

Тархины салаа судасны хатууралт эмгэгийн шалтгаант тархины цус тасалдах давтан харвалтын тохиолдол

Ц.Байгалмаа¹, Ж.Алтанхуяг², Р.Ганбаатар³, Г.Байгалмаа³, Н.Лхамцоо³

¹Ач интернэшил эмнэлэг, Мэдрэлийн тасаг

²УГТЭ, Дүрс оношлогооны лавлагаа төв

³УГТЭ, Мэдрэл, мэдрэлийн мэс заслын төв

Цахим шуудан: baigaltolmon@gmail.com, Утас: 9917-0788

Түлхүүр үг:

Дахилт
Тархины цус
тасалдах харвалт
Дүрс оношлогоо
Эмчилгээ

Товч утга:

Удиртгал: Тархины салаа судасны хатууралт эмгэгийн үед гүний нэвчигч артериуд, үүнд, arteriae lenticulostriatae судасны хатуурлын улмаас нарийсах эсвэл бөглөрснөөр тархины цус тасалдах харвалтад хүргэдэг. Тус эмгэг нь эмнэлзүй, дүрс оношлогоогоор илрэх судасны илрэл, тархины шигдээсийн морфологи зэргээр тархины том судасны бөглөрөлт эмгэг болон жижиг судасны эмгэгээс илэрхий ялгагдахын зэрэгцээ эмнэлзүй богино хугацаанд даамжран хөдөлмөрийн чадвар хүнд зэргээр алдагдахын зэрэгцээ давтан тархины цус тасалдах дайрлага болон тархины цус тасалдах харвалт болдог онцлогтой. Иймд тархины салаа судасны хатууралт эмгэгийг эрт үед нь илрүүлэн дээр дурдсан хүндрэлүүдийн урьдчилан сэргийлэлт, эмчилгээний зарчмыг оновчтой тодорхойлох нь чухал юм. **Эмнэлзүйн тохиолдлын танилцуулга:** 34 настай эрэгтэй 07 сарын зайтай тархины цус тасалдах харвалт, баруун тархины дунд артерийн М1 хэсгийн нарийслын шалтгаант, артерийн гипертензи, зүрхний механик хавхлага оношоор Улсын гуравдугаар төв эмнэлэгт 2 удаа хэвтэж, хэвтэх бүртээ бүлэн уусгах эмчилгээ хийлгэсэн болно. **Дүгнэлт:** ТССХЭ-ийн оношлогоог оновчтой хийх нь цаашдын эмчилгээ болон хоёрдогч урьдчилан сэргийлэлтийг төлөвлөхөд чухал юм.

Удиртгал: Тархины салаа судасны хатууралт эмгэг (ТССХЭ) нь ТЦТХ-ын үндсэн шалтгааны нэг болох гавлын доторх тархины судасны хатууралт эмгэг (ГДТСХЭ)-ийн дэд хэв шинж бөгөөд эх судсаас салаалагч нэвчигч артериудын эхлэл хэсэг нарийссан эсвэл бөглөрсний улмаас үүсдэг.¹ ТССХЭ-ийн шалтгаант ТЦТХ нь жижиг судасны эмгэг (ЖСЭ)-ийн шалтгаант хонхлойт шигдээсийн адил эмнэлзүй явц болон тавилан хөнгөн, тархины гүнд байрлах шигдээст тооцогдож байсан ч хонхлойт шигдээсээс илүү тавилан муу байхын зэрэгцээ эрт үед мэдрэлийн хүндрэл өгөх, давтан тархины цус тасалдах дайрлага эсвэл ТЦТХ болох эрсдэл өндөр, цаашлаад хөдөлмөрийн чадвар хүнд зэргээр алдагддаг, танин мэдэхүйн бууралт илүү тохиолддог болох нь цөөнгүй судалгаануудаар тогтоогдсон байна.^{2,3}

Эмнэлзүйн тохиолдлын танилцуулга: 34 настай эрэгтэй 07 сарын зайтай ТЦТХ, баруун тархины дунд артери (ТДА)-ийн М1 хэсгийн нарийслын шалтгаант, артерийн гипертензи, зүрхний механик хавхлага

оношоор тус эмнэлэгт 2 удаа хэвтэж, хэвтэх бүртээ бүлэн уусгах эмчилгээ (БУЭ) хийгдэж эмнэлэгт хэвтэх үеийн харвалтын шинжүүд Үндэсний эрүүл мэндийн хүрээлэнгийн харвалтын үнэлгээ (ҮЭМХХҮ)-гээр 11-ээс 0 оноо болтол сайжран, харвалтын хоёрдогч урьдчилан сэргийлэлтийн зөвлөгөөг авч эмнэлгээс гарсан тохиолдлыг танилцуулж байна.

Харвалтын түүүх: Өвчтний эхний харвалт нь өглөө гэнэт зүүн хөл суларч, хэл ээдэрсэн гэх зовууриар эхлэн эмнэлэгт яаралтай тусламжаар хүргэгдэн ирж тархины компьютерт томографи (КТ) болон соронзон резонанст томографи (СРТ) хийлгэн ТЦТХ, баруун ТДА-ийн бүсийн шигдээс, баруун ТДА М1 эхлэх хэсгийн нарийслын шалтгаант, артерийн гипертензи, зүрхний механик хавхлага оношоор хэвтсэн. Эмнэлэгт хэвтэх үед ухаан санаа комын Глазго үнэлгээ (КГҮ)-ээр 15 оноо, Үндэсний эрүүл мэндийн хүрээлэнгийн харвалтын үнэлгээ (ҮЭМХХҮ)-ээр 11 (Loc0, Que0, Com0, Gaz0, Vis0, Fac1, Mot/UE4, Mot/LE4, Ata0, Sen1, Lan0, Dys1, Ext0) оноотой байсан бөгөөд

харвалтын шинж тэмдэг эхэлснээс хойш 3 цаг 10 минутын дараа БУЭ хийгдэн ҮЭМХХҮ 0 оноотой болсон буюу эмнэлзүй бүрэн сэргэсэн. Өвчний түүхээс үзвэл 4 жилийн өмнөөс артерийн даралт ихсэх болсон ба 3 жилийн өмнө зүрхний хоёр хавтаст хавхлагыг механик хавхлагаар солих мэс засал хийлгэсэн. Улмаар варфарин тогтмол уудаг болсон. Амьдралын өгүүлэмжид тамхи 20 гаруй жил хоногт 10 ширхгээр татдаг бөгөөд архины дунд зэргийн хэрэглээтэй гэсэн өгүүлэмжтэй байв. Эмнэлэгт хэвтэх хугацаанд хийгдсэн бөгөөд өөрчлөлттэй гарсан цусны бүлэгнэлт, цусны биохимийн шинжилгээ, толгойн тодосгогч бодисгүй КТ, тархины СРА, тархины судсан дотуурх оношлогоо (ТаСДО) болон бусад багажийн шинжилгээнүүдийг Хүснэгт 1, Зураг 1-3-аар харуулав. Тархины СРА-иар баруун ТДА-ийн салаа лентикюлостриат артерийн бүсийн шигдээс, М2 эхлэл хэсгийн нарийсал тодорхойлогдсон. Мөн тархины судсан дотуурх оношлогоо (ТаСДО)-оор баруун ТДА-ийн М2 эхлэл хэсгийн хүнд зэргийн нарийсал, лептоменингиал коллатерал цусан хангамжаас гадна тархины баруун тал бөмбөлгийн ТДА-ийн гуравласан салаажилт тус тус оношлогдсон. Мөн зүрхний хэт авиан шинжилгээгээр зүүн тосгуурын томрол, хоёр хавтаст хавхлагын механик протез болон хавхлагын урсгалын түргэсэл, улаан хоолойн зүрхний хэт авиан шинжилгээгээр 2 хавтаст хавхлагын механик протез, үйл ажиллагааны урсгалын хурдын ихсэлт болон хоёр хавтаст хавхлагын хоёрдугаар зэргийн нарийсал тус тус тодорхойлогдсон (Зураг 2). Хийгдсэн гавлын доторх өнгөт дуплекс шинжилгээгээр баруун ТДА-ийн М2 хэсгийн доод салааны эхлэл хэсгийн нарийсал илэрсэн. БУЭ-ий зэрэгцээ сэргээн засах эмчилгээнд биеийн байдал сайжирсан тул антикоагулянт болон сэргээн засах эмчилгээг үргэлжлүүлэх, баруун ТДА-ийн нарийслыг ажиглах зорилгоор 1 сарын дараа давтан үзүүлэх зөвлөгөөг аван эмнэлгээс гарсан.

