



МОНГОЛ УЛСЫН
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САЙДЫН
ТУШААЛ

2021 оны 11 сарын 15 өдөр

Дугаар А/693

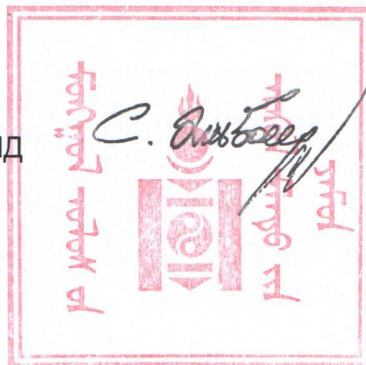
Улаанбаатар хот

Эмнэлзүйн заавар батлах тухай

Монгол Улсын Засгийн газрын тухай хуулийн 24 дүгээр зүйлийн 2 дахь хэсэг, Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 8 дугаар зүйлийн 8.1.5, 36 дугаар зүйлийн 36.1 дэх хэсгийг тус тус үндэслэн ТУШААХ нь:

1. Ходоод, улаан хоолойн сөргөө өвчний оношилгоо, эмчилгээний эмнэлзүйн зааврыг хавсралтаар баталсугай.
2. Тушаалын хэрэгжилт, тусламж, үйлчилгээний бэлэн байдлыг хангаж ажиллахыг аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар, өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагын дарга, захирал нарт үүрэг болгосугай.
3. Энэхүү зааврыг хэрэгжүүлэхэд мэргэжил аргагүйн дэмжлэг үзүүлж ажиллахыг Дотрын анагаах ухааны мэргэжлийн салбар зөвлөл /Ц.Сарантуяа/-д үүрэг болгосугай.
4. Тушаалыг хэрэгжүүлэхэд шаардлагатай мэдлэг, мэдээллийг олгох, хүний нөөцийг чадавхижуулах, эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэнд шаардлагатай сургалтыг зохион байгуулахыг Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв /Д.Нарантуяа/, аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газрын дарга нарт үүрэг болгосугай.
5. Тушаалын хэрэгжилтэд хяналт тавьж ажиллахыг Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний газар /Б.Буянтогтох/-т даалгасугай.

САЙД



С.ЭНХБОЛД

141213065

Эрүүл мэндийн сайдын 2021 оны 11-р сарын 15-нд өдрийн 4693 дугаар тушаалын хавсралт



ХОДООД, УЛААН ХООЛОЙН СӨРГӨӨ ӨВЧНИЙ ОНОШИЛГОО, ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ЭМНЭЛЗҮЙН ЗААВАР

А. Ерөнхий шаардлага:

А.1. Онош:

Ходоод улаан хоолойн сөргөө өвчин

А.2. Өвчний код (Өвчний олон улсын 10-р ангилал): K21

ICD-10 /2019 он/	
K21.0 Gastro-oesophageal reflux disease with oesophagitis	Ходоод, улаан хоолойн сөргөө өвчин улаан хоолойн үрэвсэлтэй
Reflux oesophagitis	Сөргөөт эзофагит
K21.9 Gastro-oesophageal reflux disease without oesophagitis	Ходоод, улаан хоолойн сөргөө өвчин улаан хоолойн үрэвсэлгүй
Oesophageal reflux	Улаан хоолойн сөргөө

А.3. Зааврын хэрэглэгчид:

1. Ерөнхий мэргэжлийн ба өрхийн эмч
2. Дотрын эмч
3. Яаралтай тусламжийн эмч
4. Гастроэнтерологи эмч
5. Мэс заслын эмч

А.4. Зааврын зорилго, зорилт:

1. Өвчтөнд үзүүлэх тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг сайжруулах
2. Үр дүнтэй нотолгоонд суурилсан эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний чанарыг сайжруулах
3. Тусламж үйлчилгээ үзүүлж буй мэргэжлийн эмч нар тусламж үйлчилгээний нэгдсэн зааврыг мөрдөж ажилласнаар оношилгоо, хяналт, эмчилгээний чанар сайжрах

А.5. Зааварт ашигласан нэр томъёо, тодорхойлолт, эх сурвалж:

A5.1. Ходоод, улаан хоолойн сөргөө өвчин

A5.2. Тодорхойлолт – Улаан хоолойн доод хуниасны булчин суларснаас ходоод, дээд гэдэсний агуулагдахуун, улаан хоолой руу сөргөж орсны улмаас цээж хорсох, гашуун амтагдах зовууриар илрэх, улаан хоолойн үйл ажиллагааны ба бүтцийн өөрчлөлт бүхий эмгэгийг ходоод, улаан хоолойн сөргөө өвчин (ХУХСӨ) гэнэ.

А.6. Тархвар зүйн мэдээлэл

ХУХСӨ дэлхий дахинд: ХУХСӨ нь дэлхий нийтэд өргөн тархсан эмгэг бөгөөд 2005 оны ХУХСӨ-ний тархалтын тойм судалгааг 2013 оныхтой харьцуулахад дэлхий даяар ХУХСӨ-ний тархалтын хурд нь нэмэгдсэн байна.^{1,2,3,4} Хойд Америк, Хойд Европ, Австралид (10-20%) тархалт өндөртэй байдаг бол Зүүн Өмнөд Ази, Өмнөд Европын орнуудад (<5%) тархалт бага байдаг. АНУ-д шархлаат бус ХУХСӨ-ний тархалт - 20%, шархлаат хэлбэрийн ХУХСӨ - 7% байдаг бол Европын орнуудад 2-10% тархалттай байдаг байна. Сүүлийн жилүүдэд буруу хооллолт, хөдөлгөөний хомсдол, биеийн жингийн илүүдэл, таргалалттай холбоотой ХУХСӨ-ний тохиолдол эрс ихэсч байгаа бөгөөд хөгжилтэй орнуудын хүн амын 18-44%-д сөргөөний зовуурь тохиолдож байгааг судалгаагаар тогтоогджээ.⁵

2013 онд хэвлэгдсэн системчилсэн хэвлэлийн тойм судалгаагаар Хойд Америкт 18.1 – 27.8%, Өмнөд Америкт 23%, Европ тивд 8.8-25.9%, Ази тивээс Тайванд 12.4%, Японд 7.7%, мөн Туркд 20%, Иранд 18.2%, Австралид 11.6%-ийн тархалттай байгаа нь батлагдсан байна.⁶

ХУХСӨ Монголд: УНТЭ-ийн ГЭТ-д 1981-1994 оны хооронд хэвтэн эмчлүүлэгчдийн өвчлөлийн байдалд хийсэн судалгаагаар 14 жилийн хугацаанд нийт 9198 хэвтэн эмчлүүлэгчдэд, ходоод, улаан хоолойн сөргөө өвчний 34 (0.36%) тохиолдол бүртгэгдэж байжээ.⁷

1990-1999 онуудад УНТЭ-т ходоодны дурангийн шинжилгээ хийлгэсэн хүмүүсийн 3.8% хувьд, 2000-2002 онуудад ШГТЭ-т шинжлүүлэгчдийн 16.5%-д нь сөргөөт эзофагит оношлогдсон байна.⁷

1994-2004 онуудад Улаанбаатар хот дахь гурав дахь шатлалын эмнэлгүүдэд хэвтэн эмчлүүлэгчдийн дотор улаан хоолойн үрэвсэл буюу эзофагит нь 4.2%-г эзэлж байсан байна.⁸

Ц.Сарантуяа нарын судалгаагаар ходоодны дурангийн шинжилгээнд хамрагдагсдын 38%, Х.Оюунцэцэг нарынхаар ШГТЭ-ийн дурангийн тасагт шинжлүүлэгчдийн 42%-д нь ХУХСӨ оношлогдсон бол Б.Гантуяа, Г.Сарантуяа нарын “Эрхэс” эмнэлэгт ходоодны дуран хийлгэсэн үйлчлүүлэгчдийн 50 орчим хувьд нь ХУХСӨ оношлогдсон байна.⁸ Дээрхи судалгаануудын тоо баримтаас дүгнэхэд сүүлийн жилүүдэд Монгол улсад ХУХСӨ болон СЭ-ийн өвчлөл нэмэгдэж байгааг харуулж байна.

Олон нийтийг хамарсан тархвар зүйн судалгаанд ХУХСӨ-г илрүүлэх GerdQ асуумжийн аргыг ашигласан олон судалгаа байдаг. Энэ судалгаагаар нийт хүн ам дахь тархалт 28.9% байв. /Б.Гантуяа/

ХУХСӨ-ний тархалтыг тогтоох судалгааны дүнг бусад орны судалгаатай харьцуулахад Монгол улсын насанд хүрсэн хүн амын дунд ХУХСӨ-ний тархалт нь дэлхийд тархалт өндөртэй орон болох АНУ болон Европын зарим улс орнуудтай ойролцоо, тархалт багатай Азийн орнуудаас дээгүүр байранд орж байгаа юм. Иймд манай улсад ХУХСӨ-ний тархалт өндөр байгаа ба улаан хоолойн хорт хавдрын тохиолдлоор дэлхийд 3-р байранд орж байгааг үндэслэн цаашид ХУХСӨ-ний оношилгоо, эмчилгээний хяналт, ХУХСӨ-ний хүндрэл болох Барреттын улаан хоолойн оношилгоо, байнгын хяналт, эмчилгээг эмнэлзүйн зааврын дагуу хийж байх шаардлагатай гэж үзэж байна.

Хүснэгт 1. Монгол улс ба бусад улс орны ХУХСӨ-ний тархалтыг харьцуулсан судалгааны үзүүлэлт

Судлаач	Улс	Он	Судалгаанд хамрагдсан эзлэхүүний тоо хувь	ХУХСӨ
Mostaghni бусад ¹⁷	Иран	2009	717	33
Гантуяа., бусад ¹⁸	Монгол	2014	4240	28.9
El-Serag ¹⁹	Америк	2003	915	27.8
Ronkainen., бусад ²⁰	Швед	2008	1365	25.9
Chiocci., бусад ²¹	Аргентин	1998	672	23
Вог., бусад ²²	Турк	2005	630	20
Mohammed. ,бусад ²³	Англи	2003	8960	18
Kusano., бусад ²⁴	Япон	2009	2426	13.7
Eslick., бусад ²⁵	Австрали	2009	926	11.6
Solhpour., бусад ²⁶	Иран	2008	5733	9.1
Diaz-Rubio., бусад ²⁷	Испани	2002	8686	9.8
Lee., бусад ²⁸	Кореа	2009	1443	8.5
Chen., бусад ²⁹	Хятад	2003	3338	7.8

А.6.1 Үндсэн ойлголт

Анх 1879 онд Германы эмч, эрдэмтэн Ж.Куинкле улаан хоолойн доод хэсэгт үрэвслийн улмаас шарх үүсдэг тухай тодорхойлж бичсэн байдаг. ХУХСӨ-ний анхны өвөрмөц шинж тэмдэг нь цээж хорсолт байна гэдгийг 1925 онд Фриеденволд, Фельдман нар тодорхойлж бичиж байжээ. 1934 онд Америкийн гастроэнтерологич Ашер Уинкелстеин ходоод, улаан хоолойн сөргөө өвчин гэдэг нэр томъёог анх тодорхойлж бичсэн байна.

Дотрын анагаах ухаанд ХУХСӨ-г биеэ даасан өвчин гэж үзэж 1996 онд Олон улсын өвчний ангилалд бүртгэжээ. Улаан хоолойн доод хуниасны булчин суларснаас ходоод, дээд гэдэсний агуулагдахуун улаан хоолойд сөргөж орсны улмаас цээж хорсох, гашуун амтагдах зовуурь бүхий улаан хоолойн үйл ажиллагаа болон бүтцийн өөрчлөлт бүхий эмгэгийг ходоод, улаан хоолойн сөргөө өвчин гэж тодорхойлсон. Эмгэг физиологийн үүднээс нэг хоногийн хугацаанд улаан хоолойн сөргөөний зовуурь 5-аас олон удаа илэрч, улаан хоолойн хөндийн рН-4.0-өөс буурч, хүчиллэг болох нь нийт 1 цагаас илүү тохиолдохыг ХУХСӨ гэж үздэг.

