



1925

**УЛСЫН НЭГДҮГЭЭР
ТӨВ ЭМНЭЛЭГ**

АНХДАГЧ МАНЛАЙЛАГЧ



**THE FIRST CENTRAL
HOSPITAL OF MONGOLIA 1925-2025**

ЭМНЭЛЗҮЙН ХОВОР ТОХИОЛДЛЫН ҮНДЭСНИЙ VI ЧУУЛГАН

УЛААНБААТАР 2026 ОН



АГУУЛГА

| | | |
|--|---|-----|
| 2. ШАЛГАРСАН ИЛТГЭЛҮҮД (МЭС ЗАСЛЫН АНАГААХ УХААНЫ САЛБАР) | | |
| | 2.2 УЛААН ХООЛОЙН АЯНДАА УРАГДАХ (BOERHAAVE SYNDROME) | 9 |
| | 2.3 10 НАСТАЙ ОХИНД УУШГИНЫ ХАВСАРСАН ЖИЖИГ ЭСИЙН ХАВДАР ОНОШЛОГДСОН ХОВОР ТОХИОЛДОЛ..... | 14 |
| | 2.4 ПАРРИ-РОМБЕРГИЙН ХАМ ШИНЖИЙГ ИЛРҮҮЛСЭН ТОХИОЛДОЛ..... | 19 |
| | 2.5 ГОЛТЫН АРЫН ЗАЙН АНХДАГЧ ЛИПОСАРКОМА | 24 |
| | 2.6 ӨВДӨГНИЙ ҮЕНД ҮҮССЭН СИНОВИАЛ ХОНДРОМАТОЗЫН ХОВОР ТОХИОЛДОЛД МЭС ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭ ХИЙСЭН ТУХАЙ..... | 27 |
| | 2.7 БАМБАЙ БУЛЧИРХАЙН БЭТЭГ ӨВЧНИЙ МЭС ЗАСАЛ ХИЙСЭН ТУХАЙ..... | 30 |
| | 2.8 ГУЯНЫ МЭДРЭЛИЙН ШВАНОМА АВАХ МЭС ЗАСЛЫН ҮР ДҮН | 35 |
| | 2.9 ПЬЮЦ-ЖЕГЕРСИЙН ХАМ ШИНЖ..... | 40 |
| | 2.10 ТАРХИНЫ СУДАСНЫ ХЭТ ОЛОН ЦҮЛХЭН..... | 43 |
| 3. ШАЛГАРСАН ИЛТГЭЛҮҮД (ДОТРЫН АНАГААХ УХААНЫ САЛБАР) | | |
| | 3.1 ТӨРӨЛХИЙН СУПРАВЕНТРИКУЛЯР ТАХИКАРДИ: ИХЭР НЯРАЙН ТОХИОЛДОЛ..... | 53 |
| | 3.2 НАСАНД ХҮРЭГСДЭД ТОХИОЛДОХ ШАВИА ЧӨМГИЙГ ХАМАРСАН ХОДЖИНЫ БУС БУРКИТТ ЛИМФОМЫН ОНОШИЛГОО, ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ТОХИОЛДОЛ | 59 |
| | 3.3 ХҮҮХДИЙН ГАВЛЫН СУУРЬ ЯСНЫ АНХДАГЧ РАБДОМИОСАРКОМА | 67 |
| | 3.4 ДАВХАР АНЕУПЛОИДИ: 18-Р ХРОМОСОМЫН ХЭСЭГЧИЛСЭН ГУРВАЛ (ЭДВАРДСЫН ХАМШИНЖ) БА ХҮҮ ХАМШИНЖИЙН ХОВОР ТОХИОЛДОЛ | 72 |
| | 3.5 ЗАЛУУ НАСАНД ТОХИОЛДОХ MLL:AF10 ГЕНИЙ ГАЖИГ БҮХИЙ ЦОЧМОГ МОНОЦИТЫН ЛЕЙКЕМИЙН ОНОШИЛГОО, ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ТОХИОЛДОЛ | 77 |
| | 3.6 НЯРАЙН МАРФАН ХАМШИНЖ..... | 85 |
| | 3.7 ЭДИЙН ШИНЖИЛГЭЭГЭЭР ОНОШИЛСОН ГАДНА БЭЛЭГ ЭРХТНИЙ ЭПИТЕЛИОИД САРКОМА..... | 91 |
| | 3.8 ТӨРСНИЙ ДАРААХ ХОРИОНКАРЦИНОМА: ОНОШИЛГОО БА ЭМЧИЛГЭЭНИЙ МЕНЕЖМЕНТ | 93 |
| | 3.9 ХЭЙ-УЭЛЛСИЙН ХАМШИНЖ | 94 |
| | 3.10 ЭМНЭЛЗҮЙГЭЭР ОНОШЛОГДСОН ЦЭВРҮҮТ ТОГТОЛЦООНЫ УЛААН ЯР (BSLE)..... | 97 |
| 4. ХҮЛЭЭЖ АВСАН ИЛТГЭЛИЙН ЖАГСААЛТ | | |
| | 4.1 МЭС ЗАСЛЫН АНАГААХ УХААНЫ САЛБАР | 104 |
| | 4.2 ДОТРЫН АНАГААХ УХААНЫ САЛБАР | 111 |
| Эрхэлсэн: | | |
| П.Анхтуяа | /Клиникийн профессор, Тэргүүлэх зэргийн эмч, Удирдахуйн ухааны магистр, УНТЭ-ийн ерөнхий захирал/ | |
| Эмхэтгэсэн: | | |
| О.Сэргэлэн | /АШУ-ны доктор, профессор, УНТЭ-ийн Эрдэмтдийн зөвлөлийн дарга/ | |
| Л.Ганболд | /Академич, Анагаах ухааны доктор, профессор УНТЭ-ийн эрдэмтдийн зөвлөлийн гишүүн/ | |
| Э.Баярмаа | /Анагаах ухааны доктор, профессор УНТЭ-ийн эрдэмтдийн зөвлөлийн гишүүн/ | |
| Б.Хишигжаргал | /Анагаах ухааны доктор, УНТЭ-ийн ЦЭСЧШСТ-ийн их эмч/ | |
| Л.Бямбасүрэн | /Анагаах ухааны доктор, УНТЭ-ийн ЧХХСМЗТ-ын зөвлөх эмч/ | |
| О.Баярмаа | /Анагаах ухааны доктор, УНТЭ-ийн ГЭТ-ийн дарга/ | |
| Д.Баян-Өндөр | /Анагаах ухааны доктор, УНТЭ-ийн УАТ-ийн дарга/ | |
| Ж.Саранцэцэг | /Анагаах ухааны доктор, УНТЭ-ийн ЭЭСНЛ-ийн эрхлэгч/ | |
| Х.Баялагмаа | /Анагаах ухааны доктор, УНТЭ-ийн МХНТ-ийн их эмч/ | |
| Ж.Ариунболд | /Анагаах ухааны доктор, УНТЭ-ийн БТ-ийн дарга/ | |
| Г.Анар | /Анагаах ухааны доктор, УНТЭ-ийн ГЭТ-ийн их эмч/ | |
| Л.Оюунболд | /Анагаах ухааны доктор, УНТЭ-ийн ДОТ-ийн их эмч/ | |
| Т.Саруул | /Анагаах ухааны доктор, УНТЭ-ийн УНТЭ-ийн ЦЭСЧШСТ-ийн их эмч, УНТЭ-ийн Эрдэмтдийн зөвлөлийн нарийн бичиг/ | |
| Б.Анударь | /УНТЭ-ийн СЭШХАА-ны мэргэжилтэн/ | |
| А.Сувд-Эрдэнэ | /УНТЭ-ийн СЭШХАА-ны мэргэжилтэн/ | |
| Н.Мөнхжин | /УНТЭ-ийн СЭШХАА-ны мэргэжилтэн/ | |
| Хянасан: | | |
| Л.Од-Эрдэнэ | /Анагаах ухааны доктор, Клиникийн профессор, Тэргүүлэх зэргийн эмч, УНТЭ-ийн ЭШСТ-ийн Бөөрний эмч/ | |



П.АНХТУЯА /УНТЭ-ийн Ерөнхий захирал/

Эрүүл мэндийн салбарын Эрхэм хүндэт эрдэмтэн судлаач, эрдэм оюуныг эрхэмлэн дээдлэгч, эрдэм судлалд шимтэн суралцагч Та бүхэндээ Эмнэлзүйн ховор тохиолдлуудыг нэгтгэн мэргэжил нэгтгүүдийнхээ хүртээл болгож буй энэ өдрийн мэндийг өргөн дэвшүүлье.

Энэхүү эмхэтгэлд багтсан илтгэлүүд нь эмнэлзүйн практикт оношилгоо эмчилгээний үр чадвар, сорилт дагуулсан ховор тохиолдох эмгэгийн жишээ, туршлагуудыг нэгтгэн, үр дүнг мэргэжил нэгтгүүддээ танилцуулах, харилцан туршлага солилцох, тохиолдлын нэгдсэн санг баяжуулах, нотолгоонд суурилсан анагаах ухааны хөгжилд хувь нэмэр оруулах зорилготой юм. Эмнэлзүйн ховор тохиолдол нь эмч судлаачдын сонирхлыг татахуйц байхаас гадна онош зүйн сэтгэлгээг тэлэх, ялган оношлох чадварыг дээшлүүлэх, нотолгоонд суурилсан анагаах ухааны мэдлэгийг баяжуулах чухал ач холбогдолтой билээ.

Эмнэлзүйн бодит үзлэг, дүрс оношилгоо, лабораторийн шинжилгээ, эмчилгээний арга барил, явц, үр дүнгийн дэлгэрэнгүй мэдээлэлд тулгуурласан илтгэлүүдээрээ ховор тохиолдох эмгэгүүдийн оношилгоо эмчилгээний хүндрэл, хожуу илрүүлэлт, хавсарсан эмгэгүүдээс сэргийлэх, эрт таних мэдлэгийг нэмэгдүүлэх боломжийг бий болгож байгаагийн зэрэгцээ оношилгоо эмчилгээний шинэ арга барил, багийн хамтын ажиллагаа, салбар хоорондын уялдаа холбооны үр дүн, ач холбогдлыг тодотгож, цаашдын судалгаа шинжилгээ, эмнэлзүйн хэлэлцүүлэг, эрдэм судлалын ажилд үнэтэй эх сурвалж болж, оюуны хэрэглээний тасралтгүй эргэлтэд оруулж байгаад бахархалтай байна.

Эмхэтгэлд илтгэлээ ирүүлсэн эмч, судлаачид, шүүн хэлэлцсэн “Эрдэмтдийн зөвлөл”-ийн комиссын гишүүд, зохион байгуулалтын нэгж, баг, дэмжин оролцсон байгууллагуудад гүн талархал илэрхийлье. Та бүхний хичээл зүтгэл, итгэл сэтгэл, мэргэжлийн өндөр хариуцлага нь энэхүү бүтээлийн үнэ цэнийг тодорхойлж байна.

Эмнэлзүйн мэдлэг, туршлагаа харамгүй хуваалцсан нийт эрдэмтэн судлаач, эрдэм оюуныг эрхэмлэн дээдлэгч, эрдэм судлалд шимтэн суралцагч Та бүхэнд дахин талархал илэрхийлж, уншигч танд энэхүү эмхэтгэл нь судалгааны болон ажилд тань өгөөжтэй байна гэдэгт итгэлтэй байна.



С.МӨНХБАЯРЛАХ /Анагаах ухааны доктор, профессор/

Анагаах ухааны салбарын эрхэм хүндэт эмч, мэргэжилтнүүд та бүхэнд билэгт сайн өдрийн мэндийг өргөн дэвшүүлье.

Монгол Улсын хэмжээнд эмнэл зүйн практикт тохиолдож буй ховор өвчний оношилгоо, эмчилгээний туршлагаас харилцан суралцах, нэгтгэн дүгнэх, мэдлэг мэдээллийг түгээх, ховор тохиолдолын сан бүрдүүлэх зорилгоор Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг-ийн Сургалт, эрдэм шинжилгээ, стратеги эрхэлсэн захирлаар ажиллаж байхдаа “Эмнэл зүйн ховор тохиолдлын анхдугаар чуулган”-ыг санаачлан 2020 онд зохион байгуулсан юм. Тухайн үеэс хойш энэхүү чуулган жил бүр уламжлал болон амжилттай зохион байгуулагдаж, өдгөө үндэсний хэмжээний эмч нарын хүсэн хүлээдэг, нэр хүндтэй эмнэл зүйн томоохон арга хэмжээ болон хөгжиж төлөвшин байгаад баяртай байна.

Жил бүр улсын хэмжээнд оношлогдож, эмчилгээ хийгдсэн эмнэл зүйн ховор тохиолдлуудыг энэхүү чуулганд хэлэлцүүлж, эмхэтгэн сан үүсгэн хадгалж ирсэн нь онол, практикийг уялдуулах бодит эх сурвалж болж байна. Тэр дундаа залуу эмч нарт эмнэл зүйн сэтгэлгээ төлөвшүүлэх, оношилгоо-эмчилгээний шийдвэр гаргалтад суралцах, бусдын туршлагаас үлгэр авах үнэт гарын авлага болж буйгаараа онцгой ач холбогдолтой юм.

2026 онд зургаа дахь удаагаа зохион байгуулагдаж буй Үндэсний чуулганд улсын төв эмнэлгүүд, аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгүүд болон хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллагуудаас нийт 110 ховор тохиолдлыг хүлээн авсанаас 69 нь мэс заслын, 41 нь дотрын анагаах ухааны салбарын тохиолдол байна. Ингэснээр 2020 оноос хойш эмнэл зүйн нийт 758 ховор тохиолдлыг албан ёсоор бүртгэн, эмхэтгэж хадгалснаар ховор тохиолдлын үндэсний сан тогтмол баяжин өргөжиж байна. Жил ирэх тусам ирүүлж буй илтгэлүүдийн шинжлэх ухаанч байдал, нотолгоонд суурилсан хандлага, оношилгоо-эмчилгээний нарийвчлал улам сайжирч буйд туйлын сэтгэл хангалуун байна.

Энэхүү ном нь Монголын эмч нарын мэдлэг, үр чадвар, хамтын ажиллагааны илэрхийлэл болж, цаашдын судалгаа, сургалт, эмнэл зүйн практикт бодит хувь нэмэр оруулна гэдэгт итгэлтэй байна. Та бүхний хуримтлуулсан мэдлэг, туршлага ирээдүйн олон хүний амь нас, эрүүл мэндэд гэрэл болон түгэж,

Эрхэм хүндэт эмч та бүхний онош тод, шийдвэр мэргэн, гар эвлэг, сэтгэл төвшин байж, хуримтлуулсан мэдлэг, туршлага тань ирээдүйн олон хүний амь нас, эрүүл мэндэд гэрэл болон түгэх болтугай.