Давтан харвалтын түүх: Өвчтөн эхний харвалтаас 07 сарын дараа дахин гэнэт зүүн гар хөл нь суларч, хэл нь ээдэрсэн тул тус эмнэлэгт ирсэн. Толгойн КТ болон СРА хийхэд эхний харвалтын үед илэрсэн тархины шигдээс илэрсэн буюу давтан ТЦТХ, баруун ТДА-ийн бүсийн шигдээс оношлогдсон. Үзлэгт ухаан санааны байдал КГҮ-ээр 15 оноо, ҮЭМХХҮ-ээр 11 (Loc0, Que0, Com0, Gaz0, Vis0, Fac1, Mot/UE4, Mot/LE4, Ata0, Sen1, Lan0, Dys1, Ext0) оноотой, харвалтын

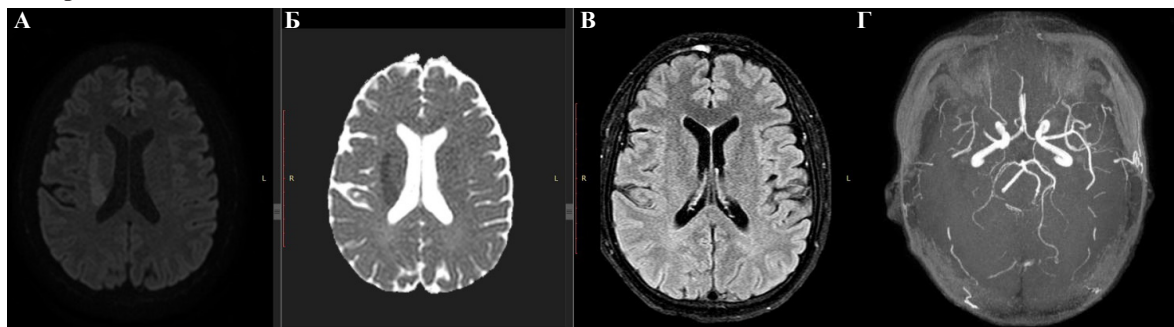
анхны шинж тэмдэг илэрч эхэлснээс хойш 2 цаг 20 минут байсан тул БУЭ хийгдэн ҮЭМХХҮ 0 оноотой буюу эмнэлзүйн шинж тэмдэгүүд сайжирч үндсэндээ бүрэн сэргэсэн. Хийгдсэн танин мэдэхүйн МОСА сорилоор танин мэдэхүй хэвийн буюу 28/30 оноотой байсан. Өгүүлэмжид өвчтөн анхны харвалтаас хойш варфариныг 5 мг тунгаар ууж байсан боловч хамраас үе үе цус гардаг шалтгаанаар давтан харвалт болохоос 20-иод хоногийн өмнөөс эмийг уугаагүй, мөн архи тодорхой хэмжээгээр уусан өгүүлэмжтэй байв. Өвчтөн анхны харвалтаас хойш товлолт хяналтын үзлэгт хамрагдаагүй байсан. Энэ удаагийн хэвтэлтийн үед хийгдсэн зүрхний хэт авиан шинжилгээгээр хоёр хавтаст механик хавхлага дээр бүлэн тодорхойлогдсон. Давтан хийгдсэн гавлын доторх өнгөт дуплекс шинжилгээгээр гавлын гаднах болон доторх том судаснуудад цусны урсгал хангалттай байсан. Энэ удаагийн хэвтэлтийн үед ТаСДО болон улаан хоолойн зүрхний хэт авиан шинжилгээ хийгдээгүй. Өвчтөний биеийн байдал БУЭ-д богино хугацаанд засарсан тул цаашид INR-ыг хянахыг зөвлөн варфарины тунг 4.375 мг болгож нэмсэн ба сэргээн засах эмчилгээг үргэлжлүүлэн 1 сарын дараа давтан үзүүлэхийг зөвлөн эмнэлгээс гаргасан. Эмнэлэгт хэвтэх үед толгойн тодосгогч бодисгүй КТ, тархины СРА болон бусад багажийн шинжилгээнүүдийг хийв (Зураг 1).

Хяналтын үзлэг: Өвчтөн 01 сарын дараах хяналтын үзлэгээр эмнэлзүйд өөрчлөлтгүй байсан. Энэ удаа өндөр хүчин чадалт 512 үзлэгт тодосгогч бодистой КТА, СРА, улаан хоолойн зүрхний хэт авиан шинжилгээ, липидийн солилцоо, гавлын доторх өнгөт дуплекс, цус бүлэгнэлт, липидийн солилцоо, ТаСДО болон тархины цахилгаан бичлэгийг хийсэн (Зураг 1-3, Хүснэгт 1). Давтан хийгдсэн улаан хоолойн зүрхний хэт авиан шинжилгээгээр 01 сарын өмнө хийгдсэн шинжилгээгээр илэрсэн өөрчлөлтүүд хэвээр буюу 2 хавтаст хавхлагын механик протез дээр бүлэн тодорхойлогдсон. Тархины СРА-иар өмнөх шинжилгээнүүдтэй харьцуулахад FLAIR дараалал дээр баруун чамархайд сорвижилт болон хатингарал, баруун ТДА-ийн салаалалт болох Long insular artery бүсийн шигдээсийн архаг өөрчлөлт илэрсэн (Зураг 1 К, М). Баруун чамархайд сорвижилт болон хатингарал илэрсэн тул тархины цахилгаан бичлэг хийхэд хэвийн гарсан.

