan, Imtiaz, et al. Neonatal mortality, risk factors and causes: a prospective population-based cohort study in urban Pakistan. *Bulletin of the world Health Organization* (2009); 87(2): 130-138.
19. Chaman, R., et al. Neonatal mortality risk factors in a rural part of Iran: a nested case-control study. *Iranian Journal of Public Health* 2009; 38(1): 48-52.
20. Bayou, Getachew, and Yifru Berhan. "Perinatal mortality and associated risk factors: a case control study. *Ethiopian journal of health sciences* 22.3 (2012).
21. Mendes, Karina Giane, Maria Teresa Anselmo Olinto, and Juvenal Soares Dias da Costa. Case-control study on infant mortality in Southern Brazil. *Revista de saude publica* 2006; 40(2): 240-248.
22. Machado, Carla Jorge, and Kenneth Hill. Determinants of neonatal and post-neonatal mortality in the City of Sro Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2003; 6(4): 345-358.
23. Bashir, Amal O., et al. Neonatal mortality in Sudan: analysis of the Sudan household survey, 2010. *BMC public health* 2013; 13(1): 287.
24. Abdellatif, Mohamed, et al. The patterns and causes of neonatal mortality at a tertiary hospital in Oman. *Oman medical journal* 2013; 28(6): 422.
25. Ginneken, Van. Repeated neonatal deaths in families with special reference to causes of death. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* (1999; 13(1); 78-88.
26. Kristensen, F. B. [Classification of causes of perinatal and neonatal deaths in the quality evaluation of health services]. *Ugeskrift for laeger* 1991; 153(22): 1561-1562.
27. Velaphi, S., and R. Pattinson. Avoidable factors and causes of neonatal deaths from perinatal asphyxia-hypoxia in South Africa: national perinatal survey. *Annals of Tropical Paediatrics: International Child Health* 2007; 27(2): 99-106.
28. Baiden, F., et al. Trend and causes of neonatal mortality in the Kassena-Nankana district of northern Ghana, 1995–2002. *Tropical Medicine & International Health* 2006; 11(4): 532-539.
29. Mah, Mungyeh E., et al. Neonatal mortality in a referral hospital in Cameroon over a seven year period: trends, associated factors and causes. *African health sciences* 2014;14(3):517-525.
30. Малчинхүү Д, Гэрэлмаа З. Ургийн өсөлтийн саатал, сэргийлэлт. Эх барих, эмэгтэйчүүд, хүүхэд 2007.Х.24.
31. Хишгээ С, Пагма Б, Батцэцэг Т. Дутуу тээлт, дутуу төрөлтийн үеийн тусламж үйлчилгээ. Улаанбаатар. 2012. х75.
32. Maconochie, N., et al. Risk factors for first trimester miscarriage—results from a UK-population-based case–control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2007; 114(2):170-186.
33. The asian development bank ADB conuntry synthesis report on urban air quality management Mongolia.2010
34. The national statistical office of Mongolia (NSO) Mongolia statistical yearbook 2009, 2010.
36. Оюунчимэг Ө, Бурмаа Б. Улаанбаатар хотын агаарын бохирдол нярайн гаж хөгжилтэй төрөхөд үзүүлх нөлөөллийг судалсан нь. Монголын анагаах ухаан 2005, 04 (134): 32-35.
37. Rochebrochard, Elise, and Patrick Thonneau. "Paternal age and maternal age are risk factors for miscarriage; results of a multicentre European study." *Human Reproduction* 2002; 17(6):1649-1656.
38. Andersen, Anne-Marie Nybo, et al. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *Bmj* 2000;320(7251): 1708-1712.
39. Айламазка ЭК, Кулакова ВИ, Радзинкого ВЕ, Савельевой ГМ. Акушерство. 2009. Ст 242-249.

40. Абжалилова АР. Анализ причин неразвивающейся беременности. Новые задачи современной медицины: материалы междунар. Науч. Конф 2012:52-57.