Ходоод улаан хоолойн сөргөө нь урсгал хэвийн үед, тэр дундаа их хэмжээний хоол идсэний дараа үүсдэг физиологийн хэвийн үйл явц бөгөөд хүнд ямар нэгэн зовуурь илэрдэггүй, харин ХУХСӨ-ний үед ходоод улаан хоолойн сөргөөт урсгалын тоо нэмэгдэн, улаан хоолойн рН буурч, салст бүрхүүл гэмтэн шалбархай, шарх үүссэнээс цээж хорсох, исгэлэн зүйлээр гулгих зэрэг зовууриар илэрдэг биеэ даасан өвчин юм.

А.6.2. Эмгэг жам

ХУХСӨ үүсэх эмгэг жам нь нэг талаас улаан хоолойн хамгаалах хүчин зүйл – (сөргөөний эсрэг хориг, улаан хоолойн хүчлийн саармагжилт, салстын эдийн тэсвэржилт) ба нөгөө талаас ходоодны агууламжийн сөргөө – (ходоодны хүчилшилт, эзлэхүүн, дээд гэдэсний агуулагдахуун) гэсэн 2 хүчин зүйлийн харилцан тэнцвэрт байдал алдагдсанаар тайлбарлагдана.⁹

А.6.3. Өвчний тавилан

ХУХСӨ-тэй өвчний тавилан сайн, хяналт бүхий эмчилгээний үр дүнд илэрсэн шинж тэмдгүүд 90%-д нь арилдаг боловч улаан хоолойн үрэвсэл, шарх шархлаа, улаан хоолойн нарийсал, улаан хоолойн урагдал, шарх цоорох, цус алдах, Барреттын улаан хоолой ба хорт хавдарт шилжих зэрэг хүндрэлүүд үүсч болно.

Б. ОНОШИЛГОО, ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ДЭС ДАРААЛАЛ (АЛГОРИТМ)

Б.1. Урьдчилан сэргийлэх, эрт илрүүлгийн хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэх хүрээ

- Биж хамшинж, цээж хорсолт, сэрүүлэг шинж тэмдэг илэрсэн хүмүүс
- ХУХСӨ бүхий өвчтөн

Б.2.Лаборторийн шинжилгээний хариу өөрчлөлттэй гарсан үеийн алгоритм

Б.3.Багажийн шинжилгээний хариу өөрчлөлттэй гарсан үеийн буюу оношилгооны алгоритм

ХУХСӨ-ний оношилгоо нь Америкийн Гастроэнтерологийн ба Дэлхийн Гастроэнтерологийн Холбооны 2015 онд шинэчлэгдсэн ХУХСӨ-ний оношилгооны зааврын дагуу анхан шатны тусламж, үйлчилгээний асуумжийн оношилгоо, эмнэл зүйн оношилгоо, багажийн оношилгоо гэсэн дарааллаар хийгдэнэ.

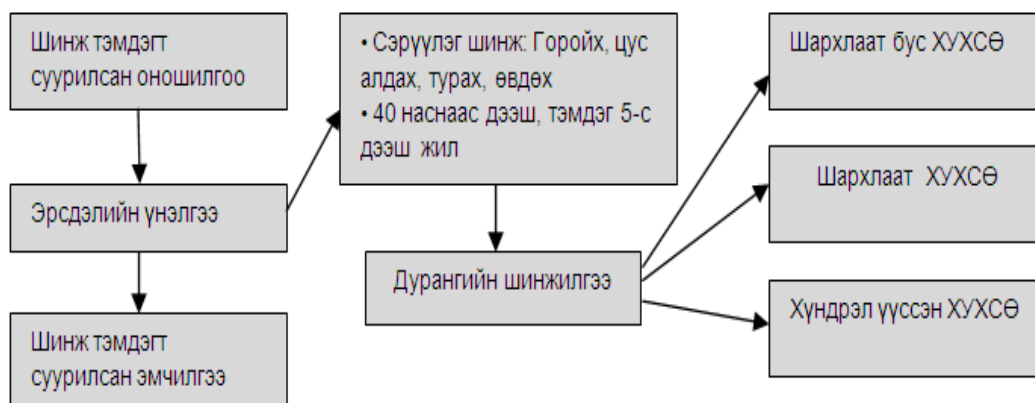
Хүснэгт 2. ХУХСӨ-ний оношилгооны ерөнхий зарчим

Оношилгооны тест	Заалт	Зөвлөмж
Өргөн хүрээний ПШХ эмчилгээ	<p>Өвөрмөц шинж тэмдэг илэрсэн (сэрүүлэг шинж тэмдэггүй)</p> <p>Улаан хоолойн бусад шинж тэмдэг бүхий сөргөөт өвчин</p>	ХУХСӨ үгүйсгэгдсэн тохиолдолд зөвлөхгүй
<i>H. Pylori</i> – ийн уреазын амьсгалын сорил эсвэл баасны эсрэг биеийн шинжилгээ	<p>- Шинжилгээ хийгдээгүй үеийн биж шинж</p> <p>- <i>H. Pylori</i>-ийн тархалт өндөртэй (>20%) оронд “оношил – эмчил” гэсэн зарчмыг баримтална</p>	<p>Тус оношлуур бүхий шинжилгээнд хамрагдах хүрээ нь тухайн бүс нутгийн шинжилгээ, эмчилгээний өртөгөөс хамаарна.</p> <p>Энэ нь идэвхтэй халдварыг инвазив бус шинжилгээнд суурилж илрүүлнэ. (амьсгалын сорил, баасны эсрэг биеийн шинжилгээ)</p>
Улаан хоолой, ходоодны дурангийн шинжилгээ (УХХДШ)	<p>Сэрүүлэг шинж тэмдэг илэрсэн үед: цээжний өвдөлттэй, хүндрэх эрсдэл өндөртэй өвчтөнг хянах</p> <p>-Шархлаат бус эзофагитийг шархлаат эзофагитаас ялган оношлох</p> <p>-ХБДЗ-ын шинж тэмдэг эсвэл бусад шалтгаант шинж тэмдгийн оношилгоо</p>	<p>ПШХ эмийн эмчилгээнд үр дүнгүй, зүрхний бус цээжний өвдөлттэй, Барреттын улаан хоолой үүсэх эрсдэлтэй ба өндөр настай өвчтнүүдийг эрт хянах</p> <p>ХБЗ-ын хорт хавдрын тохиолдол өндөртэй бүс нутагт тогтмол хугацааны давтамжтай (УХХД) хийлгэхийг зөвлөж байна.</p>
Улаан хоолойн эсийн шинжилгээ	<p>Сөргөөт бус өвчний шалтгааныг үгүйсгэх</p> <p>жишээ нь: Эозинофилийн эзофагит</p> <p>Барреттын улаан хоолой байх сэжигтэй үед</p>	ХУХСӨ- ний оношилгооны заалтанд ордоггүй.
Ходоодны эсийн шинжилгээ	ХБДЗ-ын зовуурь илэрч, ходоод, дээд гэдэсний дурангийн шинжилгээ хийлгэх явцад <i>H. Pylori</i> –ийн халдвартай эсэх нь тодорхойгүй тохиолдолд	Шалтгаан тодорхойгүй ХБДЗ-ын зовуурьтай эсвэл <i>H. Pylori</i> -ийн халдвар илрээд, удаан хугацаагаар ПШХ эмийн эмчилгээ хийгдсэн үед
Улаан хоолойн манометр	ПШХ эмийн эмчилгээнд үр дүнгүй, улаан хоолой, ходоодны дурангийн	ХУХСӨ-ний оношилгоонд зөвлөхгүй

	<p>шинжилгээнд өөрчлөлтгүй өвчтөнд хөдөлгөөний алдагдлыг оношлох</p> <p>Мэс заслын эмчилгээний заалттай үед хагалгааны өмнөх үнэлгээ хийх</p> <p>pH- өөрчлөлт бүхий тодорхой байрлалыг тогтоох</p>	<p>Ахалази, склеродерми оношлогдсон тохиолдолд</p> <p>Мэс заслын эмчилгээ буюу хагалгааны өмнө зөвлөх</p>
24 цагийн pH метрийн хяналт	<p>Өвөрмөц бус шинж тэмдэг илрэх</p> <p>ПШХ эмэнд тэсвэртэй (рефрактор) шинж тэмдэг бүхий ХУХСӨ</p> <p>Шархлаат бус хэлбэрийн эзофагитийн үеийн мэс засал эмчилгээний өмнө</p>	<p>Сөргөөний давтамж, байнга илрэх шинж тэмдэг, хэвийн бус хүчилшилтийг бууруулах, засах</p>
pH хяналт	<p>DeMeester /DeMeester score/ ийн үнэлгээ нь 1970 оноос хойш өвчтөнд ХУХСӨ байгаа эсэхийг оношлох</p>	<p>Тогтвортой шинж тэмдэг бүхий өвчтөнд ХУХСӨ-ийг бүрэн оношлоход улаан хоолойн манометр, pH-метрийн хяналтын шинжилгээнээс гадна УХХДШ-г зайлшгүй хийх</p>
Бари уулгах рентген шинжилгээ	<p>Горойх хам шинж бүхий өвчтөнд үнэлгээ өгөх, өрцний ивэрхийн өөрчлөлтийг илрүүлэх</p>	<p>ХУХСӨ-ий үед оношилгооны ач холбогдолгүй</p> <p>Щатскийн /Schatzki ring/+ бөгжин эмгэгийн байдал, хөдөлгөөний алдагдал, хүндрэлийг үнэлэх зорилгоор хийгдэхгүй</p>
DeMeesterийн шалгуур	<p>Амбулаторийн нөхцөлд урт хугацаагаар pH метрийн хяналтыг хийх, улаан хоолойн хүчлийн сөргөөний өртөлтийг үнэлэх</p> <p>Хүчлийн сөргөө гэдэг нь улаан хоолойн доод хунигч булчингаас 5 см-с дээш зайнд улаан хоолойн pH нь манометрээр 4, түүнээс доош заасан тохиолдол юм.</p>	<p>DeMeester-ын үнэлгээний параметрууд:</p> <ul style="list-style-type: none"> - хэвтээ үеийн хугацаа - нийт хугацаа - давтамж >5 мин - хамгийн урт үргэлжлэх хугацаа - босоо үеийн хугацаа - давтамжгүй байх хугацаа

+Щатскийн бөгжин эмгэг гэдэг нь улаан хоолойн доод хэсэгт салстын ба булчингийн давхаргыг хамарсан бөгж хэлбэрийн нарийсал бөгөөд өвчтөнд ихэвчлэн горойх зовуурь илэрнэ.

ХУХСӨ-ний оношилгооны алгоритм



Алгоритм 1. Өвчтөний зовуурь буюу илэрч буй шинж тэмдгийг үндэслэн шинжилгээ ба эмийн эмчилгээг төлөвлөж, өвчний хүндрэлийг тодорхойлж, эрсдлийн үнэлгээ хийнэ. Сэрүүлэг шинж илэрсэн 40-с дээш насны, мөн зовуурь, шинж тэмдэг нь тогтвортой 5 жилээс дээш үргэлжилсэн өвчтөнд, ходоод, улаан хоолойн дурангийн шинжилгээг заавал хийх ба давтан үнэлж, шархлаат ба шархлаат бус ХУХСӨ, хүндрэл үүссэн эсэхийг ялган оношилж, эмчилнэ.