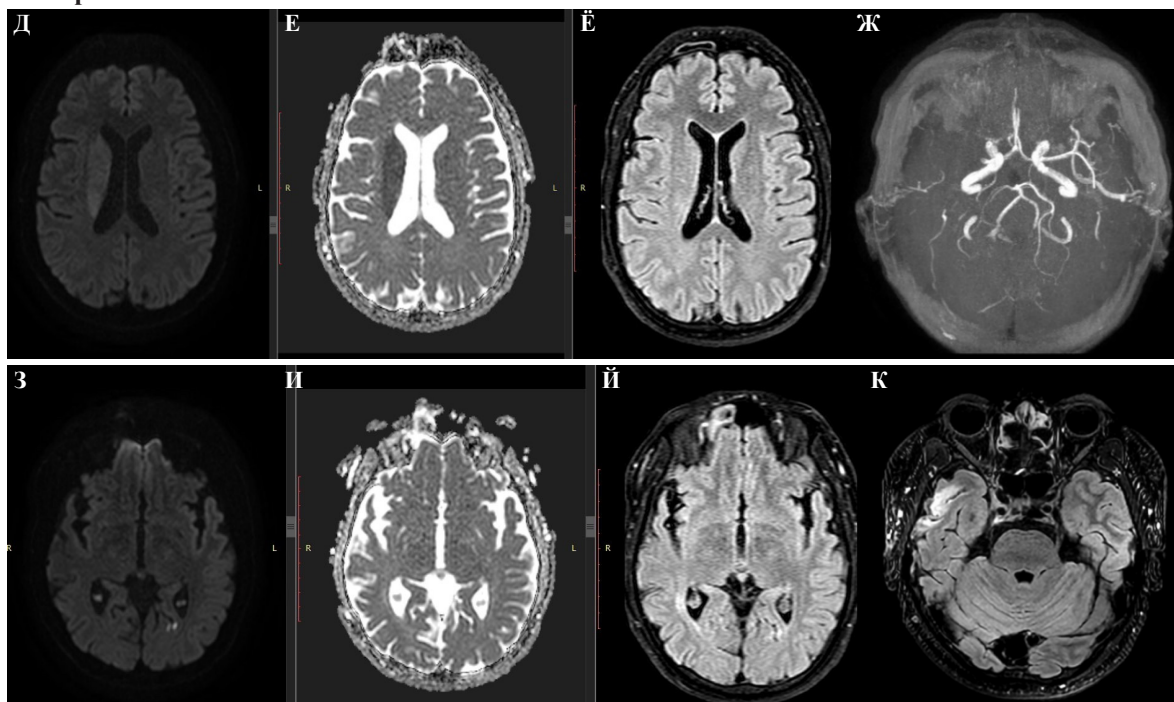
Хүснэгт 1. Анхны болон давтан харвалт, хяналтын үзлэгийн үеэр хийгдсэн лаборатори шинжилгээнүүдийн үзүүлэлтүүдийг харьцуулсан байдал

Шинжилгээ	Үзүүлэлтүүд	Анхны харвалт		Давтан харвалт		Хяналт
		Эмнэлэгт хэвтэх үед	Эмнэлгээс гарах үед	Эмнэлэгт хэвтэх үед	Эмнэлгээс гарах үед	
Цус бүлэгнэлт	INR	1.05	1.05	0.95	1.35 ↑	1.94 ↑
	aPTT (sec)	32.6	32.6	42.1 ↑	49.1 ↑	48.3 ↑
	PT (sec)	10.9	10.9	12.4	17.0 ↑	23.3 ↑
Цусны биохими	Нийт холестерин	-	4.62	-	4.58	4.71
	БНЛП	-	3.43 ↑	-	2.85 ↑	3.35 ↑
	Глюкоз (mmol/L)	5.54	-	6.90 ↑	-	-

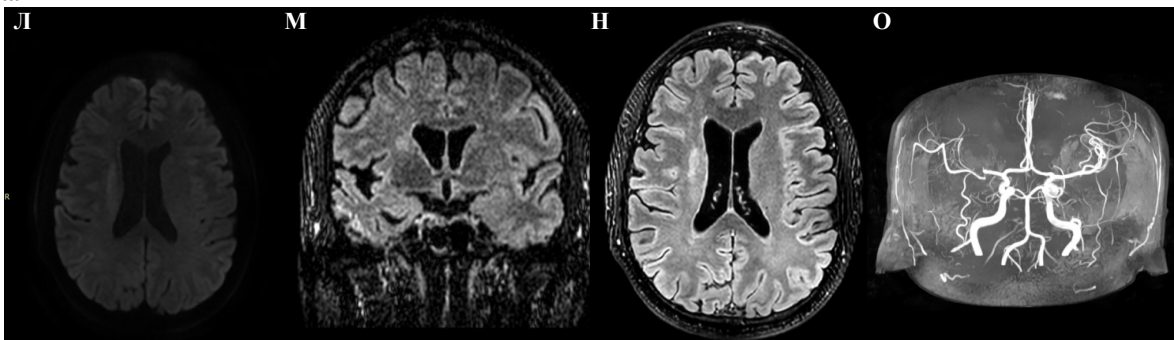
Эхний харвалт



Давтан харвалт

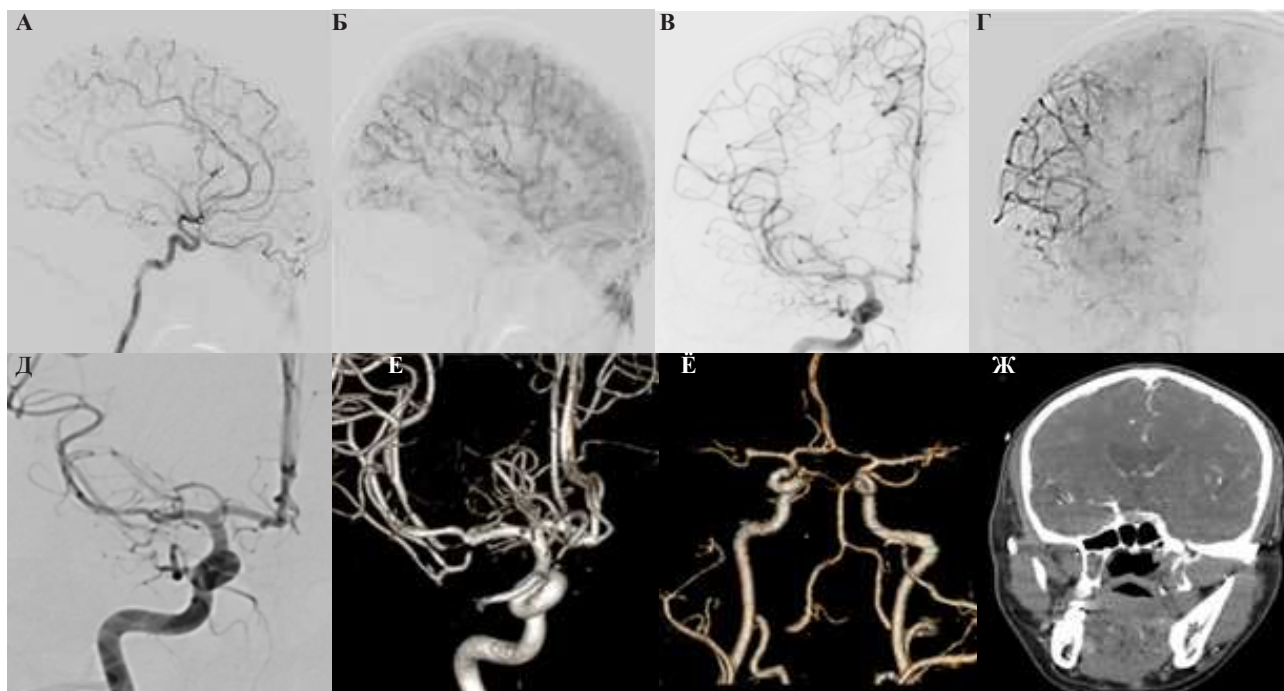


Хяналт



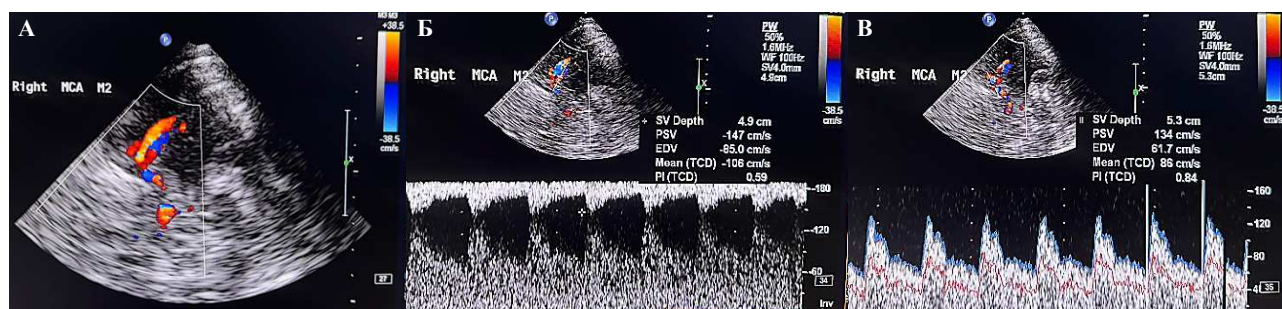
Зураг 1. Тархины СРТ зураглал.