41. Радзинский ВЕ. Неразвивающаяся беременность: 2009. ст. 200.
42. Шехтман ММ. Руководство по экстрагентам патологии у беременных 2005 (8) ст. 16
43. Подзолкова НМ. Невынашивание беременности 2010. Ст. 52.
44. Сидельникова ВМ. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием 2013 ст.224.
45. БЗДХ/ХДХВ/ДОХ-ын тусламж үйлчилгээний удирдамж. Улаанбаатар 2010.х.48.
46. Джарикова БН, Нургалиева ЛИ, Апселенова МК. Этиологические аспекты неразвивающейся беременности. Вестник Каз НМУ: 2012.
47. Подзолкова НМ, Истратов ВГ, Золотухина ТВ. Клинические и патогенетические аспекты неразвивающейся беременности. Российский вестник акушера-гинеколога: 2003:40-42.
48. Рустанович ЮГ, Новиков ЕИ. Особенности антиоксидантной системы при неразвивающейся беременности. Генология; 2012:20.
49. Селихова МС, Кузнецова ОА. Неразвивающаяся беременность и врожденный иммунитет. Вестник ВолгГМУ; 2012;5:237-242.
50. Джарикова БН. Этиологические факторы развития неразвивающейся беременности. Вестник КазНМУ; 2013;2:276-287.
51. Сидельникова В\_М\_. Привычная потеря беременности., 2005. ст. 29.
52. Козлова, ВИ, Пухнер АФ. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. (2003).
53. Мещерякова, А. В. Иммуноморфологические аспекты неразвивающейся беременности первого триместра. Автореф. М(2000): 10-11.
54. Тихомиров АП, Лубин ДМ. Привычное невынашивание беременности 2004(3); ст. 10-21.
55. Серова ОФ, Милованов АП. Основные патоморфологические причины неразвивающейся беременности и обоснование прегравидарной терапии женщин. Акушерство и гинекология 1 (2001): 19-23.
56. Зарубина, Е. Н., and Е. Н. Фомичева. Влияние урогенитального хламидиоза на течение и исход беременности и родов. Vol. 12. Тез. докл. симпозиума «Новое в урологии, андрологии, дерматовенерологии: наука и практика». 1996.11-12.
57. Метник ВП, Тумилович ЛГ. Неоперативная гинекология; 2006. Ст. 632.
58. Eckert, Linda O., et al. Endometritis: the clinical-pathologic syndrome. American journal of obstetrics and gynecology 186.4 (2002): 690-695.
59. Рудакова ЕБ, Мозговой СИ, Пилипенко МА, Бурова ОМ, Лузин АА, Богданова Н, Лобода ОА. Лечащий врач: 2008:10 ст 6-10.
60. Coulam, C. B., and J. J. Stern. Endocrine factors associated with recurrent spontaneous abortion. Clinical obstetrics and gynecology 37.3 (1994): 730-744.
61. Ault KA, taulik OW Tumor necrosis factor-alpha responde to infection with Chlamydia trachomatis in human fallopian tube organ culture6 Am J obstet gynecol 1996 nov 175(5)5 1242-5.
62. Майцэцэг Ч, Хулан Ж. Энгийн херпес вирусийн хоёрдугаар хэв шинжийг ПГУ-аар тодорхойлсон дүн. Халдварт өвчин судлалын монголын сэтгүүл. 2009: 06(31):4-6.
63. Мэндсайхан Г. Эх барих судлалын хэт авиан оношзүй; Улаанбаатар: 2015. Х.8-10.
64. Отгонцэцэг Э. Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн дунд TORCH халдварыг илрүүлсэн дүн. Улаанбаатар 2015 АУ-ы магистрын зэрэг горилсон нэг сэдэвт бүтээл.
65. Эрхэмбаатар Т. “Эх барих” сурах бичиг; Улаанбаатар: 2015. Х.101-117.