ХУХСӨ-ний анхан шатны тусламж үйлчилгээний оношилгоо, эмчилгээний алгоритм

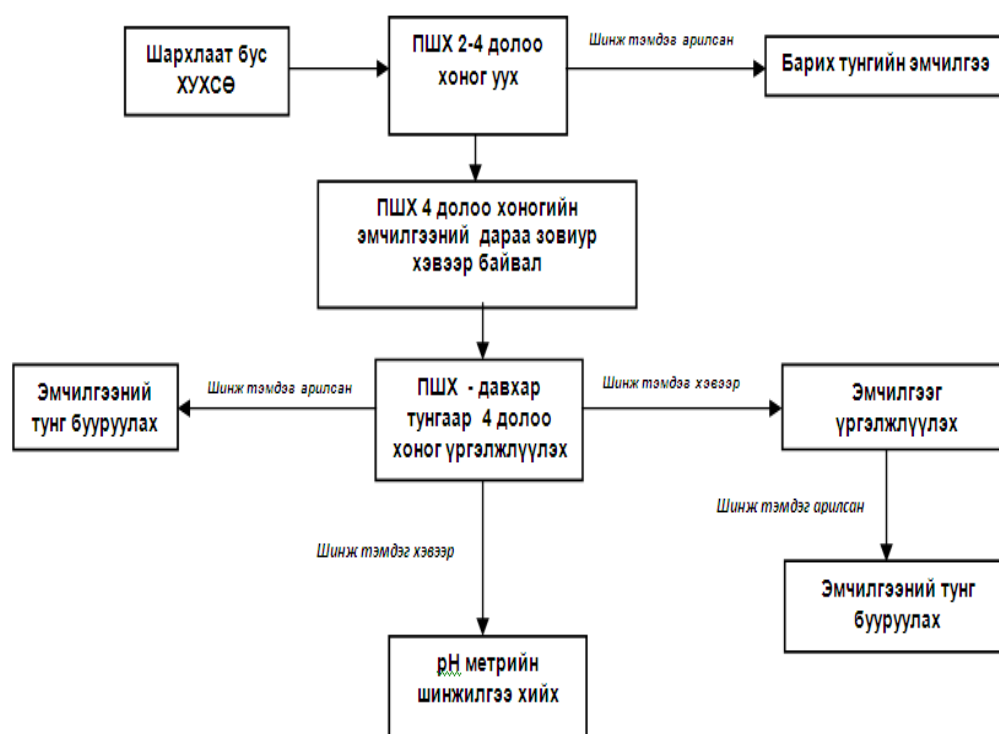


Алгоритм 2. Өвчтөнд цээж хорсох зовуурь тогтмол бус 7 хоногт 1-ээс бага илэрч байгаа бол ажил, амьдралын хэв маягийг өөрчлөх, хоол ба бусад дэглэмийн эмчилгээг зөвлөж, эмийн эмчилгээг H_2 хориглогч эмээр эхэлнэ. Цээж хорсох зовуурь 7 хоногт тогтмол 1 удаа илэрч байвал GerdQ асуумжийг авч, нийлбэр оноо өндөр буюу 8-аас дээш байвал эмийн эмчилгээнд ПШХ-ийг 4-8 долоо хоног уулгаж хянана. Хэрэв дээрх өвчтөнд сэрүүлэг шинж илэрч эхэлбэл даруй ходоод, улаан хоолойн дурангийн шинжилгээ хийж, улаан хоолойн үрэвслийн ба шархлаат бус өөрчлөлт илэрсэн тохиолдолд дахин GerdQ асуумж авч, нийлбэр оноо 8-аас доош байсан ч ПШХ-ийг 4-8 долоо хоног уулгаж хянана. Харин дурангийн шинжилгээнд улаан хоолойн өөрчлөлтүүд илэрсэн, зовуурь 7 хоногт олон удаагийн давтамжтай байгаа бол GerdQ асуумжаар давтан хянаж, эмийн эмчилгээг үргэлжлүүлнэ.

Б.4. Эмчилгээний алгоритм

1. Шархлаат бус ХУХСӨ-ний эмчилгээний алгоритм
2. Шархлаат ХУХСӨ-ний эмчилгээний алгоритм А (А,В)
3. Шархлаат ХУХСӨ-ний эмчилгээний алгоритм В (С,Д)

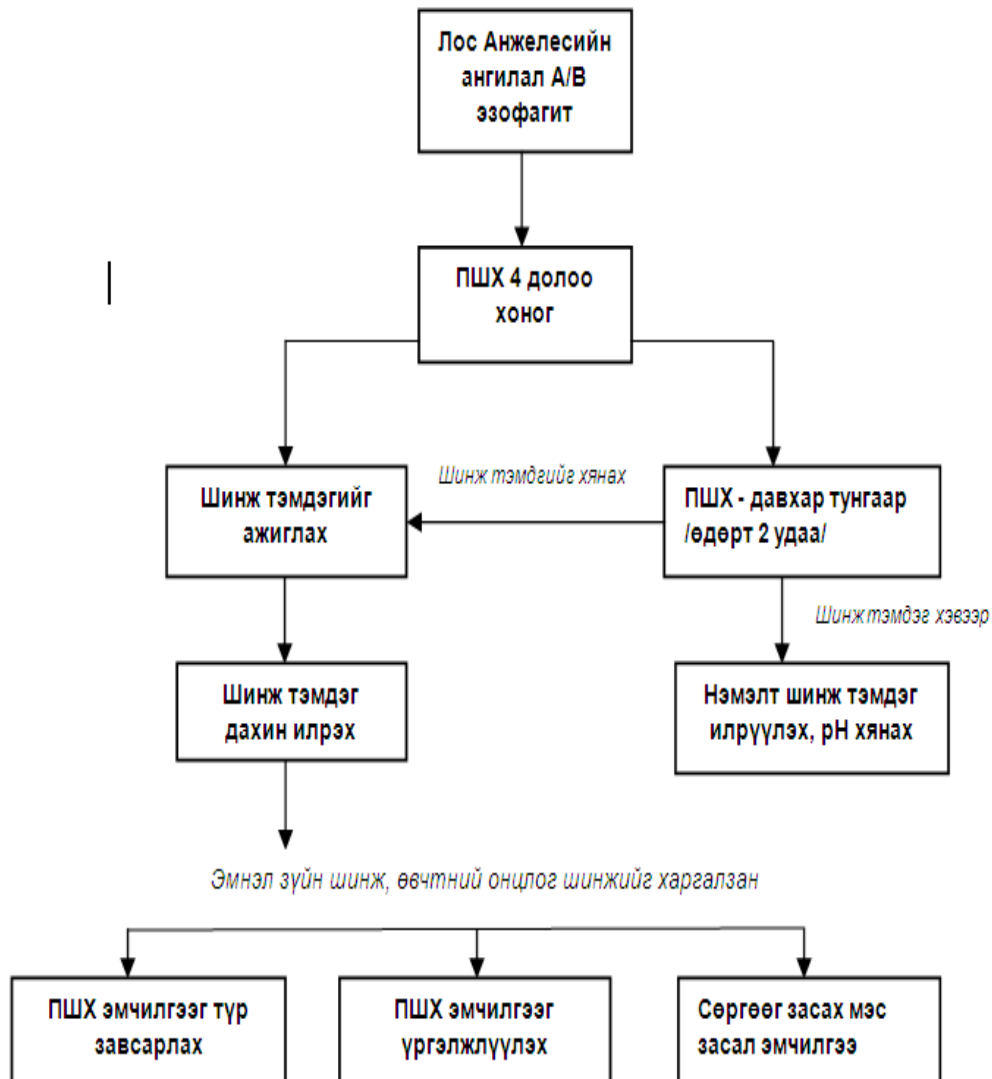
Шархлаат бус ХУХСӨ-ний эмчилгээний алгоритм



Алгоритм 3. ХУХСӨ-ний шархлаат бус хэлбэрийн үед ПШХ эмийг 2-4 долоо хоног уулгана. Зовуурь, шинж тэмдэг арилсан бол барих тунгаар эмчилгээг үргэлжлүүлнэ. Хэрэв дээрх эмчилгээ үр дүнгүй, зовуурь хэвээр байгаа тохиолдолд ПШХ-г давхар тунгаар 4 долоо хоног үргэлжлүүлэн уулгана. Шинж тэмдэг буурвал барих тунгаар, шинж тэмдэг илэрсээр байвал эмчилгээг үргэлжлүүлэн, нэмэлтээр 24 цагийн рН метрийн шинжилгээг хийнэ.

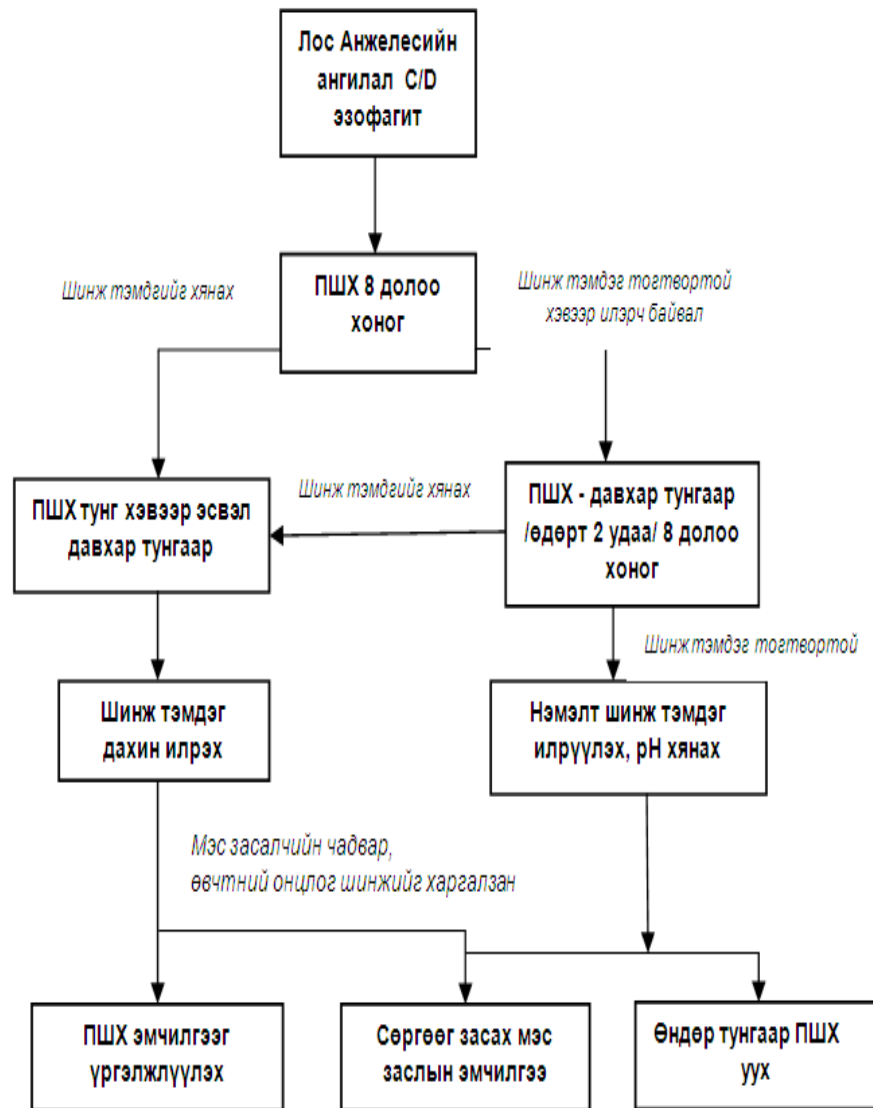
Шархлаат ХУХСӨ-ний эмчилгээний алгоритм

A



Алгоритм 4/A/. ХУХСӨ-ний Лос-Анжелесын ангиллаар A/B буюу хөнгөн зэргийн эзофагиттай өвчтөнд ПШХ-г 4 долоо хоног уулгаж, шинж тэмдгийг ажиглан, хянах ба хэрэв шинж тэмдэг арилахгүй байгаа бол ПШХ-ын давхар тунгаар өдөрт 2 удаа уулгах ба хэрэв шинж тэмдэг хэвээр байгаа тохиолдолд 24 цагийн pH метрийн шинжилгээ хийнэ. Цаашид эмчилгээг үргэлжлүүлэн хянах ба эмийн эмчилгээ үр дүнгүй тохиолдолд сөргөөний эмчилгээг мэс заслын эмчилгээний заалтаар шийднэ.

В



Алгоритм 5/В/. ХУХСӨ-ний Лос-Анжелесын ангиллаар C/D буюу хүнд зэргийн эзофагиттай өвчтөнд ПШХ эмийг 8 долоо хоног уулгаж, илрэх шинж тэмдгийг хянах ба зовуурь багассан, арилсан тохиолдолд ПШХ-ийн тунг хэвээр үргэлжлүүлнэ. Хэрэв зовуурь тогтвортой хэвээр үргэлжилж байгаа эсвэл нэмэгдсэн бол ПШХ эмийг давхар тунгаар 8 долоо хоног үргэлжлүүлэн уулгаж, зовуурь, шинж тэмдэг арилахгүй байвал тухайн өвчтний онцлог байдал, үүссэн хүндрэлээс шалтгаалан сөргөөний цаашдын эмчилгээг мэс заслын эмчилгээний заалтаар шийднэ.