А-Г. Эхний харвалтын үед баруун суурийн зангилаа, үүнд дотор капсулд үүссэн цочмог шигдээс. А-Б. DWI/ADC дараалалд илэрсэн нэвчилтийн хориг. В. FLAIR дараалалд илэрсэн эмгэг дохионы эрчимгүй голомт. Г. CPA-д баруун ТДА-ийн M2-ийн эхлэл хэсгээс эхэлсэн дохионы эрчим үгүй буюу бөглөрөл. Д-К. Давтан харвалтын үед баруун суурийн зангилаа, үүнд дотор капсулд үүссэн цочмог шигдээс. Д-Е. DWI/ADC дараалалд илэрсэн нэвчилтийн хориг. Ё. FLAIR дараалалд илэрсэн эмгэг дохионы эрчимгүй голомт. Ж. CPA-д баруун ТДА-ийн M1-ийн эхлэл хэсгээс эхэлсэн дохионы эрчим үгүй буюу бөглөрөл. З-К. Давтан харвалтын үед баруун дагзны дэлбэнгийн цагаан бодист үүссэн цочмог шигдээс. З-И. DWI/ADC дараалалд илэрсэн нэвчилтийн хориг. Й. FLAIR дараалалд илэрсэн эмгэг дохионы эрчимгүй голомт. К. T2/FLAIR дараалалд баруун чамархайн дэлбэнд илэрсэн эмгэг дохионы эрчим ихэссэн глиозис/сорвижилт өөрчлөлт. Л-О. Давтан харвалтаас 01 сарын дараах хяналтын оношлоогоогоор баруун суурийн зангилаа, үүнд сүүлт бөөм болон хажуугийн ховдлын эргэн тойрон цагаан бодисын түвшинд илэрсэн удаж буй шигдээсийн дараах глиозис өөрчлөлт. Л. DWI дараалалд нэвчилтийн хориг үгүй. М. Коронар зүслэгт T2/FLAIR дараалалд илэрсэн эмгэг дохионы эрчим ихэссэн глиозис/сорвижилт өөрчлөлт. Н. Аксиал зүслэгт T2/FLAIR дараалалд илэрсэн эмгэг дохионы эрчим ихэссэн глиозис/сорвижилт өөрчлөлт. О. CPA-д баруун ТДА-ийн M1-ийн төгсөл хэсгээс эхэлсэн дохионы эрчим үгүй буюу бөглөрөл.



Зураг 2. Эхний харвалтын үед хийгдсэн ТаСДО-ны зураглал.

А ба В. Артерийн фазыг хажуу болон эгц байрлалаар харахад баруун ТДА-ийн М2 хэсэг тодорч эхэлж буй байдал. Тархины өмнөд артериас ТДА-ийн бүсэд лептоменингил судсаар буюу коллатерал хэлбэрээр голлон өгч буй цусан хангамж. Б ба Г. Капиллярын фазыг хажуу болон эгц байрлалаар харахад капиллярын тодролын үе шатанд ТДА-ийн бүсэд артерийн үе хожуу тодорч буй байдал. Д. Баруун ТДА-ийн М2 хэсгийн гурвалсан салаалалт. Е. Баруун ТДА-ийн М2 хэсгийн доод 2 салааны эхлэх хэсгийн хүнд зэргийн нарийсал. Ё-Ж. Хяналтын үед хийгдсэн КТА зураглал. Ё. 3D харалтаар баруун ТДА-ийн М1 хэсгийн дистал хэсгийн хүнд зэргийн нарийсал. Ж. Коронар зүслэгт баруун ТДА-ийн М1 хэсгийн дистал хэсгийн хүнд зэргийн нарийсал.



Зураг 3. Хяналтын үед хийгдсэн тархины судасны өнгөт дуплекс оношлогооны зураглал.

А. Баруун ТДА-ийн М1 хэсгийн төгсгөл хэсэг М2 хэсэг рүү гурав салаалсан (анатомийн хувилбар) байдал. Гурван салаа тус бүр дээр цусны урсгалын хурд болон спектрийг хэмжихэд М2 хэсгийн гадна болон дунд салаанд цусны урсгалын хурд болон спектр хэвийн байдал. Харин дотор салаанд коллатерал цусан хангамжийг илтгэх ретроград урсгал. Б. Баруун ТДА-ийг 4.0-5.7 см хооронд гүнд цусны урсгалын хурдыг шалгахад 4.9 см гүнд систолын дээд хурд 147 см/сек байгаа нь ТДА-ийн нарийслыг харуулсан байдал. В. 5.3 см гүнд систолын дээд хурд 134 см/сек байгаа нь энэ хэсэгт ТДА нарийсаагүй болохыг илтгэнэ.

Хэлцэмж: Тархины гүний нэвчигч артериуд, үүнд, *arteriae lenticulostriatae*-ийн эхлэл хэсэг нарийсах эсвэл бөглөрсний улмаас үүсэх ТССХЭ нь нийт ТЦТХ-ын 10-15 орчим хувийг эзэлдэг.⁴ ТССХЭ-ийн үед тархины эх артерийн бөглөрөл байхгүй байхад гүний нэвчигч артерийн бүсийн гадрын дорх хонхлойт шигдээсээс хэмжээний хувьд том, ихэвчлэн нэг тооны шигдээст харвалт гэж үздэг ба шалтгаан тодорхойгүй эмболт харвалт гэж ангилах нь бий.^{3,5,6} Uchiyama нар ТССХЭ нь шалтгаан тодорхойгүй эмболт харвалтын цөөнгүй хувийг эзэлдэг болохыг мэдээлсэн байна. Иймд ТССХЭ-ийг ГДТСХЭ болон ЖСЭ-ээс ялган оношлох шаардлагатай. ТССХЭ-ийг ЖСЭ-ийн шалтгаант хонхлойт шигдээсийн адил тархины гүний

байршилт шигдээст тооцдог байсан бол сүүлийн үеийн судалгаагаар тавилан болон эмчилгээний хувьд ялгагдах тул хооронд нь ялган оношлох нь чухал юм.

Эмгэг жамын үндэс ТССХЭ болон ГДТСХЭ-ийн үед судасны хатуурал, харин ЖСЭ-ийн үед липогиалиноз байдаг.⁷ ГДТСХЭ-ийн шалтгаант ТЦТХ-ын үед судасны хананы архаг үрэвслийн суурин дээр липид хуралдсаар үүссэн судасны товруу язрах эсвэл товруун дээр бүрэлдсэн цусны бүлэн судасны хөндийг бөглөх эсвэл тасран жижиг калибрийн судсыг бөглөхийн зэрэгцээ судас хүнд зэргээр нарийссаны улбаат гемодинамикийн алдагдалтай холбоотой байна. ГДТСХЭ-ийн үед тархины том калибрийн судаснуудын хатуурал тархмал явагддаг бол ТССХЭ-ийн үед эх

артерийн нэвчигч артериудын харьцангуй том хэмжээ (700-800 μm)-ний салаа руу салаалах хэсэгт судасны хатуурлын суурин дээр үүссэн бүлэнгээр бөглөрсний улмаас үүсдэг байна.⁸ ТССХЭ-ийн үед ч ГДТСХЭ-ийн үед ч артерийн гипертензи, тамхи таталт, архины хэрэглээ, хэвлийн таргалалт зэрэг эрсдэлт хүчин зүйлс энэхүү тохиолдолд ч мөн илэрсэн хэдий ч генийн хүчин зүйл бас нөлөөлсөн байх магадлалтай байсан.