2.1 ТАКАЯСУ АРТЕРИТ (БАРУУН ГҮРЭЭНИЙ ЕРӨНХИЙ АРТЕРИ, 2 ТАЛЫН ЭГМЭН ДООРХ АРТЕРИЙН НАРИЙСАЛ. ЗҮҮН ГҮРЭЭНИЙ ЕРӨНХИЙ АРТЕРИЙН БӨГЛӨРӨЛ)

J.Erdenetuya¹, Enkh-Amhалан Sh¹, N.Nymdavaa¹, M.Purevtseren¹, N.Byambadorj¹, B.Demberelmaa¹, P. Bayarmaa²

¹Эрчимт эмчилгээний нэгдсэн тасаг, УГТЭ
²Харвалтын А тасаг УГТЭ

УДИРТГАЛ:

Такаясу артерит нь ховор тохиолддог өвчин бөгөөд дэлхий даяар нэг сая тутамд 1-2 тохиолдол бүртгэгддэг бөгөөд ихэнх нь эмэгтэйчүүд байдаг (9:1). Энэ нь залуучуудын өвчин гэж тооцогддог бөгөөд ихэнх нь 40-50 насны өвчтөнүүдэд илэрдэг. Гэсэн хэдий ч энэ нь бага насны хүүхэд, өндөр настнуудад ч тодорхойлогдсон байдаг. Энэ нь дэлхий даяар тархсан бөгөөд Азид хамгийн их тархалттай байдаг. Японд жил бүр 150 шинэ тохиолдол бүртгэгддэг гэсэн судалгаа бий.

ЭМНЭЛЗҮЙН ХОВОР ТОХИОЛДОЛ Н.Д 52 настай/эмэгтэй

АСУУМЖ:

2026/01/01-ий өглөө 09:30-10:00 цагийн үед дотор муухайрч баруун гар хөл суларч эхэлсэн НЯТТ-р 10:40-д тархины КТГ, тархины СРТ шинжилгээ хийгдэж тархины цус тасалдах харвалт оношлогдон 2цаг 14минутад Алтеплазаг 0,9мг/65 кг жинд тооцож хийгдсэн.

АРХАГ ХУУЧ ЭМГЭГ:

2025 оны 7 сард “Цус хомсрох харвалт цус” оношлогдож 7 хоног эмийн эмчилгээ хийгдсэн.
2025 оны 8-р сарын 4-нд Такаясу хаш шинж оношлогдсон.
2025/08/13-нд ШУГТЭ-ТаСДО хийлгэхэд Баруун эгэм доорх артери, гүрээний ерөнхий артерийн салаалах хэсэгт хүнд зэргийн нарийсал оношлогдсон.
2025-08 сарын 19нд УГТЭ-ЗСМЗ зөвлөгөөнөөр аспириин клопидогрил уухаар зөвлөгдсөн.
2025 оны 8 сарын 29нд Бээжинд эмнэлэгт үзүүлж тогтмол преднизолон 5мг, upadacitinib 15mg 1*1 ууж байгаа.
2025 11 сард сүүлд хяналтын үзлэгтээ орсон, тухайн үед зүүн гарын сарвуу хэсэг суларч амбулаториор үзүүлэн толгойн СРТ хийгдэхэд баруун дух зулайн орчим үүсгэвэр оношлогдсон.
Хорт зуршил: Тамхи 20 гаруй жил татсан. Тамхинаас гараад 1 жил болж байгаа.
Эмэгтэйчүүдийн асуумж: Жирэмслэлт-3, Төрөлт-2/1-зулбалт/

ЭМНЭЛЗҮЙН ЯВЦ:

Эмнэлзүйн явц: Эмчлүүлэгч 2026 оны 01 дүгээр сарын 01-ний өдөр шинж тэмдэг эхэлснээс хойш 4 цаг 10 минутын дотор эмнэлэгт ирж, зүүн дунд тархины артерийн бөглөрлөөс шалтгаалсан хурц ишемийн харвалт оношлогдсон. NIHSS 18 балл, эсрэг заалт илрээгүй тул стандарт заалтын дагуу алтеплазын бүлэн уусгах эмчилгээг Алтеплазаг 0,9мг/65 кг жинд тооцон хийгдсэн. БУЭ дараа 2026/01/02 нд ухаан санааны байдал дордож, тархины багана дарагдлын шинжүүд гүнзгийрсэн тул яаралтай ММЗ багт танилцуулан дарагдал чөлөөлөх мэс засал хийгдсэн. Мэс засал эмчилгээний дараа ухаан санааны байдал дордолгүй, мэдрэлийн голомтот шинж тэмдгийн хувьд NIHSS 18 балл, шинэ голомтот шинж нэмэгдээгүй. 1 сарын 2-ноос хойш зохиомол амьсгалын аппараттай байж 1 сарын 13нд экстубаци хийгдсэн.

ЭРЧИМТ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ТАСГААС ШИЛЖИХ ҮЕД:

Энгийн команд биелүүлнэ. GCS(E3V1M6)балл. Мотор афазитай. Баруун мөчдөд тонус сул. Булчингийн хүч баруун гарт 1/5 хөлд 2/5 балл. NIHSS 15 /Que1Fac1Mot8Sen2Lang2Ext1/ балл.

Лабораторийн шинжилгээнд:

| Complete blood count 2026/01/01 | 2026/01/03 | 2026/01/06 | 2026/01/09 | Conclusion |
|---------------------------------|------------|------------|------------|---|
| WBC-9.05 ↑ | 10.79 ↑ | 10.20 ↑ | 5.75 | Лейкоцитоз Үрэвсэлийн эрчим өндөр Лейкопени |
| Erythrocyte 4.38 | 4.58 | 3.87 | 3.61 | |
| HGB 12.7 | 13.4 | 11.2 | 10.9 | |
| HCT 38.2 | 40.1 | 34.4 | 31.4 | |
| PLT 205 | 186 | 199 | 250 | |
| COЭ 3mm/ц | 20тт/ц ↑ | 58тт/ц ↑ | 11тт/ц ↑ | |
| LYM# 0.93 ↓ | 1.12 | 0.87 ↓ | 1.14 | |

| Biochemical analysis 2026/01/01 | 2026/01/03 | 2026/01/06 | 2026/01/09 | Conclusion |
|---------------------------------|------------|------------|------------|-----------------------------|
| Total protein (g/dL)72.1 | 66.9 ↓ | 61.1 ↓ | 64.9 ↓ | Үрэвсэлийн эрчим өндөр |
| Albumin (g/dL)44.4 | 40.5 | 34.5 ↓ | 36.5 ↓ | |
| ALAT16.9 | 15.0 | 53.1 ↑ | 15.0 | |
| ASAT 21.7 | 31.5 | 60.8 ↑ | 94.9 ↑ | |
| Creatinine 64.2 | 51.9 | 39.6 | 35.4 | Гипоальбуминемия Цитолиз |
| C-reactive protein 0.3 | 32.5 ↑ | 152.74 ↑ | 93.48 ↑ | |
| Коагулограм 2026/01/01 | 2026/01/03 | 2026/01/06 | 2026/01/09 | Conclusion |
| PT 9.6 | 10.1 | 13.6 | 13.5 | БУЭ-ний дараах |
| INR 0.92 | 0.97 | 1.05 | 1.04 | |
| APTT 22.6 | 27.1 | 46.6 | 41.5 | |
| TT 18.9 | 17.6 | 16.4 | 16.9 | |
| Fibrinogen 1.9 | 3.1 | 8.76 ↑ | 8.34 ↑ | |

БАГАЖИЙН ШИНЖИЛГЭЭНД:

1. Arterial vascular ct scan:

Conclusion:Focal dissection in the distal aortic arch.

- Occlusion at left CCA and ICA up to the C4 level. Diffuse stenosis at right VA and left ECA.
- Focal stenosis at the distal part of the right CCA and bilateral subclavian arteries. Takayasu arteritis.
- Left sided large ischemic infarction in frontal, temporal, parietal lobe due to left MCA occlusion.

2. Magnetic resonance imaging (MRI) 2026/01/01

Conclusion: Acute ischemic infarction due to occlusion of left MCA

- Narrowing of right VA, Meningioma like lesion in right parietal lobe

3. Echocardiography 2026/01/01

Normal left ventricular size and function, no valvular abnormalities, and normal Doppler findings. Pulmonary artery systolic pressure (PASP) normal. Pericardial effusion /-/- neg. Masses, or thrombus /-/- neg

4. Cerebral angiography 2025/08/13

Severe stenosis of the right subclavian artery and the carotid artery bifurcation. Severe stenosis of the left common carotid artery. Slowed right Internal carotid artery blood flow.

| Эмнэлзүйн онош: | Clinical diagnosis: |
|---|--|
| Онош: Тархины цус тасалдах харвалт, зүүн дунд артерийн бүсийн шигдээс Бүлэн уусгах эмчилгээ (2026.01.01) Тархины дарагдал чөлөөлөх мэс засал (2026.01.01) ЗАА (2026.01.01) Такаясү хам шинж. Гол судасны хуулрал түр В Дээд мөчдийн цусан хангамжийн дутагдал IV зэрэг Баруун гүрээний ерөнхий артери, 2 талын эгмэн доорх артерийн нарийсал. Зүүн гүрээний ерөнхий артерийн бөглөрөл. Баруун духны дэлбэнгийн үүсгэвэр. Элэгний C вирус | Diagnosis: Acute Ischemic Stroke and infarction in the territory of the left middle cerebral artery (MCA). Thrombolysis: Administration of tissue plasminogen activator (tPA) on 2026-01-01. Urgent decompressive craniectomy performed and mechanical ventilation on 2026-01-02 Takayasu syndrome, Aortic dissection, Stanford Type B. Ischemia of upper extremities, grade IV Stenosis of the right common carotid and bilateral subclavian arteries Occlusion of the left common carotid artery. Lesion (mass) in the right frontal lobe and chronic hepatitis C infection. |

ХЭЛЦЭМЖ:

The clinical experience derived from the retrospective study of 107 cases of TA over a 19 year period is presented. The disease predominated in females (8.5:1), with age of onset usually less than 20 years. In half of the cases an acute inflammatory phase was observed, characterized mainly by systemic and cardiovascular symptoms. Subsequently the natural course of TA was toward chronicity with gradual deterioration. The most frequent variety of TA (65 per cent of the patients) was Type III, in which the supra-aortic trunks and the abdominal aorta were involved.

The predominant clinical features were reduction of amplitude of peripheral arterial pulses (96 per cent), vascular bruits (94 per cent), and raised blood pressure (72 per cent), mainly resulting from renal arterial involvement (62 per cent). Heart failure (28 per cent) is rarely the result of direct coronary arteritis. Үүнээс үзэхэд тархины том судасны бөглөрөлийн тохиолдол бүртгэгдээгүй байна.

ДҮГНЭЛТ:

Энэ тохиолдолд нь олон судасны байрлал хамарсан бөгөөд судасны бөглөрөл нарийслийн шалтгаант тархины цус хомсрох харвалтаар хүндэрч БУЭ хийгдэж, тархи чөлөөлөх мэс засалд орж маш хүнд байдлаас биеийн байдал сайжирч харъяа дүүргийн эмнэлэгт шилжиж цаашид ЗСМЗ-н эмчийн хяналтанд тогтмол байна.

НОМ ЗҮЙ:

1. Ishikawa K. Natural history and classification of occlusive thromboaropathy (Takayasu's disease). *Circulation* 1978; 57:27.
2. Lupi-Herrera E, Sánchez-Torres G, Marcushamer J, et al. Takayasu's arteritis. Clinical study of 107 cases. *Am Heart J* 1977; 93:94.
3. *Clinical features and diagnosis of Takayasu arteritis - UpToDate*
4. Yamada I, Shibuya H, Matsubara O, et al. Pulmonary artery disease in Takayasu's arteritis: angiographic findings. *AJR Am J Roentgenol* 1992; 159:263. Goel R, Gribbons KB, Carette S, et al. Derivation of an angiographically based classification system in Takayasu's arteritis: an observational study from India and North America. *Rheumatology (Oxford)* 2020; 59:1118.

2.2 УЛААН ХООЛОЙН АЯНДАА УРАГДАХ (BOERHAAVE SYNDROME)

П.Өлзийням¹, Б.Бямбаргачаа², Ч.Мягмарсүрэн³
¹БГДЭМТ, Дүрс оношилгооны тасаг

УДИРТГАЛ

Түлхүүр үгс: Улаан хоолойн аяндаа урагдал, рентген зураг, цээжний компьютер томограф, Улаан хоолойн аяндаа урагдал гэдэг нь шууд бус гэмтэл, улаан хоолойн болон эргэн тойрны эрхтний эмгэгээс шалтгаалж улаан хоолойн хана бүтэн урагдахыг хэлнэ. Улаан хоолойн аяндаа урагдал нь ховор тохиолддог, давшингүй явцтай, эрт үедээ буруу оношлогдох магадлал өндөр, амь насанд аюултай, нас баралт өндөртэй цочмог эмгэг юм [1]. Жилд 1,000,000 хүн тутамд 3.1 тохиолдол бүртгэгддэг, ихэвчлэн эрэгтэйчүүдэд ихэвчлэн тохиолддог ба улаан хоолойн нийт цооролтын 15%-ийг эзэлдэг [2]. Улаан хоолойн аяндаа урагдал буюу Боерхаавын хам шинжийг анх 1724 онд доктор Херман Боерхаав нээсэн. Ихэнх тохиолдолд эмнэлзүйн илрэл нь өвөрмөц бус байдаг тул ихэнх өвчтөн буюу 50 гаруй хувь нь хожуу эсвэл буруу оношлогддог [3].

ЭМГЭГ ЖАМ:

Улаан хоолойн доторх даралт гэнэт, огцом нэмэгдэх (жишээлбэл, бөөлжихөөс) нь цээжний доторх сөрөг даралттай хавсарч, ихэнх тохиолдолд улаан хоолойн дистал хэсгийн зүүн хажуу хананд уртааш урагдал үүсгэдэг [4]. Ингэснээр цээжний хөндийн сөрөг даралттай холбоотой ходоодны агуулагдахуун голт болон плеврийн хөндий рүү амархан ордог ба эрт үедээ медиастинит болон эмфиемээр хүндэрч болно. Нэн даруй мэс засал эмчилгээ хийхгүй бол сепсис болж олон эрхтний дутагдал, үхэлд хүргэж болзошгүй. **Эмнэлзүйн шинж тэмдэг:** сонгодог эмнэлзүйн шинж тэмдэг нь маклерын гурвал буюу цээжээр өвдөх, бөөлжих, арьсан доорх эмфизем үүсэх боловч өвчтөнүүдийн зөвхөн 14% нь энэ гурван шинж илэрсэн; бусад шинж тэмдгүүдэд амьсгаадалт, халуурах, шок илэрч болно. Эмнэлзүйн илрэл нь улаан хоолойн цооролтын хэмжээ болон түүний байршил гэсэн хоёр чухал хүчин зүйлээс хамаарна. Хамгийн түгээмэл шинж тэмдэг нь арьсан доорх эмфизем (95%) болон цээжний өвдөлт (90%) юм [1,4].