Б.5. Үйлчлүүлэгчийг дараагийн шатны эмчид илгээх зарчим

- Бусад төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэгт эмчлэгдэх шаардлагатай болсон тохиолдолд өвчний шинж тэмцэг, явц, хүндрэл зэргийг өвчтний карт, цахим түүхэнд тэмдэглэж, эмч нарын хамтарсан зөвлөгөөн, эсвэл зөвлөх эмчийн үзлэгийн шийдвэрийн дагуу шилжүүлнэ.
- Шилжүүлэх хүртэлх хугацаанд эмчлэгч эмчийн өгсөн заавар, зөвлөмжийн дагуу эмчилгээг хийж, эмчлүүлэгчийн ар гэрт шилжин эмчлэгдэх болсон

тухай мэдэгдэж, өвчтөнг шилжүүлэх шалтгаан, үндэслэл, холбогдох шинжилгээнүүд, хийгдсэн эмчилгээ, хяналтын явц зэргийг эмчлүүлэгчийн картанд дэлгэрэнгүй бичиж, тэмдэглэж өгнө.

В. ҮЙЛДЛИЙН ТОДОРХОЙЛОЛТ, АРГАЧЛАЛ

В.1. Өвчний олон улсын 10-р ангилал - K21

В.2. Эрсдэлт хүчин зүйлс

ХУХСӨ-ний гол эрсдэлт хүчин зүйлүүд нь: сэтгэл санааны ба бие махбодийн хэт ачаалал, биеийн байнгын хэвтээ байдал, таргалалт, хорт зуршил: архи, тамхи хэрэглэх, өрцний ивэрхий, улаан хоолойн хөдөлгөөн удаашруулагч эмийн бэлдмэлүүд, жирэмслэлт зэрэг юм. Улаан хоолойн доод хуниасны хүчдэл бууруулж сөргөөг нөхцөлдүүлэх хүчин зүйлүүд:

- даавар (глюкагон, соматостатин, холецистокинин, вазоинтесинал пептид, энкефалин),
- эм (холинолитик, дааврын бус үрэвслийн бэлдмэл, тайвшруулагч эмийн бэлдмэл, бетта рецептор хориглогч, нитрат, кальцийн суваг хориглогч),
- хоол хүнс (өөх тос, шоколад, өтгөн кофе, цитрусийн төрлийн жимс, хийжүүлсэн ус, өнгөт ундаа, гаа, улаан лоолийн сүмс, халуун ногооны амтлагчууд)
- булчингийн эдийг гэмтээх хүчин зүйл (мэс заслын эмчилгээ, ходоодонд гуурс тавих, улаан хоолой сэтгүүрдэх ажилбар)
- настай хүмүүс (ясны сийрэгжилтээс шалтгаалсан олон хавирганы хугарал, цээжний хэнхэрцгийн гаж хөгжил - кифоз)
- эмгэг биологийн хүчин зүйл (генийн хүчин зүйл - Кавказ үндэстэн, холбогч эдийн эмгэг - склеродерми, чихрийн шижин, бодисын солилцооны хам шинж, зүрх судасны өвчнүүд)

В.3. Эрүүл мэндийн боловсрол

Эмчилгээний явцад өвчтөнд өөрийн өвчний талаарх мэдлэг, мэдээлэл буюу эрүүл мэндийн боловсрол олгох нь өвчний эхлэл, оношилгоо, эмчилгээний явц, хоол, ахуйн дэглэм сайтар сахихаас гадна эмчилгээг үр дүнтэй болгох, өвчин хүндрэхээс урьдчилан сэргийлнэ. Үүнд өвчнийхөө тухай мэдлэг дээр тулгуурласан өвчтөний **өөрийн хяналт** маш чухал юм.

- ХУХСӨ-ний урт хугацааны эмчилгээний явцад биеийн жингээ хянах, илүүдэл жингээ бууруулах нь эмчилгээний маш чухал хэсэг юм. Энэ нь өвчтөнд илрэх зовуурь, шинж тэмдэг, давтамжийг эрс багасгаж өгнө.
- Амьдралын хэв маяг: эрүүл хооллолт, бага хэмжээгээр хооллох, оройтож хооллохгүй байх, өвчнийг сэдрээх хүнсний нэмэлтүүд, хагас боловсруулсан бүтээгдэхүүнээс зайлсхийх, хорт зуршилгүй байх, нуруунаас өндөр дэртэй, зөв байрлалаар унтах
- Эмийн эмчилгээнд эмчийн жоргүй олгодог эм хэрэглэдэг учраас зовуурь илрэх бүрт эмчид очиж үзүүлэхгүй, хяналтгүйгээр өөрөө дур мэдэн эм хэрэглэх, эсвэл тунг ихэсгэснээр өвчний шинж тэмдэг цаашид тогтвортой хэвээр үлдэж, эмчилгээний үр дүнд сөргөөр нөлөөлдөгийг анхааруулна.
- Сэрүүлэг шинж тэмдгийг мэдэж авснаар илэрсэн тухай бүрт эмчид хандаж, оношилгоо хийлгэн, эмчилгээний зөвлөгөө авснаар өвчнийг хүндрүүлэхгүй байх боломжтой.

В.4. Эрт илрүүлэг

Эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйлчилгээнд асуумжийн аргаар ХУХСӨ-ийг эрт илрүүлэх боломжтой. Эрт илрүүлгэд GerdQ асуумжийн аргыг

хэрэглэх нь хялбар бөгөөд өртөг бүхий багаж төхөөрөмж, цаг хугацаа шаардахгүйгээр оношийг бүрэн тавьж, өвчнийг эрт илрүүлж, эмчилгээг төлөвлөх төдийгүй эмчилгээний дараах үр дүнг хянах боломжтой болдог. Судалгаанаас үзэхэд анхан шатны практикт GerdQ-г хэрэглэх нь ХУХСӨ-г гастроэнтерологи эмчийн үзлэгтэй ижил түвшинд оношилсон байдаг. Мөн GerdQ асуумжийн аргаар эмчилгээний дараах үр дүнг хянахад ашиглана. (Хүснэгт 4)

GerdQ асуумж нь 0-3 баллын оноогоор дүгнэгдсэн 6 асуулт байх бөгөөд асуумжийн дагуу нийт оноо 7-с доош бол ХУХСӨ-тэй байх магадлал 50%-иас бага, 8-с дээш бол 79-89% ХУХСӨ байх магадлал ихтэй гэж үзнэ. Асуумж нь ХУХСӨ-г оношлох 70%-ийн мэдрэг ба өвөрмөц чанартай байна.

Хүснэгт 3. GerdQ асуумж

Танд сүүлийн 7 хоногт доорх зовууриас илэрсэн бол тоог нь дугуйлна уу..				
Мөр болгоноос сонгосон тооны нийлбэрийг гаргана.				
	Өдөр			
	0	1	2-3	4-7
1.Цээж хорсох зовуурь хэр олон илэрсэн бэ?	0	1	2	3
2.Хоолой ба ам руу гашуунаар гулигах зовуурь хэр олон илэрдэг вэ?	0	1	2	3
3.Аюулхайн дээд, дунд хэсэгт өвдөлт хэр их илэрдэг вэ?	3	2	1	0
4.Дотор муухайрах зовуурь хэр их илэрдэг вэ?	3	2	1	0
5.Шөнөдөө цээж хорсох, гашуунаар гулигах зовуурь хэдэн удаа илэрч байсан бэ?	0	1	2	3
6.Эмчийн зөвлөсөн эм ууснаас хойш хэдэн удаа зовуурь өгч нэмэлтээр эмүүд уусан бэ? (омепразол, пантопразол, рабепразол г.м)	0	1	2	3
Нийт оноо:				
0-2 оноо = 0 % сэргээ байх магадлал				
3-7 оноо = 50% сэргээ байх магадлал				

8-10 оноо = 79% сөргөө байх магадлал

11-18 оноо = 89% сөргөө байх магадлал

Тайлбар: GerdQ асуумж нь үйлчлүүлэгчийг дээрх 6 асуултыг бөглүүлж, дугуйлсан тооны нийлбэрийг гаргаж, сөргөө өвчинтэй байх магадлалд үнэлгээ өгч оношилно. (АШУҮИС-ийн доктор Б.Гантуяа эмчийн судлан тогтоосноор Cut off index нь 8 оноо байна)

В.4.1 Эрүүл мэндийн анхан шатны ба лавлагаа тусламж, үйлчилгээ бүрт эрт илрүүлгэ зохион байгуулах

Эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйлчилгээнд эрт илрүүлгээр 50-иас доош насны цээж хорсох, гулигах зовуурь 5-аас доош жил үргэлжилсэн сэрүүлэг шинж илрээгүй хүмүүст өвчний шинж тэмдэгт суурилсан аргыг хэрэглэнэ гэсэн зааврын дагуу асуумжийн арга буюу GerdQ асуумжийг хэрэглэх нь ХУХСӨ-г эрт үед нь илрүүлэх хамгийн өртөг багатай, энгийн арга юм.

В.4.2 Зорилтот бүлэг

- Биеийн жингийн илүүдэлтэй
- Биеийн жингийн индекс 30-аас дээш, таргалалттай
- Чихрийн шижин
- Бодисын солилцооны хам шинж бүхий хүмүүс
- Өндөр настан
- Жирэмсэн эмэгтэйчүүд

В.4.3 Эрт илрүүлгийн өмнөх зөвөлгөө

Амьдралын буруу хэвшил, түүнийг өөрчлөх нь ХУХСӨ-өөс гол сэргийлэх энгийн арга бөгөөд хүмүүс төдийлөн хайхардаггүй.

Архи, тамхи, пиво зэрэг хорт зуршлууд, шоколад, улаан лоолийн шүүс, сүмс, цитрус агуулсан жимс, шүүс, сонгино, халуун ногоо, гаа, илчлэг ихтэй мах, махан бүтээгдэхүүн зэрэг нь ХУХСӨ-ий зовуурь, шинж тэмдгийг нэмэгдүүлнэ.

Таргалалт нь ХУХСӨ үүсгэх гол эрсдэлт хүчин зүйл юм. Биеийн хэвийн жин, хөдөлгөөний идэвхитэй амьдрал сөргөө өвчнөөс сэргийлнэ. Олон улсад хийсэн судалгаагаар: ХУХСӨ үүсэх эрсдэл нь хэвийн жинтэй хүнтэй харьцуулахад таргалалттай хүнд, БЖИ ихсэх тутам нэмэгддэг гэдгийг баталсан байдаг. Мөн аажим жингийн нэмэгдэл нь ХУХСӨ-ийн шинж тэмдгийг нэмэгдүүлэх ба БЖИ 3.5 нэгжээр буухад судалгаанд хамрагдагсдын 40%-д нь зовуурь багассан үр дүн гарсан байна. Энэ нь биеийн жингээ бууруулж, амьдралынхаа хэв маягт зөв зохицуулга хийх нь ХУХСӨ-нөөс сэргийлэх, өвчний зовуурийг багасгах гол сэргийлэлт, мөн эмчилгээ болно.

Бас нэгэн чухал сэргийлэлт нь унтах үеийн байрлал юм. Орны толгой хэсгийн хөлийг 45 хэмийн байрлалд өндөрлөн, цээжийг хагас босоо байрлалд эсвэл зүүн хажуугаар хэвтэх, унтахаас хамгийн багадаа 3 цагийн өмнө хооллох, хоолыг хэтрүүлэн хэрэглэхгүй байхыг зөвлөнө.

В.5. Эмгэг онош батлагдсан үеийн оношилгоо, эмчилгээ

В.5.1 Зовуурь, эмнэлзүйн шинж

ХУХСӨ-ий зовууриуд:

Өвөрмөц илрэх:

- Цээж хорсох (өдөр эсвэл шөнийн цагаар)
- Сөргөө (өдөр эсвэл шөнийн цагаар)
- Шүлс хэт их ялгарах (гиперсаливаци)

Өвөрмөц бусаар илрэх:

- Дотор муухайрах, хэхрэх
- Хоолны шингэц удаашрах, эрт цадах
- Аюулхайд хөндүүрлэх
- Гэдэс дүүрэх
- Бөөлжих
- Цээжээр өвдөх
- Амьсгалын замын шинж тэмдэг (ханиалгах, шуугиантай амьсгалах, архаг риносинусит)
- Чих хамар хоолойн зовуурь (хоолой сөөх, залгиурын өвдөлт, дуу авиа гарахгүй болох)
- Нойргүйдэх
- Шөнө сэрэх, хар дарах

ХУХСӨ-ний эмнэл зүйн шинжийг 3 ангилна.