Гавлын доторх судасны хатууралт эмгэг (ГДТСХЭ) Азийн улс орнуудад тохиолдох ТЦТХ-ын 12-54%-ийг эзэлдэг. Зүүн өмнөд Азийн ГДТСХЭ болон Моя-моя өвчтэй хүмүүст генийн шинжилгээгээр тогтоогдсон RNF213 (p.R4810K) генийн хувилбар нь гавлын доторх ялангуяа тархины урд эргэлтийн том судасны нарийсал эсвэл бөглөрөлтэй хамааралтай болохыг Matsuda нар 2017 онд тогтоосон байдаг.⁹ Мөн тус генийн гажуудлын улмаас тархины судасны бүтцийн улмаар үйл ажиллагааны алдагдалд хүргэдэг байна. RNF213 (p.R4810K) генийн хувилбарын үед тархины Виллизийн цагирагийн (латинаар *circulus arteriosus cerebri*) анатомийн бүтцийн өвөрмөц хувилбарууд тухайлбал, тархины өмнөд холбогч артеригүй эсвэл арын холбогч артерийн хэт хөгжил, судасны хоёрчлол, гурвачлал зэрэг тохиолддог болохыг Eto болон Medrano-Martorel нар тогтоосон байна.^{10,11} Eto нарын судалгаагаар RNF213 (p.R4810K) генийн хувилбар тээгч 25 хүний 11 (44%)-т ТДА-ийн М1 сегментийн хэсэг газрын нарийсал оношлогдож байжээ. Энэхүү тохиолдолд нарийссан баруун ТДА нь уламжлалт хоёр биш харин гурав салаалсан байсан нь магадгүй RNF213 (p.R4810K) генийн хувилбар тээгч байхыг үгүйсгэхгүй юм (Зураг 2Д ба Зураг 3А).

ГДТСХЭ нь давтан ТЦТХ-д хүргэдэг болохыг олон судалгаа тогтоосон байдаг.¹²⁻¹⁴ Romano нар шинж тэмдэгт буюу нарийсалтай судсанд ТЦТХ болсноос хойш 1 жилийн дотор давтан харвалт болох эрсдэл 8.8%, үүний 25 орчим хувьд 6-8 долоо хоногийн дотор давтан харвалт болсон нь СРТ-иар батлагдсан байдаг. Түүнчлэн эхний ТЦТХ-ын дараа 1 жилийн дотор 50-69%-ийн нарийсалтай тохиолдолд 3.82%, 70-99%-ийн нарийсалтай тохиолдолд 5.16%, бүрэн бөглөрөлтэй тохиолдолд 7.27% давтан харвалт болсон болохыг Wang нар мэдээлсэн байдаг.¹⁵

ТССХЭ-ийн оношлогоо эсвэл ялган оношлогоонд нэвчигч артериудын жижиг диаметр нь уламжлалт дүрс оношлогоогоор үнэлэх бараг боломжгүй тул бичил судасны хөндий, үүссэн шигдээсийн бүтцийг үнэлэхэд өндөр нарийвчлалтай дүрс оношлогооны аргуудыг ашиглах шаардлагатай.¹⁶ Учир нь өндөр нарийвчлалтай СРТ эсвэл КТ-иар үүссэн шигдээсийн байршил болон шигдээсийн хэмжээгээр том судасны хатууралт эмгэг (ТСХЭ) эсвэл хонхлойт шигдээсээс ялган оношлоход чухал үүрэгтэй байна.¹⁷ Энэхүү тохиолдолд эхний харвалт, давтан харвалтын үе болон хяналтын үзлэгт ТаСДО, КТА болон СРА-ийг тухайн нөхцөл байдалд тохируулан ашигласан.^{7,14} Дүрс оношлогооны аргуудаас ТаСДО нь гавлын доторх тархины судас үүнд, ТССХЭ-ийн үеийн судасны нарийслийн зэрэг, цусны урсгалын хэв шинж болон коллатерал цусан хангамжийг оношлох алтан стандарт юм. Энэхүү тохиолдолд ТаСДО-г эхний

харвалт болсноос 4 хоногийн дараа хийхэд баруун ТДА-ийн М1 сегментэд хүнд зэргийн нарийсал, ТДА-ийн анатомийн хэвийн хувилбар болон гуравласан салаалтаас гадна лептоменингил коллатерал цусан хангамж тодорхойлогдсон нь ТССХЭ нь архаг болохыг баталсан (Зураг 1-3). КТА нь гавлын доторх судасны >50%-ийн нарийслийг оношлоход мэдрэг болон өвөрмөц чанар өндөр тул ГДТСХЭ-ийн оношлогоонд түгээмэл ашигладаг. Энэхүү тохиолдолд 128 зүслэгт КТ-ийг 2 дахь харвалтаас 3 хоногийн дотор болон өндөр нарийвчлалт буюу 512 зүслэгт КТА-ийг 2 дахь харвалтаас хойш 64 дэх хоногт хийхэд баруун ТДА-ийн М1 сегментийн нарийсал хэвээр байсан. КТА-иар судасны хананы шохойжилтыг илрүүлэх, түүний тогтвортой чанар, хэмжээ, судасны нарийслын зэргийг тодорхойлох боломжтой. Харин тодосгогч бодистой СРА-иар судасны хөндийн нээлтийн зэргийг тогтоож болдог. ТаСДО-той харьцуулахад тархины судасны 50-90%-ийн нарийслыг тогтооход СРТА-ийн ТОГ дараалал нь мэдрэг чанар 75-85%, өвөрмөц чанар 95% байдаг.¹ Түүнчлэн тархины судасны өнгөт дуплекс оношлогоо нь ТаСДО-той харьцуулахад мэдрэг болон өвөрмөц чанар дутахгүй шинжилгээ юм.¹⁸ Тус шинжилгээ нь судасны нарийссан хэсэгт цусны урсгалын дундаж хурд ихсэх ч нарийслын дараах хэсэг буурахын сацуу лугшилтын индекс ихэсдэг байна.