ОНОШИЛГОО:

Рентген зурагт: Голтод хий хурах, зүрх голтын эрхтний сүүдрийн хил хязгаар тод бус, гялтангийн хөндийд хий болон шингэн хурах, голтын эрхтний сүүдэр өргөсөх шинжүүд илэрнэ. [5]. **Флюроскопийн шинжилгээ** нь эхний 24 цаг дотор хамгийн мэдрэг байдаг ба барийн тодосгогч бодис медиастинит үүсгэх эрсдэлийг нэмэгдүүлдэг тул бага осмос чанар бүхий тодосгогч ашигладаг. Улаан хоолойн урагдал, цоорлын үед улаан хоолойн салст бүрхүүл жигд бус болох, тодосгогч бодис улаан хоолойноос эмгэг байдлаар голт болон плеврийн хөндий рүү хаяж буй нь дүрслэгдэнэ. Хэрвээ усанд уусдаг тодосгогч бодистой шинжилгээний үед тодосгогч бодис улаан хоолойноос эмгэг байдлаар ялгарч буй дүрслэгдэхгүй байвал бага эсвэл өндөр концентрацитай барийн тодосгогчийг бага хэмжээгээр ашиглахыг зарим судлаачид зөвлөдөг [6]. **Компьютер томографийн шинжилгээ:** Улаан хоолойн эргэн тойронд, голтод, хэвлийн хөндий болон арьсан дор чөлөөт хийнүүд үүсч болно. Голт, перикард болон плеврийн хөндийд шингэн хурах, пневмоторакс, пневмомедиастинум зэрэг шинжүүд илэрнэ [7]. Мөн усанд уусдаг тодосгогч бодисыг амаар уулгаснаас 20 минутын дараа компьютер томограф шинжилгээг хийж улаан хоолойноос тодосгогч эмгэг байдлаар буюу голт, плеврийн хөндий рүү тодосгогч ялгарч буй (extraluminal leak) нь дүрслэгдэнэ. Тодосгогчтой компьютер томограф шинжилгээ (intravenous contrast) хийж буй үед улаан хоолойн ханын зузаан, тодролыг үнэлнэ [8]. Тодосгогчгүй компьютер томограф шинжилгээ нь дээр улаан хоолойн урагдлын түвшинд интрамурал гематома үүсэх, улаан хоолойн эргэн тойронд чөлөөт хийнүүд үүссэн эсэхийг үнэлнэ [9]. **Ялган оношилгоо:** Ятрогены шалгаантай улаан хоолойн цоорол, Маллори-Вейссын хам шинж, Epiphrenic diverticulum [7, 9]. **Хүндрэл:** Үжил, Цочмог медиастинит, Хатгаа, Эмфием, Esophagopleural fistula [7, 9].

ЭМНЭЛЗҮЙН ТОХИОЛДОЛ:

Б.овогтой Ж. 40 настай, эрэгтэй 2025-10-23-нд БГДЭМТ-ийн ЯТТ-т ирсэн. **Зовуурь:** Цээжээр өвдөнө, амьсгаадна, дотор давчдан, амьсгал авахад саадтай. **Өвчний түүх:** 3 цагийн өмнөөс 6 ширхэг пиво ууж, ууссан пивоор хүчтэй огиулж бөөлжсөний дараа аюулхайгаар цээжээр өвдөж

амьсгаадаж, дотор давчдаж эхэлсэн тул 103-т дуудлага өгч эмнэлэгт хүргэгдэн ирсэн. Гэрээр хэрэглэсэн эм тариа үгүй. Харшилдаг эм тариа үгүй. Архаг суурь өвчин үгүй. Мэс засал/-/ Осол гэмтэл/-/ Архи/-/ Тамхи/-/. **Амьдралын түүх:** 1985 онд Улаанбаатар хотод төрсөн, ам бүл 4, эхнэр 2 хүүхдийн хамт амьдардаг, цахилгаанчин мэргэжилтэй.

ҮЗЛЭГТ:

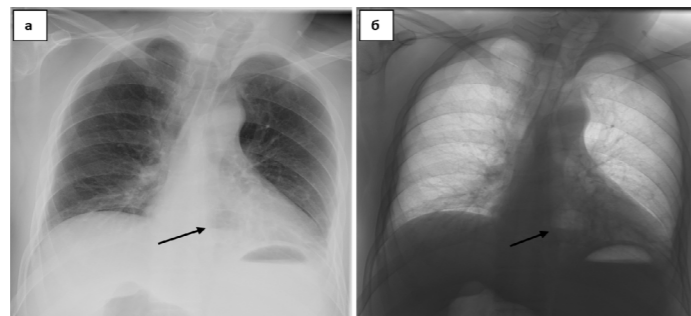
Биеийн ерөнхий байдал хүндэвтэр, ухаан санаа саруул, орчиндоо харьцаатай, байрлал идэвхтэй, ГКУ 15 балл. Арьс салст хуурай уруул омголтсон. Тунгалагийн булчирхай эмзэглэлгүй, тэмтрэгдэхгүй. Хүүхэн хараа 2 талд ижил гэрлийн урвалтай. Амьсгал эрхтэн тогтолцооны үзлэгт: Уушги 2 талд цулцангийн амьсгалтай, амьсгал 2 талд ижил 1мин-35 удаа. Зүрх судасны тогтолцооны үзлэгт: арьс хөхрөлтгүй, зүрхний авиа тод, хүч дунд зэрэг, хэмнэл жигд, 1 минутад 128 удаа АД 151/107 мм муб. Биеийн температур 36,7. Хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцооны үзлэгт: хэл чийглэг, хэвлий өнгөц тэмтрэлтээр эмзэглэлтэй булчингийн чангарал үгүй. Шээс бэлгийн тогтолцооны үзлэгт: диурез хэвийн.

ШИНЖИЛГЭЭНД:

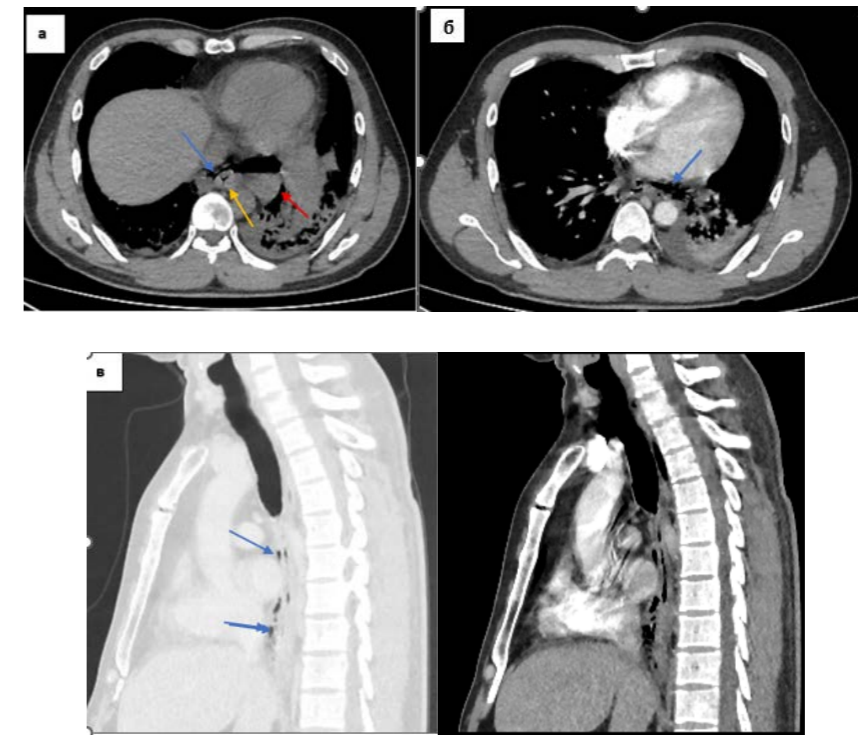
ЦЕШ: WBC 11.21 10³/uL, PLT 325 10³/uL **Биохими:** Шүлтлэг фосфотаза 130.8 нэгж/л, **Цусны хийн шинжилгээнд:** Амьсгалын алколиз /Ph-7,485H рO2-148H рCO2-27,8L K-2,9L GLu-8,7H Lactat-5,3H HCO3-23,5 AnGap-0,5/ **ЗЦБ-т** синус ритм ЗЦТ-98 хэм жигд PR-131 QRS-74 QT-378 V3-V6 T шүд сөрөг. Тропонин 0.013 ng/ml Тропонин хэвийн тул зүрхний цочмог эмгэг үгүйсгэгдсэн. **Цээжний рентген:** Голтын түвшинд зөв бус зууван хэлбэрийн, хий шингэний түвшин бүхий нэмэлт сүүдэр тодорхойлогдоно [Зураг 1а,б]. **Цээжний тодосгогчтой КТГ:** Улаан хоолой доод 1/3 түвшинд хийтэй, хана зузаан. Улаан хоолойн доод 1/3 харалдаа зүүн уушгины доод дэлбэнгийн дотор сегментийн түвшинд дунд арын голтод олон тооны хийтэй, 44x37мм орчим хэмжээтэй хязгаарлагдмал хий шингэний түвшин бүхий, дотроо +10HU-с +45HU хүртэл нягтралтай агуулагдахуунтай нэмэлт өөрчлөлт тодорхойлогдоно. Зүүн талын уушгины доод дэлбэнгийн агааржилт буурсан. Зүүн уушгины доод дэлбэнгийн суурийн сегментүүдэд гуурсан хоолойн зураглал бүхий нэвчдэст сүүдэртэй. Зүүн талын плеврийн хөндийд 16мм хүртэл зузаантай шингэнтэй [Зураг 2: а, б зураг]. **Дүгнэлт:** Air fluid levels lesion in middle mediastinum. **DDx:** 1. Ruptured esophagus 2. Ruptured mediastinal cystic lesion vs mass. **Улаан хоолой- ходоодны тодосгогчтой рентген харалт:** Иод агуулсан тодосгогч бодис ашиглан (ультравист -үс 3:1) улаан хоолой-ходоодны рентген харалт хийхэд зүүн өрцний дээр хязгаарлагдмал хий шингэний түвшин бүхий зууван сүүдэржилттэй, ба тодосгогч бодис тэр түвшинд саатсан. Улаан хоолойн доод хэсэг бага зэрэг өргөн. Улаан хоолойгоор тодосгогч бодис чөлөөтэй явж ходоод руу орох боловч зүүн өрцний дээр үл мэдэг тодосгогч бодис үлдэнэ [Зураг 3].

ДҮГНЭЛТ:

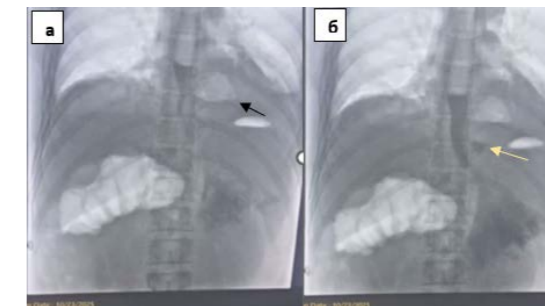
S/O: Ruptured esophagus with mediastenitis DDx:1. Ruptured mediastinal cystic lesion 2. Ruptured mediastinal mass **Pleuropneumonia LLL.**



Зураг 1 а,б: Цээжний эгц байрлалын рентген зурагт: Голтод зүрхний сүүдэртэй давхацсан, зөв бус зууван хэлбэрийн, хий шингэний түвшин бүхий нэмэлт сүүдэр тодорхойлогдоно /хар сумаар заасан/.



Зураг 2 а, б: цээжний КТ аксиаль зүслэгт: Улаан хоолойн доод 1/3-н түвшинд дунд голтод, зөв бус зууван хэлбэрийн, хөндлөн шингэний түвшин бүхий нэмэлт өөрчлөлт тодорхойлогдоно /улаан сум/, улаан хоолойн доод 1/3 түвшинд хана зузаан/шар сум/, эргэн тойронд голтод чөлөөт хийнүүдтэй/цэнхэр сум/. **Зураг 2 в,г:** цээжний КТ сагитталь зүслэгт: улаан хоолойн доод 1/3-н түвшинд дунд голтод чөлөөт хийнүүдтэй /цэнхэр сум/.



Зураг 3 а,б: Улаан хоолой ходоодны рентген харалтаар : зүүн өрцний дээр хий шингэн бүхий хязгаарлагдмал зууван сүүдэржилттэй /хар сум/, ба барийн тодосгогч энэ түвшинд саатсан /шар сум/.

ЭМЧИЛГЭЭ:

ШУГТЭ-т мэс засал эмчилгээ хийгдсэн, улаан хоолойд стент байрлуулсан.



Зураг 4 а,б,в: 2025-10-26 /ШУГТЭ/ Цээжний тодосгогчгүй КТ: а, б Голтын цонх, корональ зүслэг, с зураг Голтын цонх сагитталь зүслэгт: улаан хоолойн доод хэсэг болон ходоодонд байрлуулсан стенттэй/шар сум/.

ХЭЛЦЭМЖ:

Улаан хоолойн аяндаа урагдал (Boerhaave syndrome) нь ховор тохиолддог, амь насанд аюултай эмгэг бөгөөд ихэвчлэн 40–60 насны эрэгтэйчүүдэд илэрдэг [10]. Энэ эмгэгийн үед эрт оношилж, цаг алдалгүй мэс заслын эмчилгээ хийх нь өвчтөний цаашдын эмчилгээний явц, тавиланд шийдвэрлэх чухал нөлөөтэй.

Эмнэлзүйн хувьд бөөлжих, цээжний доод хэсгээр өвдөх, арьсан дор хий хурах зэргээр илэрдэг Маклерийн гурвал шинж нь харьцангуй өвөрмөц бус байдаг. Түүнчлэн улаан хоолойн урагдлын улмаас зэргэлдээх эрхтнүүд, голт болон гялтангийн хөндийд хоёрдогч халдвар үүсэхэд хэвлийн өвдөлт, дотор муухайрах, амьсгаадах, цээж давчдах зэрэг олон янзын оношилгоог төөрөгдүүлэх шинжүүд илэрч болдог. Иймд зөвхөн клиникийн шинж тэмдэгт тулгуурлан онош тавихад хүндрэлтэй байдаг [1].

Улаан хоолойн урагдлыг цаг алдалгүй оношилж, эмчлэх нь чухал бөгөөд эмчилгээ хойшлогдох тохиолдолд үжлийн шок, медиастинит, гялтангийн эмпием зэрэг амь насанд аюултай хүндрэлийн эрсдэл эрс нэмэгддэг. Судалгаагаар 24 цагийн дотор эмчилбэл нас баралт 10–25% байдаг бол оношилгоо, эмчилгээ хойшилсон үед 40–60% хүртэл өсдөг байна [11].

Анатомийн хувьд улаан хоолойн булчинт давхарга нь дотор цагираг, гадна дагуу чиглэлийн хоёр давхаргаас бүрдэх ба эдгээрийн хооронд ойролцоогоор 2 мм зузаантай уян ширхэгт (elastic fibers) байрладаг [12]. Улаан хоолойн доод гуравны нэг хэсгийн зүүн хажуу хананд эдийн бүтэц харьцангуй сул байдаг тул улаан хоолойн дотор даралт огцом ихсэхэд (290 ммHg хүртэл) энэ хэсэгт урагдал үүсэх магадлал өндөр байдаг [12]. Иймээс улаан хоолойн урагдал ихэвчлэн зүүн талын цээжний доод гуравны нэг хэсэгт (80%) тохиолддог бол баруун талын, дээд цээжний болон урд (ventral) хэсгийн урагдал харьцангуй ховор байдаг [12].

Манай тохиолдлын хувьд цээжний компьютер томографийн шинжилгээгээр улаан хоолойн доод гуравны нэг хэсэгт ханын зузаарал, тэр түвшинд голтод чөлөөт хий, хий-шингэний түвшин, мөн зүүн плеврийн хөндийд шингэн хурах зэрэг шинжүүд илэрсэн нь улаан хоолойн урагдлыг сэжиглэх үндэслэл болсон. Үүний дараа бид бага осмос чанартай усанд уусдаг тодосгогч бодсыг амаар уулган улаан хоолой-ходоодны рентген харалт хийж, тодосгогч бодис эмгэг байдлаар голт руу бага хэмжээгээр гадагшилж буйг илрүүлсэн нь оношийг баталгаажуулахад чухал үүрэг гүйцэтгэсэн.