1. Шархлаат бус эзофагит
2. Шархлаат эзофагит буюу сөргөөт эзофагит
3. Барреттын улаан хоолой

Сэрүүлэг шинж тэмдэг

Сэрүүлэг шинж тэмдэг нь ХУХСӨ-ний өвөрмөц бус шинжүүд байдаг. Эдгээр шинж тэмдгүүд нь ХБЗ-ын бусад эмгэгүүд: ходоодны үрэвсэл, шарх, хорт хавдар, тэдгээрийн хүндрэл, бусад эрхтэн тогтолцооны өвчний үед ч илэрдэг. Үүнд:

- Дисфаги (горойх)
- Одинофаги (залгихад өвдөлттэй)
- Сорогдлын хатгалгаа (аспираци) ба гуурсан хоолойн үрэвлийн шинж тэмдэг тогтмол илрэх
- Дисфония (дуу авиагүй болох)
- Дахилтат эсвэл байнгын ханиалга
- Хоол боловсруулах замын цус алдалт
- Байнгын дотор муухайралт, бөөлжилт
- Архаг өвдөлт
- Төмөр дутагдлын цус багадалт
- Шалтгаангүйгээр турах
- Тунгалгийн булчирхай томрох
- Аюулхайд үүсгэвэр тэмтрэгдэх
- 45-55 насанд шинээр өвөрмөц бус зовуурь илрэх
- Удамшилд улаан хоолой, ходоодны хорт хавдрын өгүүлэмжтэй

В.5.2. Ерөнхий ба бодит үзлэг, багажийн шинжилгээ

В.5.2.1. Ярилцлага, асуумж (анамнез)

- Сөргөө өвчний тархалт өндөр, эрсдэлт бүсэд амьдарч байгаа эсэх
- Шинж тэмдэг илэрсэн ба үргэлжилсэн хугацаа
- Өдрийн цагаар илрэх шинж тэмдэг нь аль цагт илүү илэрдэг ба хооллолттой хамааралтай байгаа эсэх
- Шөнийн цагаар илрэх шинж тэмдэг нь нойронд нөлөөлдөг эсэх, оройд их хэмжээний хоол идэх үед зовуурь илэрдэг эсэх, хэвтээ байрлалд зовуурь нэмэгддэг эсэх
- Одоо хэрэглэж байгаа ба байсан эмийн бэлдмэлүүд, урьд хийлгэсэн эмчилгээ үр дүнтэй байсан эсэх, бүрхээх, хүчил бууруулах эмийн эмчилгээнд үр дүн өгдөг эсэх
- Түр зуурын горойлт, бүхэл хоол ундтай холбоотой улаан хоолойн гэмтэл, шарх, урагдал, бусад эмгэг үүсч байсан эсэх
- В.5.1-д бичигдсэн өвөрмөц бус зовууриуд

Улаан хоолойн зовуурь:

- Цээж хорсох – зогсоо ба суух, хэвтэх үед аюулхай орчмоос дээш өвчүүний ард хорсох мэдрэмж үүсэх, мөн тамхи татах, спиртийн төрлийн зүйл, ундаа, жүүс зэргийг хэрэглэсний дараа залгиур, ам руу халуу оргиж, хүчил амтагдах зовуурийг хэлнэ.

Улаан хоолойн бус зовуурь:

- Хоолой сөөх – ходоодны шүүрлийн агууламжаар дууны хөвч цочирсны улмаас ихэвчлэн өглөөд үүснэ.
- Хуурай ханиалгах эсвэл шуугиант амьсгал – улаан хоолойн доод хэсгийн байнгын цочролын улмаас вагус мэдрэлийн хариу үйлдэл буюу амьсгалын гуурсан хоолой агших, мөн ходоодны агууламжаар гуурсан хоолой бөглөрөх зэргээс астмын шинж илэрнэ.
- Цээжээр өвдөх – ХУХСӨ нь зүрхний бус гаралтай цээжний өвдөлтийн түгээмэл шалтгаан $\approx 50\%$ болно
- *Эмийн асуумж* – ХБЗ-ын өвчний зовуурь үүсгэдэг эм хэрэглэдэг эсэх:
 - Дааврын бус үрэвслийн эсрэг эмүүд, төмөр, кали ба фторхинолин, бифосфонатууд, тетрациклин
 - Антихолинергик эм, альфа-адренергийн хориглогч, тайвшруулах эмүүд
 - В2 – адренергийн хориглогч, кальцийн сувгийн хориглогч, бензодиазепин, допамин
 - Эстроген, опойд өвчин намдаах эмүүд, нитратууд, прогестрон, простагландинууд, теофиллин
 - Гурван цагирагт сэтгэл гутралын эсрэг эмүүд
 - Хими эмчилгээ г.м
- *Хооллолтын байдал:*
 - Хоолны хэмжээ, хооллох цаг, хоолны нэмэлт бүтээгдхүүнүүд
 - Архи, тамхи, хийжүүлсэн ундаа, кофеин, халуун ногоотой хоол, шоколад, гаа хэтрүүлэн хэрэглэдэг эсэх
 - Илүүдэл жинтэй эсэх
 - Эсгэг, нүүрс ус агуулсан бүтээгдэхүүн хэрэглэдэг эсэх

В.5.2.2. Бодит үзлэг

Бодит үзлэгээр бие махбодид өвөрмөц, тодорхой шинж тэмдэг илрэхгүй, гэвч бусад эрхтэн тогтолцооны хавсарсан шинж тэмдэг, өөрчлөлтийг анхаарна.

- Бэлхүүсний тойрог, биеийн жин, БЖИ-ийн ихсэлт
- Склеродерми өвчний шинж тэмдгүүд, захын судасны өөрчлөлттэй хавсарсан эсэх
- Уушгины багтраа, зүрхний эмгэг, хорт хавдар зэрэг бусад эрхтэн тогтолцооны бусад шинж тэмдгүүд байгаа эсэх:
 - Цус багадалт, турах
 - Ам залгиур: шархлаа, мөөгөнцөр, улайлт, үүсгэвэр, хэл, буйлны шархлаа, шүдний цооролт
 - Хүзүү: тунгалгийн булчирхайн томролт ба үүсгэвэр байгаа эсэх
 - Уушги: хэржигнүүр, шажигнуур
 - Чих: сонсгол муудалт, дунд чихний үрэвсэл
 - Хэвлийд үүсгэвэр, булчин чангарал байгаа эсэх
 - Удамшлын асуумжаар, үзлэгээр хорт хавдрын сэжигтэй тохиолдолд нэмэлт шинжилгээ хийж онош тодруулах

В.5.2.3- 4. Лабораторийн шинжилгээ ба багажийн шинжилгээ

- *24 цагийн рН-метрийн шинжилгээ*

рН-метрийн шинжилгээ нь улаан хоолой, ходооды хүчиллэгийг 24 цагийн турш хэмжиж, эдгээр эрхтний шүүрэл ба хөдөлгөөний үйл ажиллагааг үнэлэн, ходоодны хүчил зохицуулах эмийн тунг хувь хүнд тохируулан сонгох, орчны рН хоногийн хэмнэлийн зүй тогтлыг тогтоох үйл оношийн шинжилгээ юм. Мөн ходоод, улаан хоолойн сөргөөт урсгалын тохиолдол, үргэлжлэх хугацаа, давтамжийг тогтооно. 24 цагийн рН-метрийн шинжилгээ ходоод, улаан хоолойн сөргөөний байдалд тоо ба чанарын үнэлгээг өгөх 96%-ын өвөрмөц чанартай арга юм. 3-5 электрод бүхий рН метрийн гуурсыг хамрын хөндийгөөр оруулж залгиулан хамарт бэхлэн, гуурсны нөгөө үзүүрийг ацидометртэй холбоно. Гуурсыг улаан хоолойн өөрчлөлт бүхий тодорхой хэсгүүдэд ба ходоодонд байрлуулан хэмжилт хийдэг ба улаан хоолойн рН 4-с багасч, хүчиллэг болох нь хоногт 1 цагаас удаан хугацаагаар илрэх, 1 удаа илрэх сөргөө нь 5 минутаас илүү хугацаагаар үргэлжлэх нь эмгэг сөргөө байгааг илтгэнэ. Ходоодны шүүрлийн үйл ажиллагааг үнэлэхэд ходоодны өлөн үеийн шүүрлийн байдал, шүлтжих чадвар, хүчиллэг шүүрлийн хоногийн хэмжээ, цаг тутмын рН хэлбэлзэлтэй харьцуулан дүгнэх нь оношийн ач холбогдолтой.

- *ХБДЗ-ын дурангийн шинжилгээ*

Уян дурангийн шинжилгээгээр ХУХСӨ-ий улаан хоолойн салстын өөрчлөлт, шалбархай, шарх үүссэн үе шат, хүндрэлийн зэргийг (эзофагит, Барреттын улаан хоолой, нарийсал) илрүүлэхийн зэрэгцээ эс, эдийн шинжилгээг авах бололцоо олгодгоороо давуу талтай боловч тусгай нарийн мэргэжлийн боловсон хүчин шаарддаг, инвазив арга юм.

Дурангийн шинжилгээнд илэрсэн улаан хоолойн өөрчлөлтийг Лос-Анжелесын ангиллын дагуу оношийг тавина.

- **Лос-Анжелесын ангилал**

N зэрэг: Улаан хоолойн салст бүрхүүл хэвийн

M зэрэг: УХ бага зэргийн цайвар өнгөтэй

A зэрэг: УХ-н доод хэсэгт 5 мм хүртэл хэмжээтэй жижиг шалбархай нэг ба хоёр хананд үүсэх

B зэрэг: УХ-н доод хэсэгт 5 мм-ээс их хэмжээтэй шалбархай нэг ба хоёр хананд үүсэх

С зэрэг: шалбархайнууд хоорондоо нийлж УХ-н доод хэсгийн гадаргуугийн 75% хүртэл талбайг хамрах

Д зэрэг: шалбархай, шархлаа нь УХ-н доод хэсгийн гадаргуугийн 75%-аас их талбайг эзлэх, шарх, цус алдалт, сорвижил, нарийсал, эд эсийн хувирал үүсч хүндрэх

- **Улаан хоолойн манометр**

Улаан хоолойн манометр нь улаан хоолойн дунд ба доод хуниасны агшилт, даралтыг хэмждэг шинжилгээ юм. Түүнчлэн улаан хоолойн хөдөлгөөний үйл ажиллагаа, ходоод, улаан хоолойн хуниасны үйл ажиллагаа, хөдөлгөөнд үнэлэлт өгөхөөс гадна эмэнд тэсвэртэй ХУХСӨ-ий шалтгааныг тогтоох заалтаар хийгдэнэ. Мөн 24 цагийн рН-метрийн шинжилгээний үед гуурсыг зөв байрлуулахад ашигладаг. Хийх аргачлал нь: өвчнийг өлөн байлгах ба суугаа байрлалд даралт мэдрэгч гуурсыг хамрын хөндийгөөр оруулан залгиулсны дараа хажуу талаар нь хэвтүүлэн хамарт гуурсыг бэхлэнэ. Улаан хоолойн дээд хуниаснаас (UES) эхлэн доод хуниас (LES) хүртэл гуурсыг оруулсны дараа ус залгиулан залгилтын өмнөх, залгилтын дараах улаан хоолойн хуниасны даралтыг хэмжинэ.

- **ХУХСӨ-ний дүрс оношилгоо**

ХУХСӨ-ийг радиографийн шинжилгээгээр оношлоход хангалтгүй байдаг хэдий ч уушгины талын зовуурь илэрсэн үед оношилгооны ач холбогдолтой. Цээжний дүрслэл зурагт том хэмжээний өрцний ивэрхий харагдах боловч жижиг хэмжээний ивэрхий оношлогдохгүй үлдэж болох талтай. Хоол боловсруулах дээд замын тодосгогч бодистой гэрлийн шинжилгээг эхний шатанд төлөвлөнө. Улаан хоолойн үрэвсэл, хавдрын зураглалыг давхар тодосгогч бодистой гэрлийн шинжилгээ илүү тод харуулдаг бол дан тодосгогч бодистой гэрлийн шинжилгээгээр өрцний ивэрхий, нарийсал, улаан хоолойн Щатцкийн бөгжин эмгэг зэрэг бүтцийн эмгэгийг илрүүлнэ.

В.5.2.5. Оношилгооны шалгуур

2015 онд Америкийн Гастроэнтерологийн холбооноос (AGA) гаргасан эмнэлзүйн зааврын дагуу ХУХСӨ-ний оношилгооны шалгуурыг олон улсад ба манай улсад баримталж байна.