Энэхүү тохиолдолд ТЦТХ-ын шалтгааныг ТССХЭ-ийн гэж үзэх дараах үндэслэлүүд байсан. Нэгдүгээрт, ТСХЭ болох гүрээний дотор артерийн нарийсал гэж үзэхэд тархины СРТ, КТ, ТаСДО болон гавлын доторх өнгөт дуплекс шинжилгээнүүдээр судасны диаметр нь дундад тооцогдох ТДА-ийн М1 сегментээс гарах *arteriae lenticulostriatae*-ийн бүсийн шигдээс илэрснээс гадна тархины гадрын дорх эдийн гэмтлийн шинжүүд эмнэлзүйд илэрсэн явдал юм. Хэрэв ТСХЭ-ийн шалтгаант байсан бол ТДА-ийг бүхэлд нь хамарсан шигдээс үүсэх буюу гадрыг хамарсан гэмтлийн шинжүүд эмнэлзүйд илрэх ёстой байсан. ТССХЭ-ийн үед гадрын дорх бүтцүүд болон сүүлт бөөм, путамен, дотор капсул гэмтдэг тул эмнэлзүйд хөдөлгөөний гэмтлийн шинжүүд хүнд зэргээр илэрдэг нь том судасны бөглөрлийн үетэй адил хэдий боловч хэл яриа болон ухаан санааны алдагдал илэрдэггүй байна. Магадгүй эдгээр шинжүүд ТССХЭ-ийг ТСХЭ-ээс ялган оношлох, улмаар бүлэн соруулах болон судсан дотуурх бусад эмчилгээ хийх шийдвэр гаргахад тустай юм. ТСХЭ-ийн шалтгаант ТЦТХ нь тархины урд эргэлтийн судаснуудаас *arteriae lenticulostriatae*, хойд эргэлтийн судаснуудаас *arteriae pontinae* судсуудад хамгийн ихээр тохиолддог.^{4,8,19} ТДА-ийн М1 хэсэг нь гүрээний дотор артериас шулуун эсвэл ороож салаалах нь түгээмэл байдаг бол хэрэв уруу байрлалтай салаалвал ТССХЭ үүсэх эрсдэл 44% болохыг Nagasawa нарын судлаачид тогтоосон. Харин *arteriae lenticulostriatae* нь ТДА-ийн эхлэл болох М1 хэсгийн дээд хэсгээс салаалах нь түгээмэл байна.²⁰ Djulejic нарын судалгаагаар гэмтсэн тус артерийн диаметрээс *arteriae lenticulostriatae*-ийн бүсийн шигдээсийн хэмжээ хамаардаг ба ихэвчлэн суурийн зангилаа болон дотор капсулыг хамарсан гадрын дорх шигдээс үүсдэг.²¹ Энэхүү тохиолдолд ч мөн баруун ТДА-ийн салаа болох *arteriae lenticulostri-*

атаа давтан бөглөрсний улмаас ижил шигдээс үүссэн байдаг (Зураг 1 ба 2). Ингэж нэг судасны бүсэд давтан бөглөсний улмаас ТЦТХ болох нь нэн ховор байдаг байна.^{22,23} Сонирхолтой нь тус тохиолдолд эхний харвалтын үед *arteriae lenticulostriatae*-ийн бүсийн шигдээс, харин давтан харвалтын үед *arteriae lenticulostriatae* болон *Arteriae insulares longae*-ийн бүсийн шигдээс үүссэн байсан (Зураг 1 А, Д ба М). Хоёрдугаарт, ЖСЭ гэж үзэхэд үүссэн тархины шигдээсийн хэмжээ <15 мм байдаг бол энэхүү тохиолдолд 60 мм байсан юм (Зураг 1). Гуравдугаарт, ТССХЭ-ийн үед судасны хатуурал нь тархмал байж нарийслын зэрэг нь хөнгөн зэрэг байдгаар ТСХЭ-ээс ялгагддаг тул эмгэг жамын хувьд ялгагдана гэж үздэг байна.¹⁷ Энэхүү тохиолдолд тархины судасны өнгөт дуплекс оношлогоогоор баруун ТДА-ийн нарийслын урт 3.5 см байхын сацуу цусны урсгалын хурдаар хэмжихэд хөнгөн зэргийн нарийсал гэж тооцсон (Зураг 3). Дөрөвдүгээрт, энэхүү тохиолдолд тархины цагаан бодис дахь нягтрал ихэссэн өөрчлөлтүүд бараг илрээгүй юм. Zhou нарын судлаачид тархины цагаан бодис дахь нягтрал ихэссэн өөрчлөлтүүд ЖСЭ-тэй тохиолдлуудтай харьцуулахад ТССХЭ-тэй тохиолдлуудад илэрхий цөөн тохиолдлыг болохыг тогтоосон байдаг.²⁴

ТССХЭ-ийн үеийн тавиланд нөлөөлдөг бөгөөд хамгийн гол анхаарах асуудал бол эрт үеийн мэдрэлийн шинжийн доройтол юм.⁴ Deguchi зэрэг судлаачдын хийгдсэн судалгаануудаар нийт тохиолдлын 17-75%-д ТЦТХ-ын шинж илэрч эхэлснээс 48-72 цагт илэрдэг ажээ.^{6,25} Энэхүү тохиолдолд өвчтөн 2 удаагийн ТЦТХ-ын үед шинж тэмдэг илэрснээс 03 цагийн дотор тус эмнэлэгт хандсан тул БУЭ амжилттай болсон тул эрт үеийн мэдрэлийн шинжийн доройтол илрээгүй. Түүнчлэн тус эмгэгийн үед тархины томоохон судсуудын хүнд зэргийн нарийслаас бус нэвчигч артериудын нарийсал эсвэл бөглөрлөөс үүдэлтэй ТЦТХ болдог тул бүлэн соруулах эмчилгээ шаардлагагүй байна.

ТССХЭ-ийн үед давтан харвалт эсвэл тархины цус тасалдах дайрлага болохоос урьдчилан сэргийлэх зорилгоор антиагрегант (цусны ялтас эсийг дарангуйлах) эмчилгээг зөвлөдөг. Учир нь цусны ялтас эсийн идэвхжил нь тус эмгэгийн нэн эрт үеийн мэдрэлийн шинжийн доройтолд хүргэхэд гол үүрэг гүйцэтгэдэг хэмээн үздэг.²⁶ Энэхүү тохиолдлын хувьд ч мөн боломжит дүрст оношлогоонуудыг хийх замаар цаашдын хяналтыг урт хугацаанд үргэлжлүүлэх шийдвэр гаргасан. Гэвч өвчтөн зүрхний механик хавхлагатай тул варфариныг үргэлжлүүлэн хэрэглэх нь тодорхой байсан ч өвчтөн эхний харвалтын дараа ч варфаринаа тууштай хэрэглээгүй, даралт буулгах эмээ ч тогтвортой хэрэглэдэггүй өгүүлэмж нь хэрэв антиагрегантыг өгвөл цус алдах хоёрдогч хүндрэл гарах эрсдэл нэмэгдэнэ хэмээн тооцоолон хяналтын үзлэг хүртэл түр хойшлуулсан байсан. Харамсалтай нь 07 сарын дараа яг тухайн судасны бүсийн давтан ТЦТХ болсон тул эхлээд баруун чамархайн өнгөц артерийг тэр талын тархины дунд артеритэй холбох шууд судасжуулах, дараа нь баруун тархины ТДА-ийн нарийссан хэсэгт тэлэгч тавих шийдвэрийг мэдрэлийн болон мэдрэлийн мэс заслын эмч нарын баг гаргасан.

Давтан ТЦТХ-ын үед хийгдсэн тархины СРА-иар зүүн дагзны дэлбэнд зүүн ТДА-ийн бүсэд жижиг хэмжээний эмболит шигдээс тодорхойлогдсон нь антикоагулянт эмчилгээний хяналтыг сайжруулах шаардлагатай болохыг харуулсан (Зураг 1 3 ба И). Түүнчлэн анхны харвалтын үед хийгдсэн СРТ-иар илрээгүй атал 2 дахь харвалтын үед хийгдсэн СРТ-иар гэмтлийн шалтгаант байж болзошгүйг илтгэсэн баруун чамархайн дэлбэнд сорвижилт өөрчлөлт тодорхойлогдсон. Иймд эмнэлзүйн шинж тэмдэг болон хийгдсэн тархины цахилгаан бичлэгт эмгэг өөрчлөлт илрээгүй тул уналтын эсрэг эмчилгээг эхлүүлээгүй болно (Зураг 1К).