Энэхүү тохиолдол нь улаан хоолойн аяндаа урагдлын үед компьютер томограф шинжилгээ оношилгоонд шийдвэрлэх ач холбогдолтой бөгөөд клиникийн шинж тэмдэг тодорхой бус үед эрт оношилж, эмчилгээг цаг алдалгүй эхлэх боломж олгодгийг харуулж байна.

ДҮГНЭЛТ:

Улаан хоолойн аяндаа урагдал нь эмнэлзүйн шинж тэмдэг өвөрмөц бус, оношилгоонд төөрөгдөл үүсгэх магадлал өндөр эмгэг юм. Цээжний компьютер томограф шинжилгээ нь улаан хоолойн урагдлыг эрт сэжиглэх, оношийг баталгаажуулахад чухал үүрэгтэй. Иймд цээжний өвдөлт, бөөлжих шинжтэй өвчтөнд улаан хоолойн урагдлыг ялган оношилгоонд заавал авч үзэх нь эмчилгээний хоцролтоос сэргийлж, амь насанд аюултай хүндрэлээс зайлсхийхэд ач холбогдолтой.

АШИГЛАСАН НОМ ЗҮЙ:

1. Tan N, Luo YH, Li GC, Chen YL, Tan W, Xiang YH, Ge L, Yao D, Zhang MH. Presentation of Boerhaave's syndrome as an upper-esophageal perforation associated with a right-sided pleural effusion: A case report. *World J Clin Cases* 2022; 10(18): 6192-6197 [PMID: 35949820 DOI: 10.12998/wjcc.v10.i18.6192]
2. Spontaneous esophageal rupture: a case of back pain. Fleury L, Johnson N, Silberman M. *Int J Acad*. 2017;3:271.
3. Esophageal perforations. Chirica M, Champault A, Dray X, Sulpice L, Munoz-Bongrand N, Sarfati E, Cattani P. *J Visc Surg*. 2010;147:0–28. doi: 10.1016/j.jvisurg.2010.08.003
4. Boerhaave's syndrome: still a diagnostic and therapeutic challenge in the 21st century. Spapen J, De Regt J, Nieboer K, Verfaillie G, Honoré PM, Spapen H. *Case Rep Crit Care*. 2013;2013:161286. doi: 10.1155/2013/161286.
5. Søreide J & Viste A. Esophageal Perforation: Diagnostic Work-Up and Clinical Decision-Making in the First 24 Hours. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2011;19(1):66.
6. Knipe H, Thibodeau R, Kearns C, et al. Esophageal perforation. Reference article, Radiopaedia.org.
7. Radswiki T, Kelly H, Weerakkody Y, et al. Boerhaave syndrome. Reference article, Radiopaedia.org

8. Knipe H, Thibodeau R, Kearns C, et al. Esophageal perforation. Reference article, Radiopaedia.org.
9. Ghanem N, Althoefer C, Springer O et al. Radiological findings in Boerhaave's syndrome. *Emerg Radiol*. 2003;10 (1): 8-13.
10. Marshall W B. Boerhaave syndrome: a case report. *AANA Journal*. 2002;. [RCA] [DOI] [Full Text] [Cited by in Crossref: 1] [Cited by in RCA: 1] [Article Influence: 0.1] [Reference Citation Analysis (0)]
11. Primary esophageal repair for Boerhaave's syndrome whatever the free interval between perforation and treatment. Jougon J, Mc Bride T, Delcambre F, Minniti A, Velly JF. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2004;25:475–479. doi: 10.1016/j.ejcts.2003.12.029.
12. Maier A, Pinter H, Anegg U, Fell B, Tomaselli F, Sankin O, Smolle-Jüttner FM. Boerhaave's syndrome: a continuing challenge in thoracic surgery. *Hepatogastroenterology*. 2001 Sep-Oct;48(41):1368-71. PMID: 11677966.

2.3 10 НАСТАЙ ОХИНД УУШГИНЫ ХАВСАРСАН ЖИЖИГ ЭСИЙН ХАВДАР ОНОШЛОГДСОН ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

Ө.Цэрэнлхам¹, Л.Энхсайхан¹, Б.Гүен², Х.Сэржмядаг³, Э. Ундармаа⁴, Б.Дамдинбазар⁴

Радиологийн тасаг. ЭХЭМҮТ¹

Амьсгалын эрхтний эмгэг судлалын тасаг. ЭХЭМҮТ²

Цусны эмгэг хавдар судлалын тасаг. ЭХЭМҮТ³

Мэс заслын эрчим эмчилгээний тасаг. ЭХЭМҮТ⁴

Эмгэг судлалын үндэсний төв⁴

УДИРТГАЛ

Хүүхдийн насанд уушгины анхдагч хорт хавдар маш ховор тохиолддог бөгөөд нийт уушгины хавдрын маш бага буюу 0,2%-ийг эзэлдэг. Тэдгээрийн дотроос уушгины хавсарсан жижиг эсийн хорт хавдар (CSCLC) нь хүүхдийн насанд бүр ч ховор илэрдэг, оношилгоо болон эмчилгээний хувьд сорилт болдог эмгэг юм. Клиник шинж тэмдэг нь амьсгалын замын түгээмэл өвчнүүдтэй төстэй байдгаас шалтгаалан онош тавигдах нь ихэвчлэн хоцордог. Иймээс удаан үргэлжилсэн, эмчилгээнд үр дүн бага амьсгалын замын зовууртай хүүхдэд ховор хавдрын оношийг үгүйсгэхгүй байх нь чухал ач холбогдолтой.

Уушгины хавсарсан жижиг эсийн хорт хавдраар өвдсөн тохиолдолд 2 жил амьдрах магадлал 5%-иас бага байдаг. Нийт тохиолдлын давтамж нь 2 саяд 1 тохиолдол байна. Уушгины хавсарсан жижиг эсийн хорт хавдар (CSCLC) нь уушгины жижиг эсийн нейроэндокрин хорт хавдар болон жижиг эсийн бус хорт хавдрын компонентууд хамт оршдог ховор, өндөр зэргийн агрессив хавдар юм. Энэ нь ихэвчлэн уушгинд тохиолддог боловч онолын хувьд бусад эрхтэнд хавсарсан эсийн хорт хавдар байдлаар илэрч болно. Эмчилгээний тактик нь уушгины жижиг эсийн хорт хавдрын протоколд суурилдаг.

Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага (WHO)-ын ангиллаар уушгины хучуур эдийн гаралтай хорт хавдруудыг жижиг эсийн бус уушгины хорт хавдар (NSCLC) гэж нэрлэж, үүнд аденокарцинома, хавтгай эсийн карцинома, том эсийн карцинома орно. Мөн уушгины бусад хавдарт жижиг эсийн уушгины хорт хавдар (SCLC) болон нейроэндокрин хавдрууд багтана.

Монгол Улсад 0–19 насны хүүхдийн дунд жил бүр ойролцоогоор 120–140 шинэ хорт хавдрын тохиолдол бүртгэгддэг бөгөөд тэдгээрийн дийлэнх нь цусны хорт хавдар, тархины хорт хавдар, лимфома, яс мөгөөрсний хавдрууд байна.

Монгол Улсад уушгины хорт хавдар нь нийт хорт хавдрын дунд түгээмэл төрөл боловч уушгины хавсарсан жижиг эсийн хорт хавдар (CSCLC) зэрэг ховор хорт хавдрын албан ёсны тархалтын тоо хүүхдүүдэд болон ерөнхий хүн амд тусдаа статистик мэдээллээр бүртгэгдээгүй байна.

ТОВЧИЛСОН ҮГИЙН ТАЙЛБАР:

| | |
|--------|--|
| SCLC | Уушгины жижиг эсийн хорт хавдар |
| NSCLC | Уушгины жижиг эсийн бус хорт хавдар |
| CSCLC | Уушгины хавсарсан жижиг эсийн хорт хавдар |
| WHO | Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага |
| ЭХЭМҮТ | Эх хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төв |
| ЭНЭҮТ | Эх нярай, эмэгтэйчүүдийн үндэсний төв |
| ХЗП | Хүүхдийн зөвлөх поликлиник |
| АЭЭСТ | Амьсгалын эрхтний эмгэг судлалын тасаг |
| ЦЭХСТ | Цусны эмгэг хавдар судлалын тасаг |
| КТГ | Компьютерт томограф |
| СРАМ | Төрөлхийн уушги амьсгалын замын гаж хөгжил |

Эмнэлзүйн тохиолдол: Паспортын хэсэг: Ц.Ц 10 настай эмэгтэй.

ЗОВУУРЬ:

Хий ханиалгана, амьсгаадна, цээж хэржигнэнэ, шуугина, ачаалалд шуугилт нэмэгдэнэ, ядарч сульдана гэсэн зовууртай.

ӨВЧНИЙ ТҮҮХ:

Анх 2025 оны 7 сарын эхээр дээрх зовуурь эхэлж 07 сарын 29-нд дүүргийн нэгдсэн эмнэлэгт үзүүлээд цээжний эгц байрлалын рентген зураг авхуулж уушгины хатгалгаа гэж оношлогдож ЭНЭҮТ-д 12 хоног хэвтэн эмчлүүлсэн. Үүнээс хойш ханиалгах зовуурь үргэлжлэн 08 сарын 18-нд хувийн эмнэлэгт үзүүлээд гэрээр утлага болон эмийн эмчилгээ 2 хоног хийлгээд үр дүнгүй байсан тул 08 сарын 20-нд ЭХЭМҮТөвийн ХЗП-ээр үзүүлж АЭЭСТасагт хэвтэж эмийн эмчилгээ хийж лаборатори болон дүрс оношилгооны шинжилгээнүүдийг хийж амьд сорьцын шинжилгээгээр оношийг баталсан.

АМЬДРАЛЫН ТҮҮХ:

2015 оны 05 сарын 20-нд Нийслэлийн хүрээ амаржих газарт 23 настай эхийн Gr I-I төрөлт, 41 нед, төрөх замаараа 3300 гр жинтэй, хүндрэлгүй бүтэлтгүй төрсөн. Хүүхэд төрөөд уйлсан, хөхөө амласан. Бага насны өсөлт хөгжил хэвийн байсан. Товлолт вакцинд бүрэн хамрагдсан. Одоо сургуулийн сурагч. Мэс засал /-/, осол гэмтэл /-/, удамшил /харшил/, харшил /+/, салхинцэцэг /2019 онд/. Аав 36 настай, эрүүл, архаг хууч өвчин үгүй, харшил /септирин/, архи /-/, тамхи /+/, оффис нөхцөлд. Ээж 33 настай, эрүүл, архаг хууч өвчин үгүй, харшил /-/, архи /-/, тамхи /-/, ажилгүй

ҮЗЛЭГТ:

Хүүхдийн биеийн байдал маш хүнд. Царай цонхигор, шаналангүй, мариа сул туранхай. Дагзны булчингийн хөшингө үгүй. Хүүхэн хараа 2 талд ижил гэрлийн урвалтай. Арьс цэвэр хуурайшсан, эмгэг тууралтгүй цусархагшилгүй, мөчдөөр хавангүй. Арьсан доорх өөхөн эдийн хөгжил сул, халдвар хордлогын байдалтай. Уруул хуурай ягаан, хэл нимгэн цайвар өнгөртэй, залгиур гүйлс хурц үрэвслийн шинжгүй. Ам ангайлт идэвхтэй чөлөөтэй. Лимфүүд томгүй. Цээжний хэлбэр эмгэг, амьсгал зүүн талд хоцорч оролцоно. Зүүн дал унжсан. Амьсгал хямрал болон дутагдлын шинжүүд тод илэрсэн. Чагнахад уушги зүүн талд доод талбайд амьсгал сонсогдохгүй. Амьсгал гаргалт уртассан, зайнаас шуугьсан байдалтай. Зүрхний авиа тод, хэм жигд түргэн шумгүй, микроциркуляцийн алдагдалгүй. Мөчид дулаан, захад пульс хангалттай. Хэвлий тайван, элэг дэлүү томгүй, гэдэсний гүрвэлзэл тод сонсогдоно.

ЛАБОРАТОРИЙН ШИНЖИЛГЭЭНҮҮД:

Цусны дэлгэрэнгүй шинжилгээ: WBC 13.30 – 36.54, RBC 5.20 – 3.19, HGB 13.8 – 9.3, HCT 41.2 – 27.9, PLT хэвийн, NEUT% 75.2 – 92.8%, LYMPH 18.6 – 3.1%, MONO% 4.9 – 4.0, EO% 1.1 – 0.0, BASO% 0.2 – 0.1

Биохими шинжилгээ: CRP4 181.3 (0-5мг/л), лактат 2.7 (0.5-2.2 ммоль/л), лактат дегидрогеназа 460.8 (135-225 нэгж/л), иммуноглобулин 54.09 (1-100 AU/ml), УЭТХ – хэвийн

Шээсний ерөнхий шинжилгээ: Өөрчлөлтгүй

Хүчил суурь хийн тэнцвэржилт шинжилгээ: рН 7.242, PCO2 102.9 Амьсгалын хүчилшил

Коагулограмм: өөрчлөлтгүй

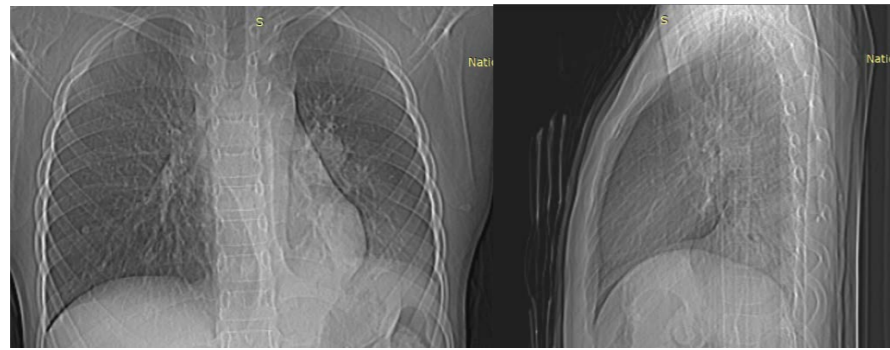
GeneXpert: сөрөг

Бусад бактериологи шинжилгээнүүдэд нянгийн ургалтгүй байна.

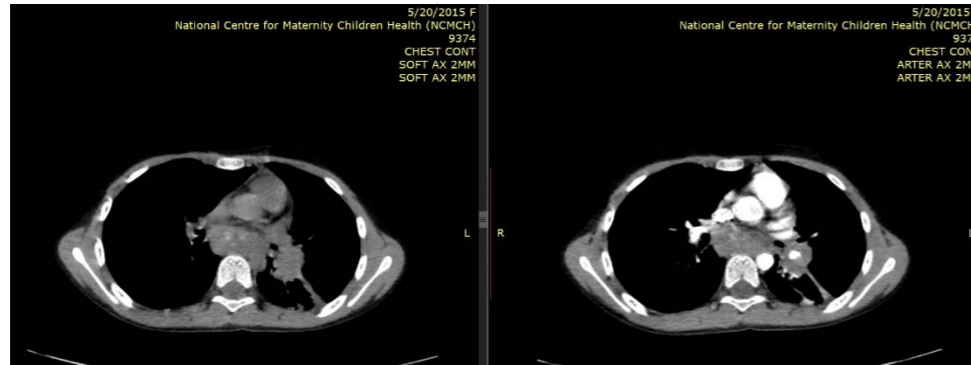
ДҮРС ОНОШИЛГООНЫ ШИНЖИЛГЭЭНД:

Зүрхний хэт авиан шинжилгээнд: Зүүн ховдлын эхо ойлт ихэссэн, хана зузаарсан 6мм агшилт буураагүй LVEF 66% , FS 36 % . Ховдол хоорондын таславч бага зэрэг зузаарсан. Зүүн ховдлын ар ханаар перикардад шингэн агшилтын үед 3,8 мм сулралын үед 4.2 мм шингэнтэй. 2 хавтаст хавхлагд регургитацгүй. 3 хавтаст хавхлаг TR vel 2.1 m/s PG= 16mmHg. Гипертензийн шинжгүй.