1. ХУХСӨ-ий өвөрмөц шинж тэмдэг болох цээж хорсолт илэрсэн тохиолдолд урьдчилсан оношийг тавьж, протоны шахуургыг хориглогч эмийг уулгана.
2. ХУХСӨ-ий зовуурь нь ходоодны биж шинжтэй хавсарч илэрсэн тохиолдолд ПШХ эмийн эмчилгээний өмнө хавсарсан *H.Pylori* –ийн халдварыг үгүйсгэх оношилгоог хийнэ.¹⁵
3. Хэрэв өвчтөнд ХУХСӨ-ий зовуурь нь зүрхний бус гаралтай цээжээр өвдөх шинжтэй хамт илэрч байгаа тохиолдолд эмчилгээг эхлэхийн өмнө заавал бусад шинжилгээгээр хавсарсан өвчнийг тодруулна. Зүрхний шалтгаант эмгэгийг үгүйсгэсэн бол дараагийн шатны шинжилгээг төлөвлөнө. Бари буюу тодосгогч бодис уулган рентгенд харах шинжилгээг ХУХСӨ-ий үед хийх заалтгүй.
4. ХУХСӨ-ий өвөрмөц шинж тэмдэгтэй өвчтөнд ходоод, улаан хоолойн дурангийн шинжилгээг хийх шаардлагагүй бөгөөд харин өвчтөнд сэрүүлэг шинж тэмдэг илэрсэн тохиолдолд хүндрэлийг илрүүлэх зорилгоор заавал дурангийн шинжилгээ хийх шаардлагатай. Барреттын улаан хоолойн эмгэг өөрчлөлт илрээгүй тохиолдолд давтан дурангийн шинжилгээ хийх шаардлагагүй.

5. ХУХСӨ-ий өвөрмөц оношилгоонд эс, эдийн шинжилгээ хийхийг зөвлөдөггүй. Улаан хоолойн манометрийн шинжилгээг мэс заслын өмнөх үеийн оношилгоонд ашиглах боловч ХУХСӨ-нийг оношлоход хэрэглэхгүй.

6. Протоны шахуургыг хориглогч эмийн эмчилгээ үр дүнгүй тохиолдолд дуранд суурилсан юмуу эсвэл мэс засал эмчилгээ хийхээр төлөвлөгдөж байгаа өвчтнүүдэд улаан хоолойн манометрийн шинжилгээг хийх заалттай. Уг шинжилгээгээр сөргөө үүсэлт ба шинж тэмдгийн хамаарлыг тогтооно.

7. Барреттын улаан хоолойн урт, богино шархлаа үүссэн тохиолдолд улаан хоолойн 24 цагийн рН метрийн хяналтын шинжилгээг, мөн ХУХСӨ-тэй өвчтнүүдэд *H.pylori*-ийн халдварыг илрүүлэх скрининг шинжилгээг заавал хийх шаардлагагүй.

В.5.2.6. Ялган оношилгоо

- Ходоод, дээд гэдэсний шархлаа өвчин
- Ходоод, дээд гэдэсний хавдар
- Үйл ажиллагааны цээж хорсолт – хүчил дарангуйлах эмчилгээ, рН мониторинг, эмчилгээний эмнэлзүйн хариу урвалд суурилсан үйл ажиллагааны цээж хорсолт
- Щатскийн бөгж хэлбэрийн нарийсал үүсэх
- Кардийн ахалази
- Улаан хоолойн их биеийн үйл ажиллагааны эмгэгүүд – склеродерми, улаан хоолойн тархмал агчилт
- Эозинофилийн эзофагит
- Халдвар – мөөгөнцөр, херпес вирусийн шалтгаант г.м
- Пиллийн эзофагит
- Зүрхний эмгэг – зүрхний ишеми өвчин, перикардын эмгэг
- Улаан хоолойн цүлхэн
- Улаан хоолойн өмөн
- Цээжний хэнхэрцгийн бусад эмгэгүүд

В.5.2.7. Байнгын тэсвэрт ХУХСӨ (Refractory GERD)

ПШХ эмийг стандарт тунгаар 8 долоо хоногоос дээш хэрэглэсэн өвчтөнд сөргөөний зовуурь хэвээр байгаа тохиолдолд байнгын тэсвэрт (рефрактор) ХУХСӨ гэнэ. Сөргөөний зовуурь ажиллаж байх үед, унтаж байх үед тогтмол илэрч өвчтний амьдралын чанарыг бууруулдаг.

Тэсвэрт ХУХСӨ-ний үндсэн шалтгаан нь:

1. Ходоодны шүүрэл бууруулах хүчин зүйлийн дутагдал
2. Хүчил бага эсвэл хүчилгүй сөргөө
3. ХУХСӨ-ний бус шалтгаан
4. Сөргөөнд мэдрэг байдал

Мөн сөргөөний ба сөргөөний бус шалтгаантай байна.

Сөргөөний шалтгаанд :

- Хүчил бага сөргөө
- Хүчилгүй сөргөө – хөдөлгөөн алдагдах, эозинофилийн эзофагит, үйл ажиллагааны цээж хорсолт, гэдэс цочрох хамшинж, хэвлийн гялтангийн хэт мэдрэмтгий байдал

Хүснэгт 4. Оношилгоо:

ХУХСӨ-ний бус шалгаан	Ходоодны сулрах явц удаашрах (ихэнхдээ) Хөдөлгөөний алдагдал: ахалази (ихэнхдээ) Үйл ажиллагааны (ихэнх): сөргөөний тархалт бага, шинж тэмдэггүй Агаар залгих (ховор) Бохь зажлах (ховор) Эзинофилийн эзофагит (дисфаги илэрсэн үед)
Хүчил бага/ хүчилгүй сөргөө	Механик өөрчлөлтийн (том хэмжээний өрцний ивэрхий) улмаас хүчил дарангуйлагдаж үүсэх
Ходоодны шүүрэл бууруулах хүчин зүйлийн дутагдал	Зохицуулалт (ихэнхдээ) Золлингер-Эллисоны хам шинж (ховор) ПШХ эмэнд тэсвэртэй болох (ховор)
Сөргөөнд мэдрэг байдал	Улаан хоолойн сөргөөний өөрчлөлт багатай, гэвч шинж тэмдэг арилахгүй байгаа тохиолдолд хэвлийн гялтангийн хэт мэдрэгшил байж болох

Эмчилгээ: Байнгын тэсвэрт ХУХСӨ үед ПШХ эмийн эмчилгээний тунг ихэсгэх ба эмийг солих байдлаар хийнэ. ПШХ дээр H2RG, алгинатуудыг хавсарч хэрэглэнэ. Эзомепразол эмийг бусад ПШХ /лансопразол, омепразол, пантопразол /эмтэй хавсран хэрэглэснээр сөргөөт өвчний зовуурийг багасгаж, эдгэрэлтийг түргэсгэдэг гэсэн мета-анализийн судалгаанууд байна.

Ялангуяа эзомепразол 40мг, омепразол 20мг хавсран хэрэглэсэн нь бусад ПШХ-аас илүү үр дүнтэй байсан байна. 2016 онд гарсан AGA ба APC зөвлөмжөөр лансопразолын энантиомер буюу хоёрлосон үйлчилгээтэй ходоодны хүчилд тэсвэртэй бүрээстэй декслансапразол эмийг зөвлөж байна. Энэ эм нь сийвэнд 2 үе шаттай ялгарч, удаан хугацаагаар үйлчилгээ үзүүлэн, хүчлийг дарангуйлдаг учраас дунд ба хүнд хэлбэрийн ХУХСӨ-ий үед хэрэглэх нь илүү тохиромжтой.

Мозаприд, итоприд ба домперидоныг хөдөлгөөний алдагдлаас үүссэн сөргөөт өөрчлөлтөнд, ялангуяа мозапридийг ПШХ-тай хавсран хэрэглэхэд илүү үр дүнтэй. Харин итоприд, лансопразол эмүүдийг хавсарч хэрэглэхэд сөргөөний өвөрмөц зовуурь бүхий өвчинд илэрсэн шинж тэмдгийг сайн бууруулж, шархлааны эдгэрэлтийг сайжруулна.

Шөнийн сөргөө буюу унтаж байх үеийн хүчил ихсэлтэнд H2RA үр дүнтэй боловч урт хугацаагаар хэрэглэхэд гаж нөлөө ихтэй тул богино хугацаагаар хэрэглэнэ.

Гамма амин тосны хүчлийн (GABA) агонист хэрэглэх ба баклофен нь босоо үеийн сөргөөний давтамж ба 24 цагийн pH түвшинг бууруулна.

Мэс заслын эмчилгээ: Фундопликаци²⁸ мэс засал

В.5.3. Эмчилгээ

В.5.3.1. Эмийн бус эмчилгээ:

Дэглэм:

- Хүнд хөдөлмөр ялангуяа хэвлийд ачаалал өгөх ажил хийхгүй байх

- Хангалттай унтаж амрах (8 цагаас багагүй), оюуны хэт ачаалал авахгүй байх
- Хоол идсэний дараа шууд хэвтэхгүй байх
- Нуруунаас 45 хэмд толгойг өндөрлөсөн дэртэй унтах

Идээ ундааны дэглэм:

- Өдөрт 4-5 удаа бага хэмжээгээр сайтар зажилж удаан тайван идэх
- Хэт хүйтэн эсвэл хэт халуун хоол, ундаа хэрэглэхгүй байх
- Архи тамхи, пиво зэргийг хэрэглэдэг хорт зуршилгүй байх
- Шоколад, улаан лоолийн шүүс, цитрус агуулсан шүүс, сонгино, халуун ногоо, гаа, илчлэг ихтэй мах, махан бүтээгдэхүүнийг хэрэглэхгүй байх

В.5.3.2. Эмийн эмчилгээ

Амьдралын хэв маягийг өөрчилсөн ч гэсэн ХУХСӨ-ий зовуурь илэрч буй өвчтөнд эмийн эмчилгээг санал болгоно.

5.3.2.1 Протоны шахуургын хориглогч эм

Худалдааны нэршил: омепразол, эзомепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол.

Үйлдэл: ПШХ эмүүд нь париетал эс дээрх H^+,K^+ -АТРаза протоны шахуургыг хориглосноор ходоодны хүчлийн шүүрэлтийг бууруулдаг. ПШХ эмүүд нь идэвхтэй эмийн урьдал хэлбэрүүд бөгөөд хүчлээр идэвхжисний дараа протоны шахуургыг хориглодог. Гэвч эдгээр ПШХ эмүүд нь хүчилд тогтворгүй нэгдэл тул амаар уусны дараа ходоодны хүчлээс хамгаалагдсан байх ёстой. ПШХ нь амаар хэрэглэсний дараа сайн шимэгддэг ба сийвэн дэх хамгийн өндөр үйлчлэх тунд 2-5 цагийн дараа хүрнэ. Сийвэн дэх хагас задралын хугацаа богино (ойролцоогоор 2 цаг) хэдий ч хүчил дарангуйлах хугацаа урт байдаг (24 цаг хүртэл), учир нь H^+,K^+ -АТРаза идэвхтэй метаболит нь ковалент холбоогоор холбогддог. Богино хугацааны ажиглалтын судалгаагаар ПШХ эмийн тэвчил үүсээгүй байна.

