

шаардлагатай тохиолдолд булчингийн биопсийн үр дүнг цогцоор нь үнэлэх нь оношийг зөв тодруулахад чухал ач холбогдолтой. Бидний танилцуулж буй тохиолдол нь дээд мөчдийн булчингийн сулрал болон дисфагиар илэрсэн хүнд хэлбэрийн полимиозит болон рабдомиолиз хавсран оношлогдсон тохиолдол юм.

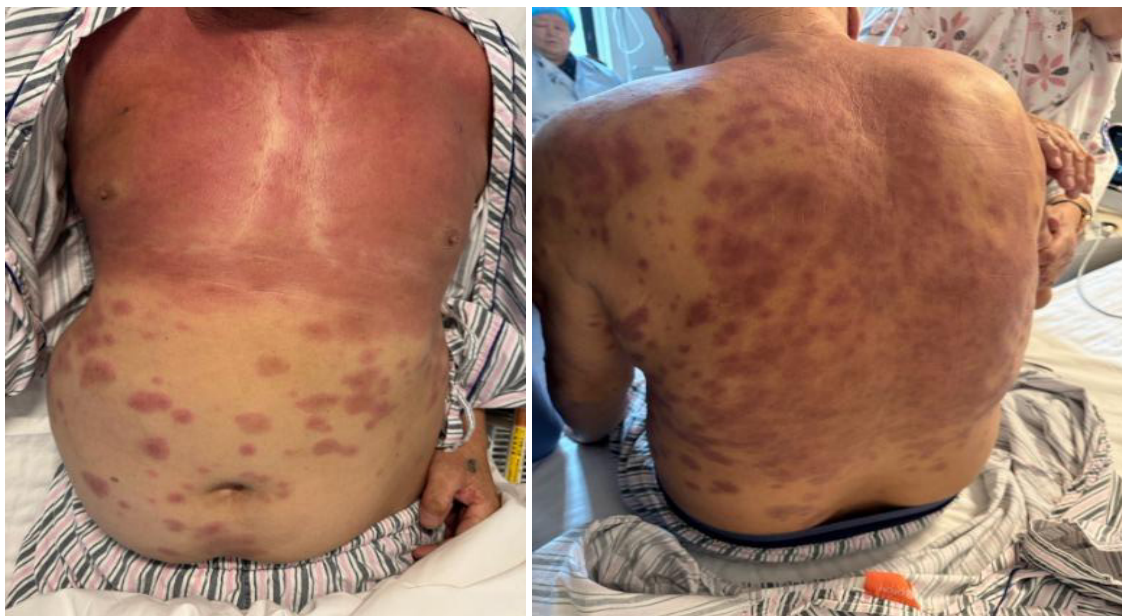
Эмнэлзүйн тохиолдлын танилцуулга: Эмчлүүлэгч 65 настай, эрэгтэй өвчтөн 39 хэм хүртэл халуурна, биеэр тууралт гарна, юм залгихад хоолой хөндүүрлэж хүчилж залгина, бусдын тусламжтай босно, амьсгаадна, шээсний гарц багасаж өтгөн хар цай шиг болно гэх зовууриар МЯЭ-ийн ревматологийн амбулаторид хандан яаралтай журмаар эмнэлэгт хэвтсэн.

Зовуурь илрэхээс 5 сарын өмнө цус шингэлэх үйлчилгээтэй нэр бүхий ургамлын гаралтай эм ууж хэрэглэсэн ба эм уусны дараагаас арьсаар тууралт гарч эхэлсэн. 2 сарын өмнө болон 1 жилийн өмнө ТСДОЭ хийлгэж зүрхний титэм судсанд стент тавиулсан бөгөөд аторвастатин 40мг, клопидогрел 75мг тунгаар тогтмол хэрэглэдэг байсан.