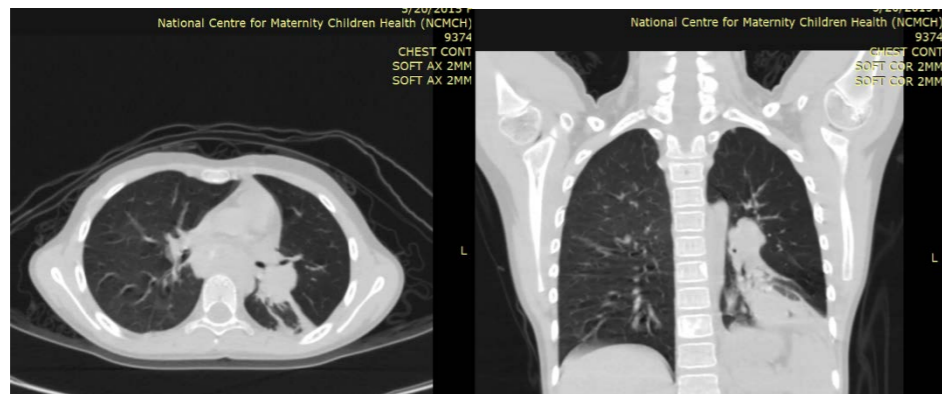
Хэвлийн хэт авиан шинжилгээд: Элэгний баруун дэлбэнгийн зузаан 12,3 см, эхо ойлт хэвийн. Бүтэц жигд. Голомтот өөрчлөлтгүй. Цөсний хүүдийн хана жигд, цөсний хүүдийд 0,9*0,8 см хэмжээтэй өтгөрсөн цөс тодорхойлогдоно. ЦЭС өргөсөөгүй. Нойр булчирхайн хэмжээ хэвийн, эхо ойлт хэвийн. Суваг өргөсөөгүй. Дэлүү томгүй. Бүтэц жигд. 2 бөөрний хэлбэр, хэмжээ хэвийн. АТС өргөсөөгүй. Паренхим хэвийн. Давсагт шээс бага, давсагт гуурстай. Гэдэсний гогцоогоор хий ихтэй, гэдэсний гогцоонууд жигд биш бага зэрэг өргөссөн, хана жигд биш бага зэрэг зузаарсан, хөдөлгөөн /+/, гэдэсний гогцоо хооронд бага хэмжээний сул шингэнтэй.



Зураг 1. Цээжний эрхтнүүдийн эгц болон хажуу байрлалын рентген зурагт: 2 талын уушгины агааржилт жигд. Зүүн уг орчимд зах ирмэг тод бус дунд зэргийн тодролтой нэгэн төрлийн сүүдэртэй. Мөн зүүн уушгины доод талбайд зүрхний сүүдрийн ард зах ирмэг тод бус бүдэг тодролтой нэгэн төрлийн сүүдэртэй.

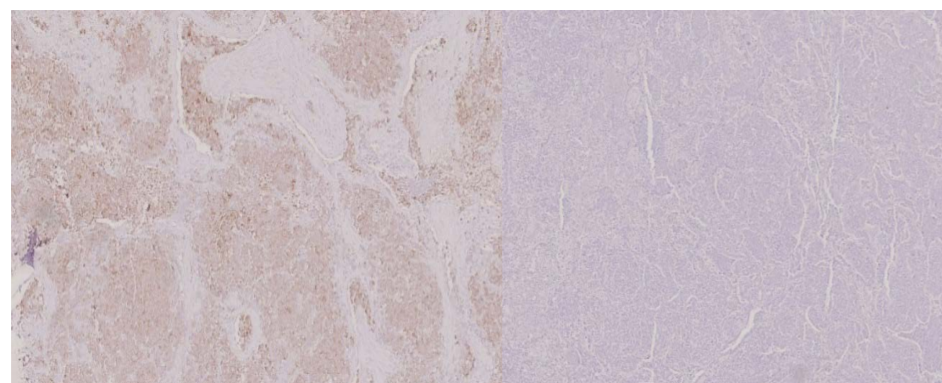


Зураг 2. Цээжний хөндийн эрхтнүүдийн тодосгогчтой КТГ голтын цонхоор: А.Аксиаль зүслэг, тодосгогчгүй зурагт ар доод голтод болон уушгины эдэд нэгэн төрлийн бүтэцтэй, зах ирмэг тод том хэмжээтэй үүсгэвэрт төст өөрчлөлттэй. Б.Аксиаль зүслэг тодосгогчтой, артерийн фаз. дээрх өөрчлөлт нь тодосгогч бодист жигд тодрол авсан.

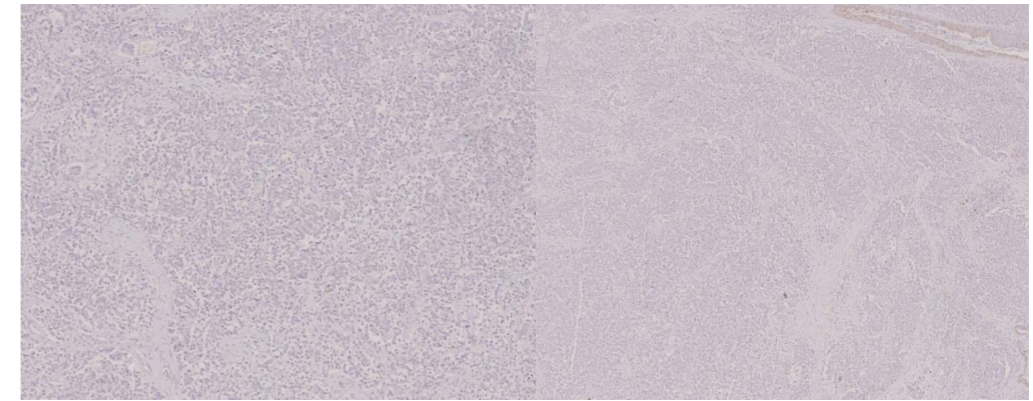


Зураг 3. Цээжний хөндийн эрхтний тодосгогчтой КТГ уушгины цонхоор. А.Аксиаль зүслэг. Б.Корональ зүслэгт: Зүүн уушгины доод талбайд угтай холбоотой нэгэн төрлийн бүтэцтэй нягтрал нэмэгдсэн өөрчлөлттэй.

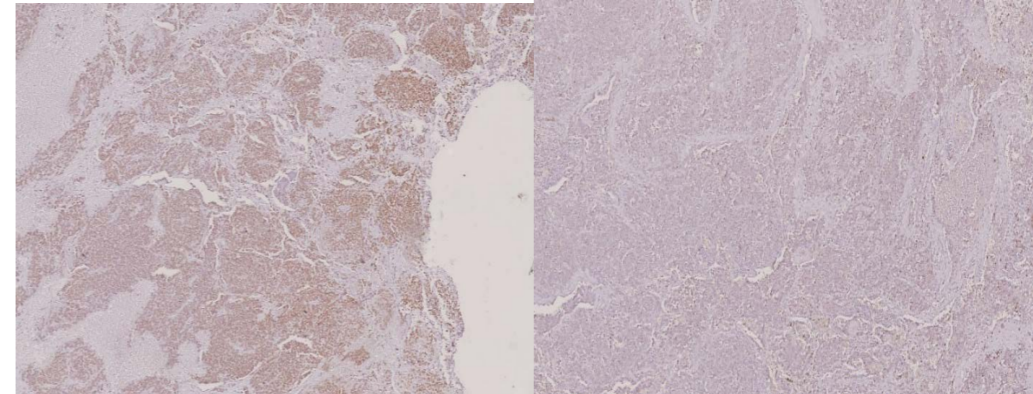
Иммуногистохимийн шинжилгээнд:



Зураг 4. А. Synaptophysin /+/, Б. Chromogranin /-/



Зураг 5. А. CD56 /-/, Б. PanCK /-/



Зураг 6. А. TTF 1 /+/, Б. Ki67 /30%-иас дээш/. Уушгины хавсарсан жижиг эсийн өмөн (Combined small-cell lung carcinoma), pT3NxMx, G3

ОНОШ:

Уушгины хавсарсан жижиг эсийн хорт хавдар

ЯЛГАН ОНОШИЛГОО:

Уушгины хавсарсан жижиг эсийн хорт хавдрын ялган оношилгоонд уушгины хатгалгаа, астма, сүрьеэ, уушгины лимфома, хүүхдийн уушгины бусад хорт хавдрууд, төрөлхийн уушги, амьсгалын замын гаж хөгжил (CPAM).

ЭМЧИЛГЭЭ:

Мэс засал болон хими эмчилгээ хийгдсэн.

ХЭЛЦЭМЖ:

Хүүхдийн уушгины анхдагч хорт хавдар нь клиник практикт маш ховор туланхны оношилгоонд амьсгалын замын халдвар, астма, хатгалгаа зэрэг эмгэгүүдтэй андуурагдах нь элбэг байдаг. Манай тохиолдолд ч мөн адил ханиалгах, амьсгал шуугих шинж тэмдгийн улмаас уушгины хатгалгаа гэж оношлогдон эмчилгээ хийлгэсэн боловч эмнэлзүйн сайжрал ажиглагдаагүй. Энэ нь оношийг дахин нягтлах, дүрс оношилгооны нарийвчилсан аргуудыг ашиглах шаардлагатайг харуулсан. Тодосгогчтой КТГ шинжилгээгээр илэрсэн голомтот үүсгэвэр нь уушгины хавдрыг сэжиглэх үндэслэл болж, амьд сорьцын шинжилгээгээр хавсарсан эсийн хорт хавдар батлагдсан нь энэхүү эмгэгийн ховор байдлыг онцолж байна. Хүүхдийн насанд хавсарсан эсийн уушгины хорт хавдрын талаарх мэдээлэл хомс тул эмчилгээний стандарт удирдамж тодорхой бус хэвээр байна. Иймээс эрт оношилгоо олон салбарын хамтарсан багийн үнэлгээ, эмчилгээ онцгой ач холбогдолтой. Хэдийгээр хүүхдийн уушгины хавдрын шалтгаан тодорхойгүй хэвээр байгаа ч идэвхгүй тамхидалт нь болзошгүй эрсдэлт хүчин зүйл байж болох талаар зарим судалгаанд дурдсан байдаг. Манай тохиолдолд өвчтөний аав тамхи татдаг байсан нь анхаарал татаж байна.

ДҮГНЭЛТ:

Энэхүү тохиолдол нь хүүхдийн насанд удаан үргэлжилж, стандарт эмчилгээнд үр дүн өгөхгүй байгаа амьсгалын замын зовуурийн үед уушгины ховор хорт хавдрыг заавал үгүйсгэх шаардлагатайг харуулж байна. Тодосгогчтой дүрс оношилгоо болон гистологийн дүгнэлт нь зөв онош тавихад чухал үүрэгтэй. Хүүхдийн уушгины хавсарсан эсийн хорт хавдрын талаарх клиник туршлага хомс байгаа тул цаашдын судалгаа, ховор тохиолдлууд нь оношилгоо, эмчилгээний тактикийг сайжруулахад үнэтэй хувь нэмэр оруулах юм.

НОМ ЗҮЙ:

1. www.radiopedia.com
2. www.radiologyassistant.com
3. Smith A, Steinmaus C, Liaw J, et al. Early childhood carcinogenic exposures causing lung cancer in young adults. *Epidemiology* 2006;17(06):S316-S317
4. Verma S, Kalra K, Rastogi S, Sidhu HS. Clinical approach to childhood mediastinal tumors and management. *Mediastinum* 2020;4:21
5. Rekhi B, Vogel U, Basak R, Desai SB, Jambhekar NA. Clinicopathological and molecular spectrum of Ewing sarcomas/PNETs, including validation of EWSR1 rearrangement by conventional and array FISH technique in certain cases. *Pathol Oncol Res* 2014;20(03):503-516
6. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11989418/?utm_source=chatgpt.com
7. Department of Pathology, Vanderbilt University Medical Center, Nashville, TN 37232, USA
8. Department of Hematology and Oncology, University of South Alabama, Mobile, AL 36688, USA
9. Medical College of Georgia, Augusta University, Augusta, GA 30912, USA
10. Travis WD, Brambilla E, Nicholson AG, et al; WHO Panel. The 2015 World Health Organization Classification of Lung Tumors: Impact of Genetic, Clinical and Radiologic Advances Since the 2004 Classification. *J Thorac Oncol* 2015;10(09):1243-1260

2.4 ПАРРИ-РОМБЕРГИЙН ХАМ ШИНЖИЙГ ИЛРҮҮЛСЭН ТОХИОЛДОЛ

Г.Цолмонцэцэг¹, Д.Сарангэрэл¹, Л.Түмэнжаргал¹, С.Норжмаа², Б.Төгөлдөр², Б.Буян-Өлзий¹, Г.Ням-Очир³

¹ Баянгол дүүргийн Хүүхдийн салбар эмнэлэг

² Гэмтэл согог судлалын үндэсний төв, ДОТ

³ АШУУИС, Сувилахуйн сургууль, АСШУТ

ӨВЧНИЙ ТУХАЙ МЭДЭЭЛЭЛ

Парри-Ромбергийн синдром (Parry-Romberg syndrome, PRS) буюу прогрессив гемифациаль атрофи нь нүүрний нэг талын зөөлөн эдийн аажим, даамжрах хатангаршил үүсгэдэг ховор эмгэг юм. Энэхүү эмгэг нь ихэвчлэн арьс болон арьсан доорх өөхөн эдийг хамардаг боловч зарим тохиолдолд булчин, мөгөөрс, ясны бүтцэд тархаж, илүү гүнзгий морфологийн өөрчлөлт үүсгэдэг. Өвчний явц хувьсамтгай бөгөөд хамрагдсан эдийн гүн, тархалтын хэмжээнээс шалтгаалан мэдрэлийн болон нүдний хүндрэл хавсарч илэрч болдог.

PRS нь маш ховор тохиолддог бөгөөд ойролцоогоор 700,000 төрөлтөнд нэгээс багагүй бүртгэгддэг гэж мэдээлсэн байдаг. Өвчин ихэвчлэн хүүхэд болон өсвөр насанд эхэлж, нийт тохиолдлын дийлэнх нь 20 наснаас өмнө илэрдэг. Эмэгтэйчүүдэд эрэгтэйчүүдээс 2-3 дахин илүү тохиолдох хандлагатай бөгөөд нүүрний зүүн тал илүүтэй өртдөг талаар олон судалгаанд дурдсан. Өвчин эхэлсний дараа хэдэн жилийн турш аажим даамжирч, улмаар тогтвортой буюу идэвхгүй үе шатанд шилждэг. Амь насанд шууд аюултай биш боловч нүүрний асимметри, гоо зүйн алдагдал нь өвчтөний сэтгэлзүй, нийгмийн амьдралд мэдэгдэхүйц нөлөө үзүүлдэг.