Тун: Биж шинж ба ходоод улаан хоолойн сөргөө өвчний үед насанд хүрэгчдэд анхан шатны эмчилгээнд ПШХ хэрэглэх тунгийн менежмент

Хүснэгт 5. Анхан шатны эмчилгээнд ПШХ хэрэглэх тун

ПШХ	Стандарт тун	Барих тун /бага тун/	Давхар тун /өндөр тун/
Омепразол	20 мг өдөрт 1 удаа	10 мг өдөрт 1 удаа	40 мг өдөрт 1 удаа
Лансопразол	30 мг өдөрт 1 удаа	15 мг өдөрт 1 удаа	30 мг өдөрт 2 удаа
Эзомепразол	20 мг өдөрт 1 удаа	хэрэглэхгүй	40 мг өдөрт 2 удаа
Пантопразол	40 мг өдөрт 1 удаа	20 мг өдөрт 1 удаа	40 мг өдөрт 2 удаа
Рабепразол	20 мг өдөрт 1 удаа	10 мг өдөрт 1 удаа	20 мг өдөрт 2 удаа
Илапразол	10 мг өдөрт 1 удаа	5 мг өдөрт 1 удаа	10 мг өдөрт 1 удаа

Хүснэгт 6. ХУХСӨ-ний хүнд хэлбэрийн шархлаат эзофагитийн үед ПШХ хэрэглэх тун

ПШХ	Стандарт тун	Барих тун /бага тун/	давхар тун /өндөр тун/
Омепразол	40 мг өдөрт 1 удаа	20 мг өдөрт 1 удаа	40 мг өдөрт 1 удаа
Ланзопразол	30 мг өдөрт 1 удаа	15 мг өдөрт 1 удаа	30 мг өдөрт 2 удаа
Эзомепразол	40 мг өдөрт 1 удаа	20 мг өдөрт 1 удаа	40 мг өдөрт 2 удаа
Пантопразол	40 мг өдөрт 1 удаа	20 мг өдөрт 1 удаа	40 мг өдөрт 2 удаа
Рабепразол	20 мг өдөрт 1 удаа	10 мг өдөрт 1 удаа	20 мг өдөрт 2 удаа
Илапразол	10 мг өдөрт 1 удаа	5 мг өдөрт 1 удаа	10 мг өдөрт 1 удаа

Хүснэгт 7. Шархлаат ХУХСӨ –ний үед хэрэглэх тун, хугацаа:

	Тун	Хугацаа
ХУХСӨ бүхий шархлаат эзофагитийн богино хугацааны эмчилгээнд		
Насанд хүрэгсэд	40 мг	Өдөрт 1 удаа 8 долоо хоног
Хүүхэд (5 нас, түүнээс дээш)		
≥ 15 кг–аас < 40 кг	20 мг	Өдөрт 1 удаа 8 долоо хоног
≥ 40 кг	40 мг	
Шархлаат эзофагитийн эдгэрэлийн үеийн барих эмчилгээнд		
Насанд хүрэгсэд	40 мг	Өдөрт 1 удаа
Золлингер – Эллисон хам шинжийн үеийн эмчилгээнд		
Насанд хүрэгсэд	40 мг	Өдөрт 2 удаа

ПШХ хэдийд уух вэ? Эмчийн зааврын дагуу хоногт уух тунг тухайн хувь хүнд өвчний хөнгөн, хүндийн зэргээс шалтгаалан тохируулна.

Хоолноос 15-30 минутын өмнө бүтнээр нь залгиж, багахан усаар даруулан ууна. Оройд шүүрэл ихсэх зовуурь илэрдэг бол өглөө хоолны өмнө, шөнө дунд шүүрэл ихэсдэг бол өдөр хоолны өмнө уулгана.

5.3.2.2 H2RA- гистамин 2 рецепторын антагонист

Квамател 20мг, 40мг, 20мг/5мл; Фамултран 20мг; Фамотидин 20мг, 40мг

Эдгээр эмүүд нь богино хугацаанд хүчил дарангуйлах үйлдэлтэй, ялангуяа шөнийн сөргөөнд илүү үр дүнтэй, хурц зовуурийг хурдан хугацаанд багасгадаг боловч хагас задралын хугацаа богино учраас цусан дахь төвшрүүлэг нь хурдан буурдаг, гаж нөлөө ихтэй, эмийн нийцэл бага тул хэрэглээ хязгаарлагдмал байна

5.3.2.3 Алгинатад суурилсан бүрхээх бэлдмэл, антацид - шингээх ба

бүрхээх үйлдэлтэй бөгөөд ходоодны салст бүрхүүлийг гэмтээгч хүчин зүйлүүдийн нөлөөг багасгана.

Гавискон, ренни, маалокс, фосфолюгель, тригель, алмагел /найрлага: кальцийн карбонат, магнийн гидроксид, хөнгөнцагааны гидроксид, натрийн бикарбонат /

Алгинатад суурилсан дээрх бэлдмэлүүд нь гелэн бүтэцтэй бөгөөд чөлөөт давсны хүчлийг саармагжуулж, ходоодны салстыг бүрхээж, пепсин, цөсний хүчил зэргийг өөртөө шингээснээр улаан хоолой руу сөргөж орохыг багасгаж, хүчилд салстыг гэмтэх нөлөөг бууруулна. ХУХСӨ-ий үед нэмэлт болгон хэрэглэж болно.

5.3.2.4 Цитопротектор эмийн бэлдмэл

- Сукралфат - ходоодны хүчиллэгийг саармагжуулах, пепсиний шүүрлийг дарангуйлахаас гадна шингээн бүрхээх үйлдэл үзүүлнэ. Хүчиллэг орчинд өтгөн цавуулаг бодис үүсгэх ба эрүүл салст бүрхүүлтэй харилцан үйлчлэл бага үүсгэнэ. Улаан хоолой, ходоод, дээд гэдэсний шархлааны гадаргууг ойролцоогоор 6 цаг бүрхэж хамгаална. Өөрөөр хэлбэр шархлааны үхэжсэн эдийн уурагтай харилцан үйлчилж өнгөр буюу хамгаалах давхар үүсгэнэ.

5.3.2.5 TLESR буюу улаан хоолойн цагираг булчингийн сулралын эсрэг бэлдмэл (колмифен, баклофен, арбаклофен)

Колмифен 10мг (Баклофен) Төв мэдрэлийн тогтолцооны нейротрансмиттерын дамжуулалтанд хориг үүсгэдэг ба GABA буюу гамма амин тосны хүчлийн агонист бэлдмэл юм. Баклофен 10мг тунгаар өдөрт 4 удаа уухад улаан хоолой дахь сөргөөний хүчлийн хэмжээг маш үр дүнтэй бууруулдаг бөгөөд ходоод сулрах үйл ажиллагаанд нөлөөлдөггүй.²⁷

5.3.2.6 Хөдөлгөөн зохицуулах эм буюу прокинетик эмүүд

- Метоклопрамид, мозадрид, итоприд
- СYP3A4 хориглогч: Домперидон

Хөдөлгөөн зохицуулах эмийн зөвлөмж:

- Ходоод, улаан хоолойн зовуурийг багасгаж болох боловч эмнэлзүйн хэрэглээнд хэд хэдэн эмүүд эмнэлзүйн туршилт судалгаагаар хязгаарлагдмал үр дүн гарсан.
- Метоклопрамид ба домперидон нь зүрхний QT интервалыг уртасгаж, амь насанд эрсдэлтэй хэм алдагдал, зүрхний гэнэтийн зогсолтонд хүргэдэг тул өндөр настай өвчтөнд хэрэглэхийг зөвлөхгүй байна.
- 2014 онд хийгдсэн судлаач Кумарын “ХУХСӨ-д Итоприд ба Домперидонийн харьцуулсан үр дүн” судалгаагаар итоприд гидрохлоридыг рабепразолтой хавсарч хэрэглэх нь домперидон ба рабепразолын хослолоос илүү үр дүнтэй байгаа нь батлагдсан байна.

- Мозаприд нь үр дүн болоод хүртээмжийн хувьд хязгаарлагдмал байна. (**Анхааруулга:** Европийн эмийн хорооны 2014/236425 тоот зөвлөмжөөр домперидон агуулсан бэлдмэлийг хэд хэдэн шалтгааны улмаас хэрэглэхээс татгалзахыг зөвлөжээ. Домперидон агуулсан бэлдмэлийг дотор муухайрах болон бөөлжих зовуурь илэрсэн тохиолдолд л хэрэглэх бөгөөд хүүхдэд хэрэглэхдээ биеийн жинд бодож хэрэглэх ба тарилгын хэлбэрийг 1985 онд QT интервалыг уртасгаж, зүрхний цахилгаан дамжуулалтыг удаашруулснаар гэнэт зүрх зогсох, амь насанд аюултай хэм алдагдал үүсдэг гаж нөлөөнөөс үүдэлтэйгээр эмчилгээнээс хассан байна. Метоклопрамид ба домперидон эмийг дотор муухайрах болон бөөлжих шинж тэмдгийн үед 7 хоног хүртэлх хугацаагаар өдөрт 3 удаа 10мг-аас ихгүй тунгаар 35кг-аас дээш жинтэй хүнд уух, шулуун гэдсээр 30 мг тунгаар өдөрт 2 удаа хэрэглэх ба хүүхдэд эсвэл 35кг-аас доош жинтэй хүнд 0.25мг/кг тунгаар өдөрт 3 удаа хүртэл удаа уухыг зөвшөөрсөн байна. Харин шингэн эмийг биеийн жинд бодож уух ба тус эмийг 1 долоо хоногоос илүүгээр хэрэглэхгүй. Домперидоныг үр дүнтэй хамгийн бага тунгаар, хамгийн богино хугацаанд хэрэглэх ба 7 хоногоос илүү хэрэглэхгүй.

В.5.3.3 Мэс заслын эмчилгээ

Заалт:

- Шархлаанаас олон удаа цус алдах
- Сорогдлын хатгалгаа (аспирацийн хатгалгаа)
- Өрцний том ивэрхий
- Улаан хоолойн нарийсал үүсэх
- Удаан хугацааны эмийн эмчилгээнд үр дүнгүй, эмийн гаж нөлөө өгсөн үед
- Эмийн эмчилгээнээс өвчтөн татгалзсан үед

ХУХСӨ-ий үед голлон доорх 2 мэс ажилбар хийгдэнэ.

Үүнд :

1. Дурангаар хийгддэг фундопликаци мэс ажилбар - ХУХСӨ-ний үед хийгддэг хамгийн түгээмэл ажилбар.

Фундопликаци нь ходоодны дээд хэсгээр улаан хоолойн доод хэсгийг ороож улаан хоолойн хуниасыг чангалах мэс заслын ажилбар юм. Том хэмжээний өрцний ивэрхийтэй үед ходоодны хэсгийг өрцнөөс доогуур хэвийн байдалд оруулан, дахин өрцнөөс дээш гарахаас сэргийлнэ.



Зураг 1. Ниссены фундопликаци хагалгааны өмнөх ба дараах байдал

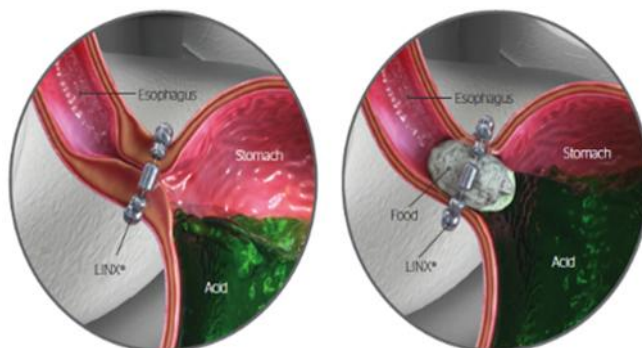
Энэхүү мэс заслын эмчилгээ нь ходоодны фундус хэсгээр улаан хоолойн доод хэсгийг ороож оёх хагалгаа бөгөөд урт хугацааны эмийн эмчилгээний үр дүнгүй үед, улаан хоолойн доод хэсгийн хунигч булчин суларсан тохиолдолд хийгддэг дурангийн ажилбар юм. Хагалгаа хийгдэх хугацаа ойролцоогоор 60-90 минут бөгөөд дурангийн аргаар хийгдэх давуу тал нь том хэмжээний шарх үүсэхгүй, тухайн хүний биед 1см орчим хэмжээний 5 зүслэг хийгддэг байна.

2. Линкс /Linx TM/ цагираг байрлуулах ажилбар

Линкс цагираг нь сүүлийн үед нэвтрээд буй ХУХСӨ-ий үеийн хагалгааны шинэ технологи юм. Энэ нь титанаар хийгдсэн жижиг соронзон цагираг бөгөөд хоорондоо утсаар холбогдож бөгж хэлбэрийг үүсгэсэн байдаг. Энэхүү цагирагийг улаан хоолойн доод хэсэгт дурангаар байрлуулснаар улаан хоолойн доод хэсгийн булчинг агшихад туслаж, ходоод улаан хоолойн сөөргөө үүсгэдэггүй байна.



Зураг 2. Линкс цагираг



Зураг 3. Линкс цагираг улаан хоолойд тавигдах байдал



Зураг 4. Линкс цагираг- рентгенд харагдах байдал.

Линкс цагирагийг улаан хоолойн доод хэсэгт дурангаар байрлуулах бөгөөд энэ нь улаан хоолойн цагираг булчингийн хэвийн үйл ажиллагааг дэмжиж өгөх үүрэгтэй.