Дүгнэлт: ТССХЭ-ийн оношлогоог оновчтой хийх нь цаашдын эмчилгээ болон хоёрдогч урьдчилан сэргийлэлтийг төлөвлөхөд чухал юм. Тус эмгэгийн оношлогооны үндсэн аргуудад ТаСДО, өндөр нарийвчлалт КТА болон СРА багтана. ТССХЭ нь кардиоэмболын бус харин судасны хатуурлын шалтгаанаар үүсэх тул харвалтын шинж тэмдэг эхэлснээс 4.5 цаг дотор оношлогдсон тохиолдолд БУЭ-г хийж цаашдын хоёрдогч урьдчилан сэргийлэлтэд антиагрегант эмчилгээ нь үндсэн сонголт байна. Тус ховор тохиолдолд зүрхний механик протезтэй байдал нь антикоагулянтын насан туршийн хэрэглээн дээр ТССХЭ-ээс сэргийлэхэд антиагрегантыг хавсран хэрэглэхэд цус алдах эрсдэлийг дагуулж байсан тул судасжуулах мэс засал эмчилгээг сонгоход хүргэсэн. Энэхүү тохиолдлоор дүрс оношлогоо, мэдрэлийн мэс заслын эмч нарт ТССХЭ-ийн шалтгаант ТЦТХ-ын үеийн эмнэлзүй, дүрс оношлогоо болон цаашдын менежментийг хүргэхийг зорив.

Ном зүй:

1. Chen LH, Spagnolo-Allende A, Yang D, Qiao Y, Gutierrez J. Epidemiology, Pathophysiology, and Imaging of Atherosclerotic Intracranial Disease. *Stroke*. Wolters Kluwer Health. 2024;55(2):311-323. doi:10.1161/STROKEAHA.123.043630
2. Duan H, Yun HJ, Geng X, Ding Y. Branch atheromatous disease and treatment. *Brain Circ*. 2022;8(4):169-171. doi:10.4103/bc.bc_56_22
3. Li S, Ni J, Fan X, et al. Study protocol of Branch Atheromatous Disease-related stroke (BAD-study): a multicenter prospective cohort study. *BMC Neurol*. 2022;22(1). doi:10.1186/s12883-022-02976-9
4. Takahashi Y, Yamashita T, Morihara R, et al. Different Characteristics of Anterior and Posterior Branch Atheromatous Diseases with or without Early Neurologic Deterioration. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2017;26(6):1314-1320. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.02.001
5. Wu X, Liu Y, Nie C, et al. Efficacy and Safety of Intravenous Thrombolysis on Acute Branch Atheromatous Disease: A Retrospective Case-Control Study. *Front Neurol*. 2020;11. doi:10.3389/fneur.2020.00581
6. Uchiyama S, Toyoda K, Kitagawa K, et al. Branch atheromatous disease diagnosed as embolic stroke of undetermined source: A sub-analysis of NAVIGATE ESUS. *International Journal of Stroke*. 2019;14(9):915-922. doi:10.1177/1747493019852177
7. Views h v i e w s.
8. Nagasawa J, Suzuki K, Hanashiro S, et al. Association between Middle Cerebral Artery Morphology and Branch Atheromatous Disease. Vol 70. 2023.
9. Matsuda Y, Mineharu Y, Kimura M, et al. RNF213 p.R4810K Variant and Intracranial Arterial Stenosis or Occlusion in Relatives of Patients with Moyamoya Disease. *Journal of Stroke and Cerebro-*

- vascular Diseases. 2017;26(8):1841-1847. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.04.019
10. Eto F, Yoshimoto T, Okazaki S, et al. RNF213 p.R4810K (c.14429G > A) Variant Determines Anatomical Variations of the Circle of Willis in Cerebrovascular Disease. *Front Aging Neurosci.* 2021;13. doi:10.3389/fnagi.2021.681743
 11. Medrano-Martorell S, Pumar-Pérez M, González-Ortiz S, Capellades-Font J. A review of the anatomy of the middle cerebral artery for the era of thrombectomy: A radiologic tool based on CT angiography and perfusion CT. *Radiología (English Edition).* 2021;63(6):505-511. doi:10.1016/j.rxeng.2021.10.004
 12. Prabhakaran S, Liebeskind DS, Cotsonis G, et al. Predictors of Early Infarct Recurrence in Patients with Symptomatic Intracranial Atherosclerotic Disease. In: *Stroke. Vol 52. Wolters Kluwer Health;* 2021:1961-1966. doi:10.1161/STROKEAHA.120.032676
 13. Romano JG, Prabhakaran S, Nizam A, et al. Infarct recurrence in intracranial atherosclerosis: Results from the MyRIAD study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases.* 2021;30(2). doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105504
 14. Srivastava AK, Prabhakaran S. Intracranial Atherosclerotic Disease.
 15. Wang Y, Zhao X, Liu L, et al. Prevalence and outcomes of symptomatic intracranial large artery stenoses and occlusions in China: The Chinese intracranial atherosclerosis (CICAS) study. *Stroke.* 2014;45(3):663-669. doi:10.1161/STROKEAHA.113.003508
 16. Zedde M, Pezzella FR, Lochner P, Pascarella R. Parent Artery Disease-Related Stroke: What Is the Impact on Endovascular Treatment? A Narrative Review. *J Clin Med. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI).* 2026;15(3). doi:10.3390/jcm15030983
 17. Ryoo S, Park JH, Kim SJ, et al. Branch occlusive disease Clinical and magnetic resonance angiography findings. *Neurology.* 2012;78(12):888-896. doi:10.1212/WNL.0b013e31824c4699
 18. Sarkar S, Ghosh S, Ghosh SK, Collier A. Role of transcranial Doppler ultrasonography in stroke. *Postgrad Med J.* 2007;83(985):683-689. doi:10.1136/pgmj.2007.058602
 19. Ryoo S, Lee MJ, Cha J, Jeon P, Bang OY. Differential vascular pathophysiologic types of intracranial atherosclerotic stroke: A high-resolution wall magnetic resonance imaging study. *Stroke.* 2015;46(10):2815-2821. doi:10.1161/STROKEAHA.115.010894
 20. Antoniello D, Ladsaria SS, Bhatia R. Three-Dimensional Maps of the Lenticulostriate Artery Territory. *Neurology.* 2025;104(10). doi:10.1212/WNL.00000000000213649
 21. Djulejić V, Marinković S, Maliković A, et al. Morphometric analysis, region of supply and microanatomy of the lenticulostriate arteries and their clinical significance. *Journal of Clinical Neuroscience.* 2012;19(10):1416-1421. doi:10.1016/j.jocn.2011.10.025
 22. Prianto JT, Achmad Bayhaqi, Mohd Fandi Al-Khafiz Kamis, Rajeev Shamsuddin Perisamy, Mohammad Syafeeq Faez Md Moh. Clinical and Radiological Approach to the Diagnosis of Branch Atheromatous Disease: Case Report and Review of Literature. *Journal Of Cardiovascular, Neurovascular & Stroke.* 2025;7(1):11-18. doi:10.32896/cvns.v7n1.11-18
 23. A BA, M H SS, J AM. CASE REPORT A Case of Recurrent Stroke in Left MCA Stenosis.
 24. Zhou L, Yao M, Peng B, Zhu Y, Ni J, Cui L. Atherosclerosis might be responsible for branch artery disease: Evidence from white matter hyperintensity burden in acute isolated pontine infarction. *Front Neurol.* 2018;9(OCT). doi:10.3389/fneur.2018.00840
 25. Deguchi I, Takahashi S. Pathophysiology and Optimal Treatment of Intracranial Branch Atheromatous Disease. *J Atheroscler Thromb. Japan Atherosclerosis Society.* 2023;30(7):701-709. doi:10.5551/jat.RV22003
 26. Views h v i e w s.