Түүхэн талаас авч үзвэл 1825 онд Caleb Hillier Parry анх уг эмгэгийг тэмдэглэн бичсэн бөгөөд 1846 онд Moritz Heinrich Romberg клиник онцлогийг илүү дэлгэрэнгүй тайлбарласан. Харин 1871 онд Eulenburg “progressive hemifacial atrophy” гэсэн нэр томъёог нэвтрүүлсэн нь өнөө үед өргөн хэрэглэгддэг.

Эмгэг жамын хувьд PRS-ийн шалтгаан одоогоор бүрэн тогтоогдоогүй хэвээр байна. Гэсэн хэдий ч аутоиммун механизм хамгийн өргөн дэмжигдсэн онолын нэг юм. PRS нь linear scleroderma, ялангуяа “en coup de sabre” хэлбэртэй клиник болон гистологийн төстэй шинжтэй тул зарим судлаачид эдгээрийг нэг эмгэгийн хүрээнд авч үздэг. Зарим өвчтөнд аутоэсрэгбие илэрч, дархлаа дарангуйлах эмчилгээнд тодорхой хэмжээнд хариу өгч буй нь энэ онолыг дэмждэг. Мөн мэдрэлийн гаралтай онолын дагуу гурвалсан мэдрэлийн тархалтын бүс дагуу атрофи илэрдэг, хүзүүний симпатик зангилааны үйл ажиллагааны алдагдал оролцож болзошгүй гэж үздэг. Үүнээс гадна судасны гаралтай өөрчлөлт, тархины MRI дээр илрэх нэг талын цагаан бодисын гиперинтенсив голомт, кортикал атрофи зэрэг нь төв мэдрэлийн тогтолцооны оролцоог харуулдаг. Гэмтэл, халдвар, генетикийн хүчин зүйлсийг боломжит өдөөгч гэж үздэг боловч баттай нотолгоо хангалтгүй байна.

Клиник илрэлийн хувьд хамгийн онцлог шинж нь нүүрний нэг талын аажим прогрессит хатангаршил юм. Арьс нимгэрч, гиперпигментаци эсвэл гипопигментаци үүс ч болох бөгөөд арьсан доорх өөхөн эдийн алдагдлаас шалтгаалан хонхойлт тод илэрнэ. Зарим тохиолдолд “coup de sabre” маягийн шугаман сорвижилт илэрч болно. Атрофи гүнзгийрэх тусам булчин, ясны бүтцэд нөлөөлж, maxilla болон mandible-ийн жижигрэлт, шүдний гаж хазалт, нүүрний тэнцвэр алдагдал үүснэ. Хамрын таславч хазайх, эрүү болон хацрын ясны асимметри илэрч болно.

Мэдрэлийн хүндрэл 15-45%-д бүртгэгддэг бөгөөд таталт, мигрень, гурвалсан мэдрэлийн невралги, зарим тохиолдолд гемипарез илэрч болно. Тархины MRI шинжилгээнд нэг талын кортикал атрофи, цагаан бодисын гиперинтенсив өөрчлөлт, заримдаа кальцижилт ажиглагддаг. Нүдний хүндрэлд энофтальм (retrobulbar өөхөн эд багассантай холбоотой), птоз, страбизм, увеит зэрэг багтана.

PRS-д албан ёсны үе шатны ангилал байхгүй боловч клиник явцаар нь идэвхтэй прогрессит үе, тогтвортой үе, үлдцийн үе гэж авч үзэх нь практикт түгээмэл. Идэвхтэй үед атрофи аажмаар нэмэгдэж, шинэ өөрчлөлтүүд илэрдэг бол тогтвортой үе шатанд даамжрал зогсож, морфологийн үлдэц тогтвортой хадгалагдана. PRS нь ихэвчлэн клиникийн аргаар оношлогддог боловч зөөлөн эд эсийн эсвэл ясны атрофийн хэмжээ болон тархины эдийн өөрчлөлтийг тодорхойлох, өвчний явцыг хянахын тулд Компьютерын томограф (КТ) болон Соронзон резинанс томографын /MRI/ шинжилгээг заавал хийх шаардлагатай.

Асуумж: 12 настай эмэгтэй хүүхэд нүүрний зүүн тал аажмаар жижгэрч, асимметри нэмэгдэж байгаа зовууриар эмнэлэгт хандсан. Өвчний түүхээс үзэхэд анх 6 сартайгаас эрүүний зүүн доод хэсгийн арьсанд бага зэрэг хөхөвтөр өнгөний өөрчлөлт ажиглагдсан байна. Тухайн үед уналт, гэмтэл, халдвар, тарилга хийлгэсэн түүх байгаагүй бөгөөд өвдөлт, халууралт зэрэг ерөнхий шинж тэмдэг илрээгүй. 2 настайгаас арьсны хөхрөлт илүү тод болж, тухайн хэсгийн арьс нимгэрч байгаа мэт харагдах болсон байна. 4 настайгаас эхлэн зүүн талын эрүүний доод хэсэг болон доод уруул аажмаар жижгэрч, хатагиршиж эхэлсэн бөгөөд уг өөрчлөлт нь жилээс жилд аажмаар нэмэгдсээр иржээ.

Өвчний явцын хугацаанд гэнэтийн хурц даамжрал, үрэвслийн шинж илрээгүй. Сүүлийн 1-2 жилд хааяа зүүн талын нүүр орчмоор хатгуулж өвдөх, богино хугацааны өвдөлт мэдрэгдэх шинж илэрдэг тухай өгүүлсэн боловч тогтмол давтамжтай таталт, саажилт, мэдрэхүйн алдагдал илрээгүй. Мигрень төст толгой өвдөлт ховор, тогтмол бус илэрдэг.

Нүдний талаас хараа муудах, хоёр юм харах, нүд өвдөх зовуурь илрээгүй. Амны хөндийн талаас зажлах, ярих үед зовуурь байхгүй ч нүүрний асимметр байдлаас шалтгаалан гоо сайхны сэтгэл зүйн дарамт нэмэгдэж байгаа тухай дурдсан. Удамшлын ижил төстэй өвчний түүхгүй, жирэмслэлт болон төрөх үеийн хүндрэлгүй, хөгжлийн үе шатууд насандаа тохирсон байжээ.

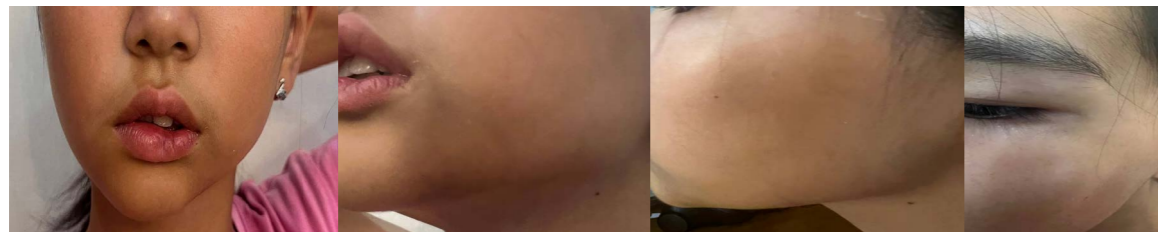
БОДИТ ҮЗЛЭГ:

Ерөнхий байдал сайн, ухаан санаа саруул, биеийн ерөнхий хөгжил насандаа тохирсон. Арьсны ерөнхий өнгө хэвийн, биеийн бусад хэсэгт хатангирил, сорвижилт ажиглагдсангүй. Нүүрний үзлэгээр зүүн талын доод гуравны хэсэгт илэрхий зөөлөн эдийн атрофи ажиглагдана. Зүүн эрүүний доод хэсгийн арьс нимгэрсэн, бага зэрэг гиперпигментацитай, арьсан доорх өөхөн эдийн зузаан баруун талтай харьцуулахад мэдэгдэхүйц багассан байна. Зүүн талын доод уруул жижгэрч, уруулын улаан зааг татагдсан байдалтай, ам тайван үед болон хөдөлгөөн хийх үед нүүрний асимметри илүү тод харагдана.

Эрүүний ясны контур зүүн талдаа нарийссан, mandibular hypoplasia шинж илэрч, эрүү баруун тийш хазайсан мэт харагдана. Хацрын яс, хамрын дунд шугамд илэрхий хазайлт ажиглагдсангүй.

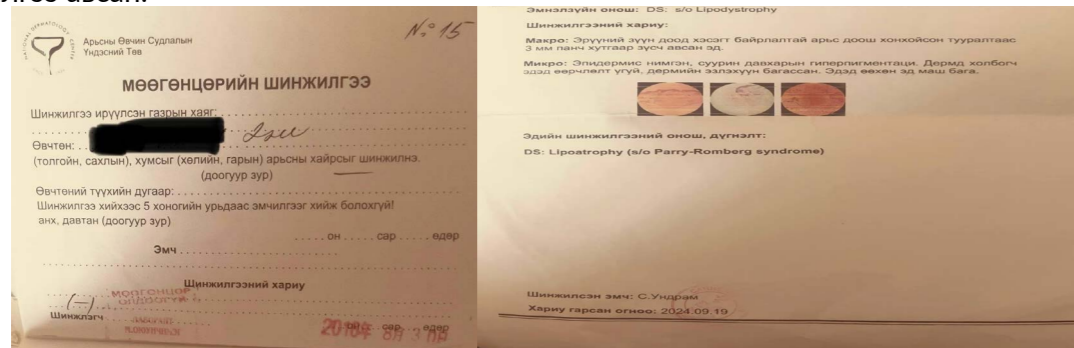
Нүдний үзлэгээр зүүн нүд баруун талтай харьцуулахад бага зэрэг хонхойсон (хөнгөн энофтальм), птоз, страбизм ажиглагдсангүй. Хоёр нүдний харах чадал хэвийн (өвчтөний өгүүлэмж болон анхан үзлэгээр). Амны хөндийн үзлэгээр зүүн талын шүдний эгнээ дотогш татагдсан, хазалтын хөнгөн зөрүүтэй. Хэлний булчин, зөөлөн тагнай, буйлд атрофи илрээгүй. / Зураг 1-4/

Мэдрэлийн үзлэгээр гавлын мэдрэлүүдийн үйл ажиллагаа үндсэндээ хадгалагдсан. Нүүрний булчингийн хүч сулралгүй, илэрхий саа илрээгүй. Мэдрэхүйн алдагдал тогтоогдоогүй. Эмгэг рефлекс илрээгүй.



ЛАБОРАТОРИЙН ШИНЖИЛГЭЭ

Эрүүний зүүн доод хэсгийн арьсны хөхөрсөн хэсгээс мөөгөнцөр болон эдээс эдийн шинжилгээ авсан.



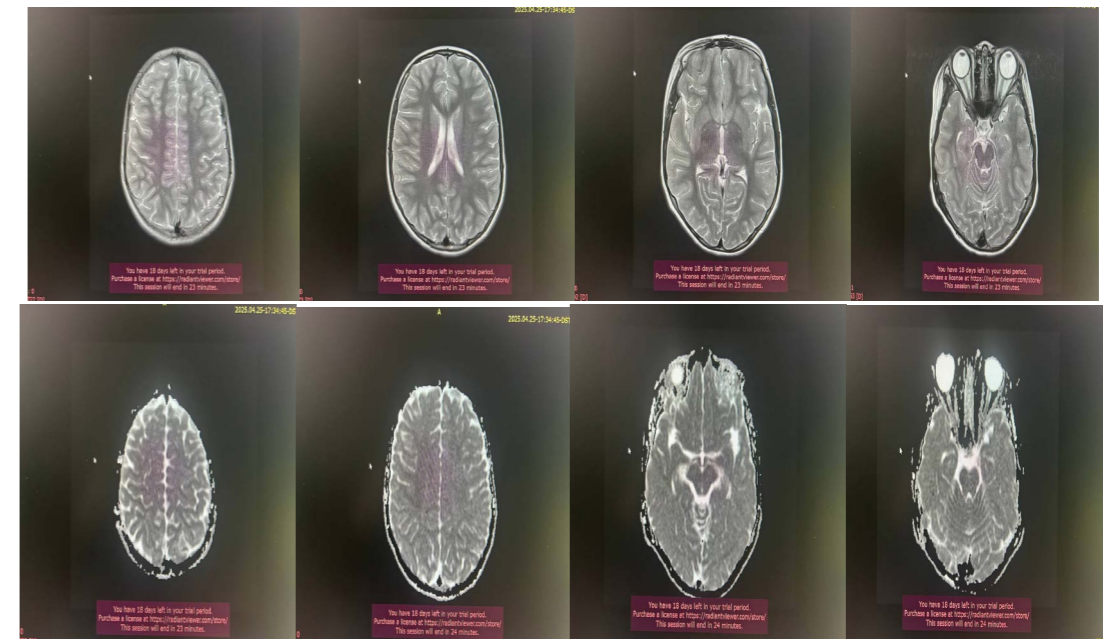
ДҮРС ОНОШИЛГООНЫ ШИНЖИЛГЭЭ:

Эрүү, хоншоорын дэлгэмэл рентген зураг /2019.11.21/ 5 настай

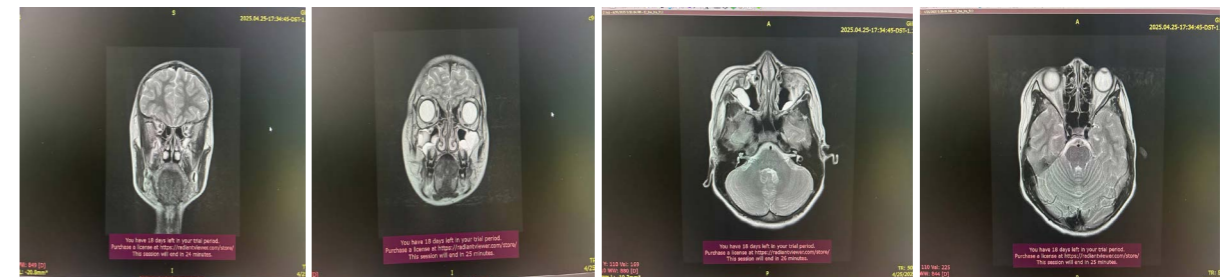
Зүүн талд эрүүний их бие болон салаа хэсэг хэсэг баруун талтай харьцуулахад бага зэрэг нарийссан, ясны эзлэхүүн буурсан шинжтэй. Зүүн талын доод эрүүний ясны хэмжээ баруун талтай харьцуулахад бага зэрэг буурсан.