В.5.3.4 Жирэмсний ХУХСӨ-ий эмчилгээ:

Жирэмсний шинж тэмдэг нь энгийн хүний шинж тэмдэгтэй ижил байдаг боловч жирэмслэлт үргэлжлэх тутам улам хүндэрдэг онцлогтой. Энэ нь физиологийн хэд хэдэн онцлогтой байх ба дараах хүчин зүйлүүдээс үүдэлтэй улам нэмэгдэх хандлагатай байдаг. Үүнд:

- Жирэмслэхийн өмнөх цээж хорсох зовуурь
- Жирэмсний хугацаа
- Эхийн нас гэх зэрэг олон хүчин зүйлээс хамаардаг байна.

Жирэмсэн үеийн эмчилгээ:

Эмчилгээний санал	Зөвлөмж
Хоол дэглэм, амьдралын хэв маягаа өөрчлөх	Ойрхон (2-3 цаг тутам) бага хэмжээтэй хооллох Унтахаас 3 цагийн өмнө хооллосон байх Цээж өндөрлөж унтах
↓ зовуурь хэвээр	
Антацид эсвэл сукральфат	Магни трисиликатыг өндөр тунгаар болон урт хугацаанд хэрэглэхгүй байх Натрийн бикарбонат уухгүй байх
↓ зовуурь хэвээр	
H ₂ -рецепторын антагонист	Ранитидин хэрэглэх: FDA категор В Фамотидин (Квамател 20мг, 40мг, 20мг/5мл; Фамултран 20мг; Фамоцид 20мг, 40мг) хэрэглэх: FDA категор В Бусад H ₂ -рецепторын антагонистын хувьд мэдээлэл хязгаарлагдмал
↓ зовуурь хэвээр	
Протоны шахуургын хориглогч	Омепразол хэрэглэх: FDA категор С Бусад ПШХ-ын хувьд мэдээлэл хязгаарлагдмал

В.5.3.5 Хяналт:

Амбулаториор үйлчлүүлэгчид ба анхан шатны эмийн эмчилгээ Лос-Анжелесын ангиллаар А, В зэргийн үед дундажаар 4 долоо хоног, С, D зэргийн үед 8 долоо хоног үргэлжилнэ.

В.5.3.6 Хяналт ба үнэлгээ

Эмийн эмчилгээ бүрийн дараа хяналтын багажийн шинжилгээ ба нэмэлт шинжилгээнүүд хийж өвчтний өвчний явцыг хянана.

ГАРЧИГ

А.ЕРӨНХИЙ ШААРДЛАГА

А.1. Онош: Ходоод улаан хоолойн сөргөө өвчин

А.2. Өвчний код: ICD10

K21.0 Ходоод, улаан хоолойн сөргөө өвчин (Улаан хоолойн үрэвсэлтэй)

K21.9 Ходоод, улаан хоолойн сөргөө өвчин (Улаан хоолойн үрэвсэлгүй)

А.3. Зааврын хэрэглэгчид.

А.4. Зааврын зорилго, зорилт

А.5. Зааварт ашигласан нэр томъёо, тодорхойлолт, эх сурвалж

А.6. Тархвар зүйн мэдээлэл:

A.6.1. Үндсэн ойлголт

A.6.2. Эмгэг жам.

A.6.3 Өвчний тавилан

Б.ОНОШИЛГОО, ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ДЭС ДАРААЛАЛ (АЛГОРИТМ)

Б.1. Урьдчилан сэргийлэх эрт илрүүлгийг хэрэгжүүлэх хүрээ

Б.2. Лабораторийн шинжилгээний хариу өөрчлөлттэй гарсан үеийн алгоритм

Б.3. Багажийн шинжилгээний хариу өөрчлөлттэй гарсан үеийн алгоритм

Б.4. Эмчилгээний алгоритм: Зааврын эмчилгээ хэсэгт

Б.5. Үйлчлүүлэгчийг дараагийн шатны эмчид илгээх зарчим

В.ҮЙЛДЛИЙН ТОДОРХОЙЛОЛТ, АРГАЧЛАЛ

В.1. Өвчний олон улсын 10-р ангилал - ICD10

В.2. Эрсдэлт хүчин зүйл

В.3. Эрүүл мэндийн боловсрол

В.4. Эрт илрүүлгэ

V.4.1. Эрүүл мэндийн анхан шатны ба лавлагаа тусламж, үйлчилгээ бүрт эрт илрүүлгэ зохион байгуулах

V.4.2. Зорилтот бүлэг

V.4.3. Эрт илрүүлгийн өмнөх зөвлөгөө

В.5. Эмгэг онош батлагдсан үеийн оношилгоо, эмчилгээ

В.5.1. Зовуурь, эмнэлзүйн шинж

В.5.2 Ерөнхий ба бодит үзлэг, багажийн шинжилгээ

V.5.2.1. Ярилцлага, асуумж (Анамнез)

V.5.2.2. Бодит үзлэг

V.5.2.3-4.Лабораторийн шинжилгээ ба багажийн шинжилгээ

V.5.2.5. Оношилгооны шалгуур

V.5.2.6. Ялган оношилгоо

V.5.2.7. Байнгын тэсвэрт ХУХСӨ

В.5.3. Эмчилгээ

V.5.3.1. Эмийн бус эмчилгээ

V.5.3.2. Эмийн эмчилгээ

V.5.3.3. Мэс заслын эмчилгээ

V.5.3.4. Жирэмсний ХУХСӨ-ний эмчилгээ

V.5.3.5. Хяналт

V.5.3.6. Хяналт ба үнэлгээ

Товчилсон үгийн жагсаалт

Ном зүй

ТОВЧИЛСОН ҮГСИЙН ЖАГСААЛТ

БЖИ	Биеийн жингийн индекс
БУХ	Барретын улаан хоолой
ПГУ	Полимеразийн гинжин урвал
ПШХ	Протоны шахуургыг хориглогч
ХБЗ	Хоол боловсруулах зам
ХБДЗ	Хоол боловсруулах дээд зам
ХБЭТ	Хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцоо
ХБЭЭ	Хоол боловсруулах эрхтний эмгэг
ХУХСӨ	Ходоод Улаан Хоолойн Сөргөө Өвчин
УХ	Улаан хоолой
СЭ	Сөргөөт эзофагит
ЭГДС	Эзофагогастродуоденоскопи
H ⁺ ,K ⁺ -АТРаза	H ⁺ ,K ⁺ - аденозинтрифосфатаза
<i>H.Pylori</i>	<i>H.Pylori</i>
Linx TM	Соронзон титан цагираг
LES	Lower esophageal sphincter
UES	Upper esophageal sphincter

НОМ ЗҮЙ:

1. El-Serag H, et al. Update of the epidemiology of Gastroesophageal reflux disease: a systematic review. GUT 2013
2. Б.Дагвадорж, С.Бадамжав, Л.Долгор, бусад. Хоол боловсруулах эрхтэн судлалын ололт, Тулгамдаж буй асуудлууд. Онош 2001;1:4-8
3. Б.Нацагдорж, Г.Энхдолгор, бусад. Улаан хоолой, ходоод гэдэсний эмгэгүүдийн морфологи судалгааны дүн. Монголын Анагаах Ухаан, 2003 он
4. Б.Гантуяа, Г.Сарантуяа, бусад. Улаан хоолой, ходоодны гэдэсний эмгэгүүдийн морфологи судалгааны дүн. Монголын Анагаах Ухаан, 2003 он
5. El-Serag HB, Petersen NJ, Carter J, et al. Gastroesophageal reflux among different racial groups in the United States, Gastroenterology 2004;126:1692-9
6. El-Serag H, et al. Update of the epidemiology of Gastroesophageal reflux disease: a systematic review. GUT 2013
7. Б.Нацагдорж, Г.Энхдолгор, бусад. Улаан хоолой, ходоод гэдэсний эмгэгүүдийн морфологи судалгааны дүн. Монголын Анагаах Ухаан, 2003 он
8. Б.Гантуяа, Х.Аюунцэцэг, Н.Баярмаа бусад. Ходоод Улаан Хоолойн Сөргөө Өвчнийг илрүүлэх инвазив бус арга. Онош (60) 2013, N05(060).
9. Sleisenger and Fordtran's GASTROINTESTINAL and LIVER DISEASE 10th edition 2010 y.r p735-738
10. Wang JH, LUO JY, Dong L, Gong J, Tong M. Epidemiology of Gastroesophageal reflux disease: A general of population based study in Xian of Northwest China. World J Gastroenterol 2004:11
11. Hye-Kyung Jung. Epidemiology of Gastroesophageal Reflux Disease in Asia,: A Systematic review. J NeurogastroenterolMotil, 2011; 17

12. Ц.Сарантуяа, Н.Бира, Х.Оюунцэцэг, Монгол хүний улаан хоолой, ходоод, гэдэсний хүчиллэгийн лавламж хэмжээ, Монголын Анагаах Ухаан, 2004 он
13. Б.Гантуяа^{1,2}, Х.Оюунцэцэг¹, Н.Баярмаа¹, бусад. Ходоод Улаан Хоолойн Сөргөө өвчнийг илрүүлэх инвазив бус арга. Онош(60) 2013;N05(060)
14. Mongolian Journal of Gastroenterology and Hepatology/ volume 1 / 2017
15. World Gastroenterology organization/ Global Guidelines/ GERD - 2015 updated
16. AGA Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease, volume 108 /2013
17. Current trends in the Management of Gastroesophageal Reflux Disease 2018 /Dalbir S. Sandhu and Ronnie Fass/
18. Dent et al Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a systematic review. Gut 2005;54:710-17
19. Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease /Philip O. Katz, MD¹, Lauren B. Gerson, MD, MSc² and Marcelo F. Vela, MD, MSCR³ // AM J Gastroenterology 2013
20. В.Т.Ивашкин, А.С. Трухманов, Париет в лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Профилактика и лечение хронических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Медицина 2002;2:26-29
21. Eslick GD, Talley NJ, Gastroesophageal reflux disease GERD:risk factors, and impact on quality of life-a population-based study. J Clin Gastroenterol 2009;43:111
22. Solhpour A, Pourhoseingholi MA, Soltani F, et al. Gastroesophageal reflux symptoms and bode mass index: no relation among the Iranian population. Indian J Gastroenterol 2008;27:153-155
23. Current Trends in the management of GERD 2018
24. WGO Global Guideline, GERD 2017
25. European Medicines Agency recommendation EMA/236452/2014
26. J.R.Giudicess, M.J. Ackerman and M. Camilleri.Cardiovascular safety of prokinetic agents: A focus on drug – induced arrhythmias. Neurogastroenterol Motil. 2018 June; 30(6).
27. Ciccaglione AF, Bartolacci S, Marzio L. Effects of one month treatment with GABA agonist baclofen on gastro-esophageal reflux and symptoms in patients with gastro-esophageal reflux disease. Gastroenterology. 2002;122:A-196. [Abstract #S1275]
28. Asia-Pacific consensus on the management of gastro-oesophageal reflux disease:
an update focusing on refractory reflux disease and Barrett's oesophagus
Kwong Ming Fock,¹ Nicholas Talley,² Khean Lee Goh,³ Kentaro Sugano,⁴.19-5.2016

Эмнэлзүйн заавар боловсруулахад оролцсон байгууллага, хүмүүсийн нэрс:

Хянасан:

Ц.Сарантуяа
Н.Бира

АУ-ны доктор, дэд профессор Интермед эмнэлэг
АУ-ны доктор, профессор АШУҮИС, ХБЭСТ

Боловсруулсан:

Н.Одонтунгалаг	АУ-ны Магистр, тэргүүлэх зэргийн эмч, УНТЭ, ГЭТ
Х.Аюуш	УНТЭ, ГЭТ-ийн их эмч
О. Баярмаа	АУ-ны доктор, зөвлөх зэргийн эмч, УНТЭ, ГЭТ
Ч.Мөнхцэцэг	АУ-ны магистр, тэргүүлэх зэрэг, УНТЭ, ГЭТ
Б.Болормаа	АУ-ны доктор, УНТЭ, ГЭТ
Г.Анар	АУ-ны доктор, УНТЭ, ГЭТ
Д.Ариунзул	АУ-ны магистр, УНТЭ, ГЭТ
Ц.Даштуяа	АУ-ны магистр, тэргүүлэх зэргийн эмч, УНТЭ, ГЭТ
П.Золжаргал	АУ-ны магистр, ахлах зэрэг, УНТЭ, ГЭТ
Б.Ууганбаяр	НУ-ны магистр, тэргүүлэх зэргийн эмч, УНТЭ, ГЭТ
Б.Сумъяа	УНТЭ, ГЭТ-ийн их эмч