A case of branch atheromatous disease with recurrent ischemic stroke

Baigalmaa Ts¹, Altankhuyag J², Ganbaatar R³, Baigalmaa G³, Natsagdorj L³

¹Department of Neurology, Ach International Hospital

²Radiology Referral Center, Third State Central Hospital

³Neurology Center, Third State Central Hospital

E-mail: baigaltsolmon@gmail.com, Tel: +976-99170788

Abstract: Branch atheromatous disease (BAD) is believed to be one subtype of ischemic stroke brought on by plaque accumulation that obstructs or stenoses the entrance of penetrating branches. Based on clinical status, risk factors, laboratory results, and radiographic features of infarct and blood vessel morphologies, BAD has been differentiated from large-vessel occlusion and small-vessel disease. BAD-induced stroke has been strongly associated with worse outcomes than lacunar strokes, including high rates of early neurological deterioration (END), recurrent transient ischemic attacks and strokes, and disability. Determining treatment options and each patient's prognosis depends on early identification of BAD.

Case Presentation: A 34-year-old male with a history of recurrent acute ischemic stroke within 7 months, caused by stenosis of the M1 segment of the right middle cerebral artery, was hospitalized twice at the Third Central Hospital of Mongolia. Intravenous Thrombolytic therapy (tPA) was administered during each admission.

Conclusion: Precise diagnosis of BAD is crucial for planning subsequent treatment and secondary prevention.

Keywords: Branch atheromatous disease, recurrence, imaging, treatment.

Хүнд хэлбэрийн полимиозит болон рабдомиолиз хавсарсан эмнэлзүйн тохиолдол

Н.Дэмчигмаа^{1,2,5}, М.Энхжаргал², Г.Ганбаяр², Л.Саямаа³, Ч.Эрдэнэчимэг⁴,
Г.Ану^{2,5}, Д.Намуунтуул^{2,5}, Д.Цолмон^{1,2}, З.Дэвшил^{1,2,5}

¹АШУУИС АУС, Ревматологийн тэнхим

²АШУУИС, Монгол-Японы эмнэлэг, Хэвтэн эмчлүүлэх тасаг

³АШУУИС, БАС, Эмгэг судлал, шүүх эмнэлгийн тэнхим

⁴Арьсны өвчин судлалын үндэсний төв, Поликлиникийн тасаг

⁵АШУУИС, Монгол-Японы эмнэлэг, Ревматологийн төв

Цахим иуудан: demchigmaa@mnums.edu.mn, Утас: 88026221

Түлхүүр үг:

Миопати
Булчин сулрал
Креатинкиназа
ихсэх
Булчингийн
биопси

Товч утга:

Үндэслэл: Полимиозит (РМ) нь проксимал булчингийн тэгш хэмт сулрал, булчингийн ферментийн идэвхжил нэмэгдэх, дисфаги болон амьсгалын булчингийн сулралаар илэрдэг ховор тохиолдох үрэвсэлт миопати юм. Рабдомиолиз нь араг ясны булчингийн эрчимтэй задралын улмаас миоглобинури үүсгэж, бөөрний цочмог гэмтэл болон олон эрхтний хүндрэлд хүргэх эрсдэлтэй. Полимиозитын үед рабдомиолиз хавсран илрэх нь ховор бөгөөд оношилгоо, эмчилгээний асуудлыг хүндрүүлдэг. **Тохиолдол:** 65 настай эрэгтэй өвчтөн 39°C хүртэл халуурах, биеэр тууралт гарах, залгихад хүндрэлтэй болох, булчингийн хүч сулрах, амьсгаадах, шээсний гарц багасах, өтгөн хар цайны өнгөтэй шээх гарах зовууриар эмнэлэгт хэвтсэн. Үзлэгээр хоёр гарын проксимал булчингийн хүч 3/5, хоёр хөлийнх 4/5, хүзүүний булчингийн хүч 4/5 болж буурсан, дисфаги болон тархмал арьсны тууралт илэрсэн. Лабораторийн шинжилгээнд CK 9943.1 U/L, ALT 449.1 U/L, AST 222.1 U/L, LDH 1342.9 U/L, CRP 70.6 mg/L байв. Шээсэнд цус 3+, уураг 2+ илэрсэн боловч тунадасны шинжилгээнд эритроцит илрээгүй. Электромиографид миопатик өөрчлөлт, булчингийн биопсид үрэвслийн нэвчдэс болон үхжилтэй булчингийн ширхэгүүд илэрсэн. **Дүгнэлт:** Полимиозит болон рабдомиолизын оношилгоонд эмнэлзүй, лаборатори, эсрэг биеийн шинжилгээ, электрофизиологи болон булчингийн биопсийн шинжилгээг цогцоор нь үнэлэх нь оношийг баталгаажуулах, ижил төстэй эмгэгүүдээс ялган оношлох, эмчилгээний аргыг зөв тодорхойлох цаашлаад өвчтөний амь насанд аюултай хүндрэлээс эрт сэргийлэх, амьдралын чанарыг сайжруулах чухал ач холбогдолтой.

Үндэслэл: Полимиозит (Polymyositis, РМ) нь жилд 0.2-2/100.000 тохиолддог ба нийт үрэвсэлт миопатийн эмгэгүүдийн 2%-ийг эзэлдэг, булчингийн проксимал хэсгийн сулрал, зарим тохиолдолд дисфаги, амьсгалын булчингийн сулралаар илэрч өвчний явц болон тавиланд сөргөөр нөлөөлдөг ховор тохиолддог эмгэг юм.¹ Гэмтлийн бус рабдомиолиз нь жилд 1/100.000 тохиолдол тохиолддог бөгөөд араг ясны булчингийн эсүүд давшингуй гэмтэж задарсны улмаас эсийн доторх миоглобин, креатинкиназа, электролит, саркоплазмийн уургууд цусанд их хэмжээгээр ялгарч эмнэлзүйд булчин сулрал болон олон эрхтэн тогтолцооны хүндрэлээр нас баралтад хүргэдэг эмгэг юм.² Дээрхи эмгэгүүд цуг оношлогдох нь маш ховор ба эх сурвалжаас авч үзэхэд ердөө 2-3 тохиолдол

одоогоор хэвлэгдсэн байна. Булчингийн дээрх эмгэгүүд нь генетикийн хүчин зүйл, халдвар, эмийн шалтгаант (статин, фибрат, зарим антибиотик гэх мэт) зэрэг олон хүчин зүйлээс үүдэн үүсч болно.³ Сүүлийн жилүүдэд миозитын ангилал, оношилгоо боловсронгуй болсноор полимиозитыг бусад үрэвсэлт болон миопатийн эмгэгүүдтэй ялган оношлох шаардлагатай болоод байна. Тухайлбал, дархлаа хамааралт үхжилт миозит, антисентатаза хамшинж, оршихуун биет миозит болон зарим мөчдийн бүслүүр булчингийн дистрофи зэрэг эмгэгүүд нь полимиозиттой төстэй эмнэлзүйн болон лабораторийн шинжээр илэрч болдог. Иймээс өвчтөний эмнэлзүйн шинж тэмдэг, булчингийн үзүүлэлт, миозитын аутоэсрэгбие, электромиографи, булчингийн СРТ шинжилгээ болон