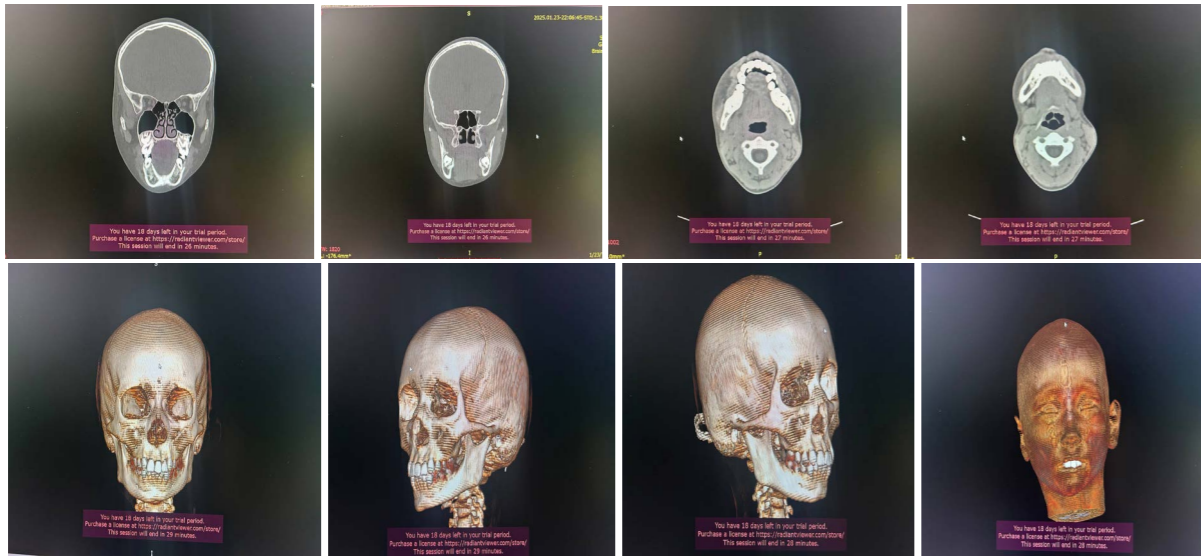


Тархины СТ болон MRI шинжилгээ хийж үзэхэд тархины эдэд ямар нэг бүтцийн болон эмгэг өөрчлөлт илрээгүй /зураг1-10/.



Нүүрний зүүн талд эрүүний доод болон хажуу хэсэг, хацар шанааны хажуу хэсэг, доод уруулын зүүн тал хэсгүүдийг хамарсан өөхөн эдийн дутмагшил болон эрүүний зүүн талд ясны эдийн хэмжээ багассан тодорхойлогдоно. Дараах зургуудаар харуулав /зураг 1-12/.



**ОНОШ:**

DS: Parry-Romberg syndrome, Progressive stage

Онош нь үндсэндээ клиник шинжид тулгуурласан бөгөөд ялган оношилгооны зарчмаар баталгааждаг. Linear scleroderma, hemifacial microsomia, Rasmussen encephalitis, Barraquer-Simons syndrome болон гэмтлийн дараах атрофи зэргээс ялган оношлох шаардлагатай. Дүрс оношилгоо, ялангуяа MRI нь тархины болон зөөлөн эдийн оролцоог үнэлэхэд чухал ач холбогдолтой.

ЯЛГАН ОНОШИЛГОО:

1. Linear scleroderma (En coup de sabre) /Нэг талын нүүрний хатангиршил, дух, дух-хөмсөг орчимд “сэлмээр цавчсан мэт” шугаман сорвижилт/
2. Hemifacial microsomia (Goldenhar spectrum) /Нүүрний нэг тал жижиг, хөгжлийн гажиг/
3. Lipodystrophy (localised) Нэг хэсгийн өөхөн эд алдагдана. Parry-Romberg syndrome үед арьс, булчин, яс хүртэл хамрагдана. Системийн бодисын солилцооны өөрчлөлт илүү илэрч болно
4. Rasmussen encephalitis /Нэг талын тархины гэмтэл, таталт/
5. Barraquer-Simons syndrome (Acquired partial lipodystrophy) /Биеийн дээд хэсгийн өөх алдагдана, хоёр талд илэрнэ. PRS нь ихэвчлэн нэг талын, нүүрэнд төвлөрсөн.
6. Post-traumatic facial atrophy /Гэмтлийн анамнезтай/

ЭМЧИЛГЭЭ:

1. Өвчний явцыг удаашруулах /Үүнд: Метотрексат- схемээр, Кортикостероид эмчилгээ схемээр /. Мөн өвчтөнд неврологийн шинж тэмдэгт илэрч байвал: /Эпилепсийн эсрэг болон мигрень мэдрэлийн өвдөлтийн үенд тусгай менежмент хийдэг.
2. Нэмэлт гэмтэл үүсэхээс сэргийлэх.
3. Хожмын нөхөн сэргээх мэс засалд сайн нөхцөл бүрдүүлэх. Идэвхтэй үед мэс засал хийхгүй.
4. Тогтмол хяналт
5. Сэтгэл зүйн дэмжлэг

ХЭЛЦЭМЖ:

“Afreh YA” нарын судалгаанаас харахад PRS нь нүүрний 1 тал дахь эд эсийн атрофи илэрдэг, ховор, хааяа тохиолддог, мэдрэлийн арьсны өвчин юм. Эрэгтэй, эмэгтэй хүний харьцаа 1:2 байдаг бөгөөд нүүрний зүүн тал нь илүү их өвчилдөг.

PRS-ийн патогенез нь бүрэн тодорхойлогдоогүй байгаа ба аутоиммун дутагдал, гэмтэл, халдварт, судасны гажиг зэрэг олон янзын онол дэвшүүлж байна. Бусад судалгааны ажлууд болон хэвлэлийн тоймуудаас харахад PRS өвчний үед дархлаа дарангуйлах эмчилгээ хийснээр эмнэл зүй нь сайжирч байгаа нь аутоиммун эмгэг гэдгийг баттай харуулж байгаа юм.

Abdelnour JGW нарын судалгаанаас харахад Парри-Ромберг синдром нь гемифациал атрофи

үүсгэдэг маш ховор зүйл бөгөөд шугаман склеродермтай холбоотой байж болно. Энэ нь хэр их талбай хамарснаас шалтгаалан олон төрлийн аймшигтай үр дагавартай байдаг. Тиймээс уг өвчний үндсэн шалтгааныг тодорхойлж, менежментийн тодорхой удирдамж боловсруулахын тулд эмчилгээний тал дээр цаашид олон судалгааны ажлууд хийх шаардлагатай.

ДҮГНЭЛТ:

Парри-Ромбергийн хам шинж (PRS) нь ихэвчлэн хүүхэд болон өсвөр насанд илэрч, нүүрний нэг талыг хамарсан аажим явцтай атрофи үүсгэдэг ховор эмгэг юм. Уг өвчин нь гол төлөв арьс болон арьсан доорх өөхөн эдийг гэмтээдэг боловч зарим тохиолдолд булчин, ясны бүтэц хүртэл хамрагдан өөрчлөлт өгдөг. PRS-ийн оношийг зөв тогтоохын тулд өвчтөний дэлгэрэнгүй анамнезийг нягт авч, нарийн эмнэлзүйн үзлэг хийхийн зэрэгцээ дүрс оношилгооны аргууд болох компьютер томограф (КТ), соронзон резинонс томограф (MRI)-ийн шинжилгээг зайлшгүй гүйцэтгэх шаардлагатай байдаг.

Бидний танилцуулж буй энэхүү тохиолдол нь эмнэлзүйн илрэл болон нэмэлт шинжилгээний үр дүнгүүдэд үндэслэн Парри-Ромбергийн хам шинжийн оноштой бөгөөд одоогийн байдлаар өвчний идэвхтэй шатандаа яваа гэж дүгнэгдэж байна. Монгол Улсад энэхүү хам шинжийн талаар өмнө нь судалгаа хийгдээгүй, мөн оношилж эмчлэх чиглэлээр мэргэшсэн эмч, мэргэжилтэн хомс байгаа нь анхаарал татах асуудал болж байна.

НОМ ЗҮЙ:

1. Abdelnour JGW, Abdelnour YGW, Kerollos RAB, Mahmoud ZIT. ParryRomberg syndrome associated with en coup de sabre in a patient from South Sudan—A rare entity from East Africa: a case report. *J Med Case Rep.* 2019;13:138. doi:10.1186/s1325601920632. PMID:31046814; PMCID: PMC6498597.
2. Afreh YA, Twum KA, Amankwa AT, Ashley G, Ankomah K, Otoo OK. Parry Romberg syndrome: A case report. *Radiol Case Rep.* 2024;19(12):62086212. doi:10.1016/j.radcr.2024.09.029. PMID:39387008; PMCID: PMC11461924.
3. Arif T, Fatima R, Sami M. ParryRomberg syndrome: a mini review. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat.* 2020;29(4):193199. PMID:33348939.
4. Stone J. Parry-Romberg syndrome: a global survey of 205 patients using the Internet. *Neurology.* 2003;61(5):674-676. doi:10.1212/01.WNL.0000086761.60522.FB
5. Tollefson MM, Witman PM. En coup de sabre morphea and Parry-Romberg syndrome: a retrospective review of 54 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56(2):257-263. doi:10.1016/j.jaad.2006.10.959
6. El-Kehdy J, Abbas O, Rubeiz N. A review of Parry-Romberg syndrome. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67(4):769-784. doi:10.1016/j.jaad.2012.01.019
7. Tolkachjov SN, Patel NG, Tollefson MM. Progressive hemifacial atrophy: a review. *Orphanet J Rare Dis.* 2015;10:39. doi:10.1186/s13023-015-0250-9
8. Duymaz A, Karabekmez FE, Keskin M, Tosun Z. Parry-Romberg syndrome: facial atrophy and its relationship with other regions of the body. *Ann Plast Surg.* 2009;63(4):457-461. doi:10.1097/SAP.0b013e31818bed6d
9. Orphanet Rare Disease Database. Parry-Romberg syndrome. Accessed [insert date]. Orphanet. Orphanet Rare Disease Database. (URL typically accessed for data; Orphanet does not supply formal author/year format like journals)

2.5 ГОЛТЫН АРЫН ЗАЙН АНХДАГЧ ЛИПОСАРКОМА

¹С.Оюударь,¹К.Јungeun, ¹Э.Гэрэлмаа,¹О.Ширнэн, ¹Б.Билгүүнзаяа,
²Б.Оюун-Эрдэнэ, ²Х.Удвал,¹А.Болд, ¹С.Хүрэлбаатар
¹Цээжний Хөндийн Мэс заслын тасаг, Интермед эмнэлэг
²Эмгэг судлалын тасаг, Интермед эмнэлэг

УДИРДТГАЛ

Өөхөн эдийн хорт хавдар буюу липосаркома нь мезенхимийн эсүүдээс гаралтай хорт хавдар бөгөөд ихэвчлэн доод мөчдөд болон ретроперитонеальд байрлах ба голтын арын зайд үүсэх нь ховор тохиолддог юм. Анх 1927 Edwards нарийн судлаачид хэвлэлд нийтлүүлсэн байсан ба [1] 2023 оны байдлаар 95 тохиолдол бүртгэгдсэн байна.[2] Голтын арын зайн липосаркома нь бүх медиастиналь хавдрын 0.1-0.75%-ийг эзлэх ба нийт липосаркомын тохиолдлын 1% -иас бага хувийг эзэлдэг.[2,3] Эсийн ялгарлаар хэд хэдэн төрөлд хуваах ба 2020 оны Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага(ДЭМБ)-аас гаргасан зөөлөн эд, ясны хавдрын ангиллын дагуу сайн ялгаралтай, ялгаралтай, миксоид, плеоморфик гэж 4 ангилдаг. Хавдрын төрөл, хамрах хүрээ зэргээс хамаарч эмчилгээ, тавилан ялгаатай байдаг.[4]

Голтын арын зайн липосаркома нь эмнэлзүйн шинж тэмдэг бага ихэвчлэн урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр оношлогддог. Эмнэлзүйн шинж тэмдэг хавдар хэмжээгээр томрох үед бусад эрхтний дарагдал үүссэнээс хоёрдогчоор амьсгал давчдах, амьсгалын тоо олшрох, цээжний өвдөлт, хэржигнэж амьсгалах, зүрхний хэм алдагдал, синкопи зэрэг шинж тэмдэг илэрч болно.

Мэс засал нь үндсэн эмчилгээний арга бөгөөд эсийн төрөл байрлалаас хамаарч туяа эмчилгээ хими эмчилгээ хавсран хийгдэх боломжтой. [5]

ЭМНЭЛЗҮЙН ТОХИОЛДЛЫН ТАНИЛЦУУЛГА

Эмчлүүлэгч 60 настай эмэгтэй

ЗОВУУРЬ:

Зүрх дэлсэх, амьсгалахад хүндрэлтэй, бие сульдах

АСУУМЖ:

2016 оны 12 сараас цээж өвдөх, амьсгаадах зовуурь илэрч Хавдар Судлалын Үндэсний Төвд үзүүлж ар голтын үүсгэвэр оношлогдсон.

Цээжний тодосгогчтой КТГ /2016/12/18/: Дунд голтод зүрхний зүүн тосгуурыг их шахсан, үнхгэлцгэн хальстай нягт наалдсан, дээшээ бронхын бифуркацын зайг, арагшаа улаан хоолой болон гол судасны уруудах хэсгийн ханатай нягт хиллэсэн, 10,5*9,5см хэмжээтэй, -20 -84 НУ нягттай өөхөн эд бүхий, зах ирмэг тод үүсгэвэртэй.

2017/01/03-д голтын 7*6,8*4,5см голтын үүсгэвэр авах мэс засалд орсон.

Эдийн шинжилгээний хариу: Atypical lipomatous tumor буюу сайн ялгаралтай липосаркома гарсан.

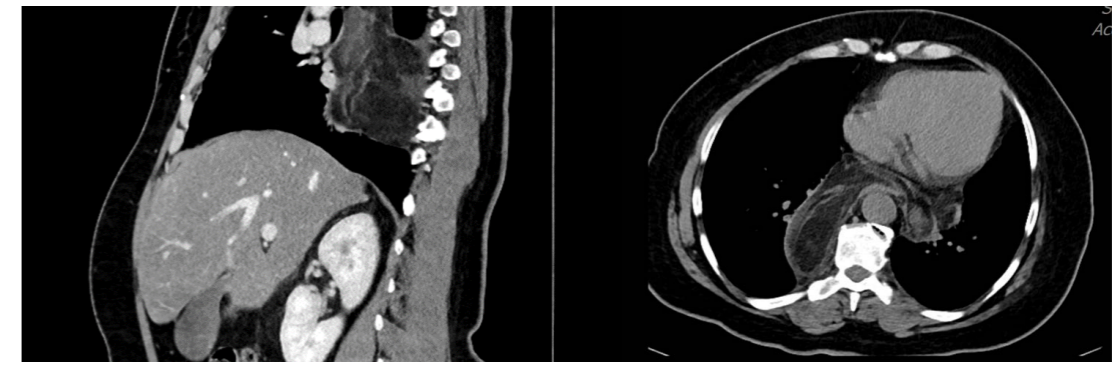
2025 оны 1 сараас өнгөц амьсгалах, баруун гар хөл өвдөх, бадайрах зэрэг зовуурь илэрсэн.

БОДИТ ҮЗЛЭГ:

Биеийн ерөнхий байдал дунд, ухаан саруул, орчиндоо харьцаатай, мөчдөд хөдөлгөөн чөлөөтэй, идэвх дунд. Арьс салст цэвэр, чийглэг. Чагналтаар зүрхний авиа тод хэмнэл жигд, уушги 2 талд цулцангийн амьсгалтай, эмгэг шуугиангүй. Бусад эрхтэн тогтолцооны үзлэгээр өөрчлөлтгүй.