Бодит үзлэгт биеийн байдал хүндэвтэр, хүчилтөрөгчийн 1-2л/мин хэрэгцээтэй, бусад амин үзүүлэлт тогтвортой, хөдөлгөөний идэвхи сул, орноос босох эсвэл суухдаа бусдын дэмжлэгтэй хөдөлгөөн хийнэ, уушги цулцангийн суларсан амьсгалтай, амьсгалд туслах булчин оролцохгүй, цус эргэлт тогтвортой, зүрхний авиа тод, хэм жигд түргэссэн, хэвлий тэмтрэлтээр эмзэглэлгүй, гялтан цочролын шинжгүй, бөөр тэмтрэлтээр эмзэглэлгүй, захад хавангүй. Булчингийн хүч хоёр гарт проксимал булчингийн хүч 3 оноо, хоёр хөлд проксимал булчингийн 4 оноо, хүзүү нугалах болон тэнийлгэх хөдөлгөөний булчингийн хүч 4 оноо болж буурсан байв.

Хүзүү, цээж, сээр, бүсэлхий, 2 гарын делтойд булчин, хэвлий, өгзөг гуяны дотор хэсэгт зах хүрээ тод, хүрэхэд халуун, дарахад өнгө нь бүдгэрэх тархмал толбон тууралттай, хамгийн томдоо 3-4 см, улаан ягаанаас хөх өнгөтэй, өвдөлтгүй тууралтат өөрчлөлттэй (Зураг 1).

А Б



Зураг 1. Өвчтөний арьсны өөрчлөлт

А- урд талаас, Б- ард талаас

Лабораторийн шинжилгээнд лейкоцитозтой буюу $9.99 \times 10^3/\mu\text{L}$, креатинкиназа-9943.1U/L, АЛАТ-449.1U/L, АСАТ-222.1U/L, лактатдегидрогеназа-1342.9, Ц урвалж уураг-70.6 mg/L байсан. Шээсний ерөнхий шинжилгээнд протейнури (2+), гематури (3+), ACR>300mg/gCr илэрсэн. Вирусын халдварын шинжилгээнд Цитомегаловирус IgG 302.4 u/ml, Эпштейн Барр IgG 137.5gu/ml болж тус тус ихэссэн үзүүлэлттэй байв. Электромиографийн шинжилгээнд гар хөлийн проксимал булчинд шинжилгээ хийхэд булчингийн идэвхитэй денерваци бүхий миопатик өөрчлөлт илэрсэн. Цээжний КТГ шинжилгээнд хоёр уушгины доод дэлбэнд субплеврал байрлалтай торлог болон шугаман фибротик өөрчлөлттэй байсан. Булчингийн хэт авиаан шинжилгээнд хэсэгчилсэн хавангийн зураглалтай байлаа. Тархины суурь-амны хөндийн КТГ шинжилгээнд тархины эдэд цус хуралт болон эзэлхүүнт өөрчлөлтгүй, хажуугийн ховдолууд

ердийн, хамар дайврын хөндийн агааржилт хэвийн байв. Дээрхи шинжилгээ болон оношилгоонд үндэслэн дүгнэхэд 1975 оны Бохон болон Петерс нарын шалгуурын А, В, С үзүүлэлтийг хангаж полимиозит онош байх магадлалтай гэж дүгнэн эмчилгээнд преднизолон хоногт 500мг тунгаар, судсаар дуслаар 3 хоног, 125мг тунгаар 4 хоног, 60мг тунгаар 3 хоног, 30мг тунгаар 1 хоног хийсэн. Эмчилгээний эхний 3 хоногт эмийн эмчилгээнд зовуурь, шинжилгээний үзүүлэлт засарч байсан боловч эмчилгээний 4 дэх хоногт ховдлын дээрхи тахикарди илэрч амиодарон эмчилгээ заалтаар хийгдсэн. Тус өдрийн оройноос эмнэлзүйд зовуурь нэмэгдэж, булчингийн хүч суларсан, шинжилгээнд булчингийн үзүүлэлтүүд нэмэгдэж сөрөг динамиктай болсон шээсний өнгө өтгөн хар цай шиг болж өөрчлөгдсөн (зураг 2), 1 хоногийн дараанаас шээсний өнгө улаан болж шээсний шинжилгээнд гематури (BLD 3+) илэрсэн боловч