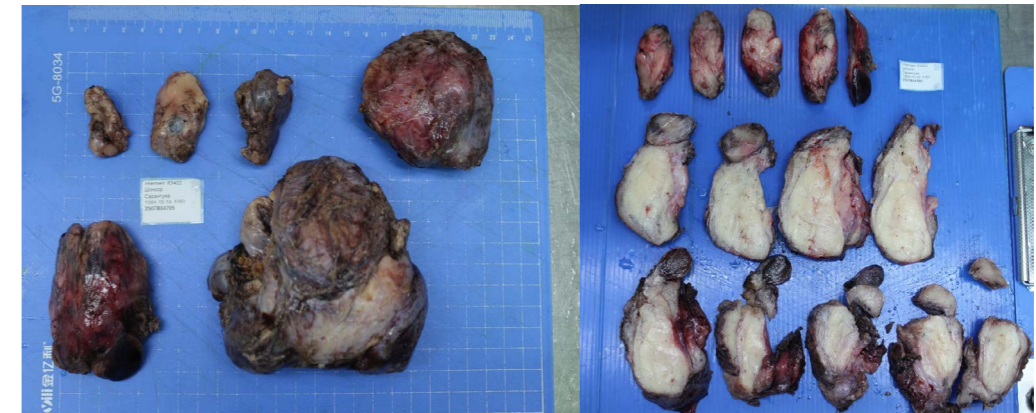
ДҮРС ОНОШИЛГООНЫ ШИНЖИЛГЭЭ

Хэвлийн тодосгогчтой КТГ /2025/05/29/: Голтод зүрхний ар хэсэгт, 2.9 x 6.5 x 5.2см хэмжээтэй, өөхөн эдийн нягтралтай, зах хүрээ тод бус, эзлэхүүнт үүсгэвэр тодорхойлогдох ба энэ үүсгэвэр артерийн фазад бага зэрэг тодорч венийн болон хожуу фазуудад тодрол илүүтэй нэмэгдэнэ.



Зураг 1. Мэс заслын өмнөх шинжилгээ: Хэвлийн тодосгогчтой КТГ

Төлөвлөгөөт журмаар 2025.07.23-д ЕМА дор булчин хадгалах торакотоми, үүсгэвэр авах мэс засал хийгдсэн. Цээжний хөндийг нээж шалгахад голтын арын зайн доод хэсгийг бүрэн хамарсан, зүрхний ховдлын араар зүүн цээжний хөндийд хүрсэн том хэмжээний зөөлөн эдийн хавдар байсан ба үүсгэврийг аортын судас, перикардийн хальсыг гэмтээхгүйгээр орчны эдээс ялгаж авав. Мэс заслын үргэлжилсэн хугацаа: 270 минут



Зураг 2. Мэс заслын дараах эдийн макро зураг

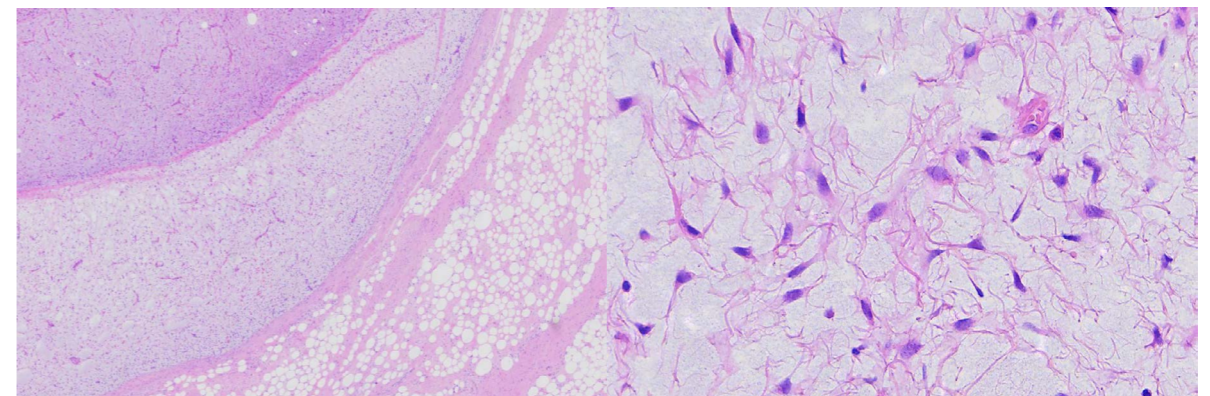
ОНОШ

ЭДИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХАРИУ:

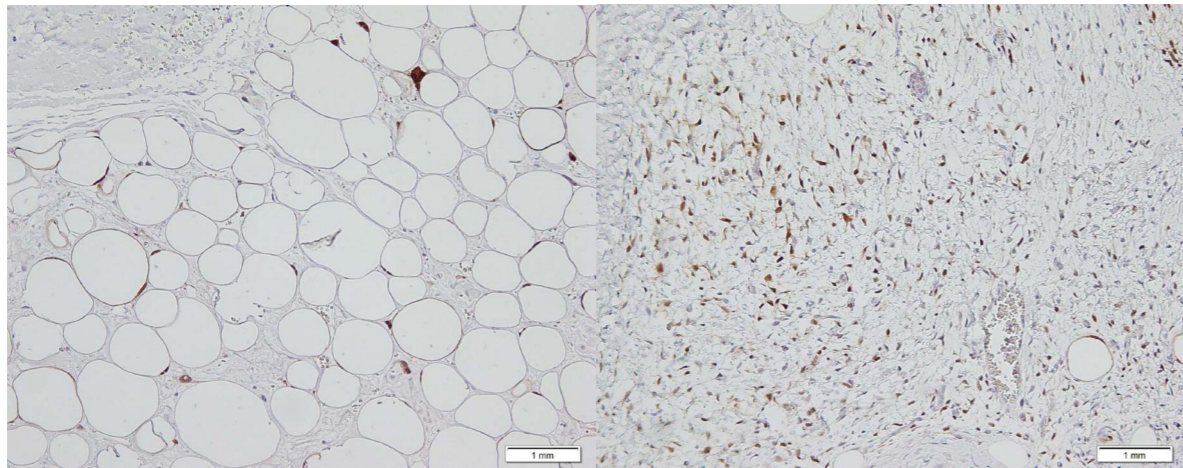
Microscopic: Diagnosis: Голт, ар хэсэг, үүсгэвэр авах: Сайн ялгаралтай липосаркома сэжигтэй / Suggestive of well differentiated liposarcoma /*/

ИММУНОГИСТОХИМИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХАРИУ:

DS: Atypical lipomatous tumor/ Well-differentiated liposarcoma Immunohistochemistry result: S100 +/- CD34 +/- Ki67%- low <2%



Зураг 3. Мэс заслын дараах эдийн микро зураг



Зураг 4. Иммуногистохимийн шинжилгээний зураг

ЯЛГАХ ОНОШ

- Өөхөн эдийн хоргүй хавдар
- Тератома
- Мэдрэлийн гаралтай хавдар
- Голтын буглаа

ЭМЧИЛГЭЭ

Голтын үүсгэвэр авах мэс засал хийгдсэн. Одоогоор эмчлүүлэгч зовуурь үгүй, хавдрын эмчийн хяналтад мэс заслын дараах хими эмчилгээ хийгдэж байна.

ХЭЛЦЭМЖ

24 тохиолдолд дүгнэлт хийсэн 2015 оны судалгааны үр дүнд өвчтөний дундаж нас 49.6 (14-77нас), хавдрын дундаж хэмжээ 17,5см(2.2- 35.6см), дахилт 7 байсан байна. [3]

ДҮГНЭЛТ

1. Анхдагч голтын арын зайн липосаркома нь дэлхий дахинд маш ховор тохиолдох өвчин бөгөөд дүрс оношилгооны шинжилгээгээр эрт үед нь илрүүлэх бүрэн боломжтой.
2. Ялгарал сайтай липосаркома нь хоруу явц багатай ч дахилт өндөр, зэргээлдээх эрхтэн буюу зүрх, гол судас, бронх, венийн судас, мэдрэл, улаан хоолой зэрэг эрхтэн дарагдсанаас үүдэн эмнэлзүйн шинж илэрдэг учир ялган оношилгоог сайн хийх шаардлагатай.

НОМ ЗҮЙ

1. Ortega P, Suster D, Falconieri G, Zambrano E, Moran CA, Morrison C, et al. Liposarcomas of the posterior mediastinum: clinicopathologic study of 18 cases. *Modern Pathology*. 2015 May 1;28(5):721-31.
2. Ataya J, Nahle AA, Hussein Hamdar, Amjad Sikaria, Younes Souleiman. Mediastinal liposarcoma: a case report and review of the literature. *Journal of Medical Case Reports*. 2023 Aug 31;17(1).
3. Rao J, Zhu Q, Yang X. Giant primary liposarcoma of the mediastinum: A case report and review of the literature. *SAGE open medical case reports [Internet]*. 2023 Winter;11:2050313X231206031.
4. Sbaraglia M, Bellan E, Dei Tos AP. The 2020 WHO Classification of Soft Tissue Tumours: news and perspectives. *Pathologica*. 2020 Nov;113(2):1-15.
5. National Comprehensive Cancer Network удирдамж- 2026 оны шинэчлэгдсэн “Зөөлөн эдийн хорт хавдрын эмчилгээний удирдамж”

2.6 ӨВДӨГНИЙ ҮЕНД ҮҮССЭН СИНОВИАЛ ХОНДРОМАТОЗЫН ХОВОР ТОХИОЛДОЛД МЭС ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭ ХИЙСЭН ТУХАЙБ.Төгөлдөр¹, А.Батхүү¹, Б.Цэнгүүн¹¹Грандмед эмнэлэг

Яс үений мэс заслын тасаг

ҮНДЭСЛЭЛ:

Синовиал хондроматоз нь үен дотор эсвэл ойр орчмын зөөлөн эд, үений уут, шөрмөс холбоосоос олон тооны мөгөөрсний зангилаа үүсэх замаар тодорхойлогддог үе мөчний эмгэг бөгөөд заримдаа хорт хавдар үүсгэдэг. Синовиал хондроматоз нь ховор тохиолддог хавдар бөгөөд ойролцоогоор 1 сая хүн тутамд 1.8-н тохиолдол бүртгэгддэг. Энэ нь ихэвчлэн амьдралын гурав, тав дахь арван жилд тохиолддог бөгөөд эрэгтэйчүүдэд эмэгтэйчүүдээс хоёр дахин их тохиолддог. Ихэнх тохиолдолд том үенүүдэд үүсдэг бөгөөд үүний 60-70% нь өвдөгний үенд тохиолддог байна. Уг өвчин нь үеэр өвдөх, хавдах, механик шинж тэмдгүүд буюу үйл ажиллагаатай холбоотой (үеэр гацах, хөдөлгөөн хязгаарлагдах, үеэр дугарах гэх мэт) шинж тэмдгээр илэрдэг. Үзлэгээр зангилаа, үүсгэвэр тэмтрэгдэх байдлаар илэрч болдог.

ЭМНЭЛЗҮЙН ТОХИОЛДОЛ:

Грандмед эмнэлэгт 2024 оны 4 сард өвчтөн Э.А 29 настай эмэгтэй яс үений мэс заслын тасагт ирж үзүүлсэн.

ИРЭХ ҮЕИЙН ЗОВУУРЬ:

Баруун өвдөг өвдөнө, ачаалал өгөх, шатаар явах, нугалах үед өвдөнө, үеэр гацна гэсэн зовууртай.

АСУУМЖИД:

6 жилийн өмнө баруун өвдөгний үе гэмтсэн. Түүнээс хойш өвдөгний үеэр үе үе өвддөг, ачаалал өгөхөөр хавддаг байсан. Сүүлийн 2 сард өвдөлт эрс нэмэгдэж, удаан суухаар чилж өвдөж эхэлсэн тул эмчид үзүүлж MRI зураг авхуулахад өвдөгний үений дотор болон ар хэсгээр үүсгэвэр илэрсэн тул мэс засалд орохоор шийдсэн. 2020 онд тэмбүүгийн шинжилгээ эерэг гараад тухайн үед зохих ёсоор эмчилгээ хийлгэсэн гэнэ. Сүүлд шинжилгээ өгөхөд идэвхтэй гэж гарсан тул дахин эмчилгээ хийлгэсэн гэнэ.

Үзлэгээр: Баруун өвдөгний үеэр өвчин эмзэглэл ихтэй, хаван хавдартай, үений гадна бүрдэл болон нугалах хөдөлгөөнд эмзэглэл ихтэй, тэмтрэлтээр үен дотор сул масс тэмтрэгдэнэ.

ШИНЖИЛГЭЭНД:

Соронзон резонанс томограф: There are numerous similar-sized intra-articular loose bodies of variable signal intensity, some of them are showing intermediate to high signal intensity that is of cartilage.

DDX: Synovial osteochondromatosis

DDX: Pigmented villonodular synovitis

ИММУНОЛОГИЙН ШИНЖИЛГЭЭНД:

Anti-HCV – Weakly positive, Syphilis-TP – Weakly positive

ОНОШ:

DS: Osteochondromatosis right knee

ЯЛГАХ ОНОШ:

- Osteoarthritis + loose bodies
- Pigmented villonodular synovitis
- Osteochondritis dissecans
- Synovial sarcoma

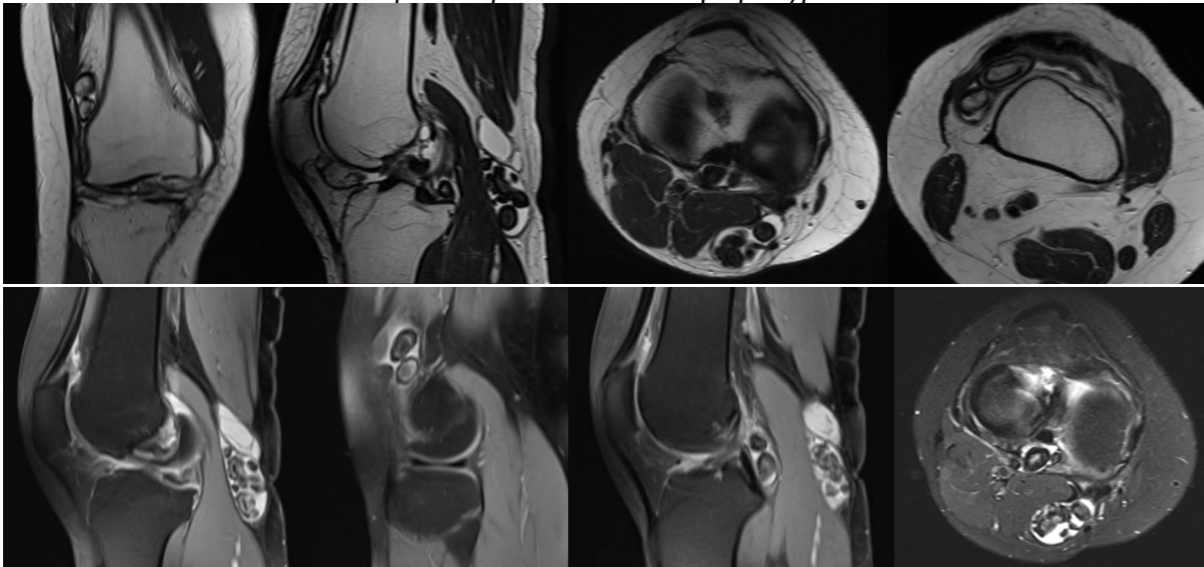
ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ТӨЛӨВЛӨГӨӨ:

Эмийн эмчилгээ болон эвийн эмчилгээнд үр дүнгүй тул төлөвлөгөөт журмаар баруун өвдөгний үнд эмчилгээ оношилгооны зорилгоор дурангийн мэс засал хийхээр төлөвлөсөн.

МЭС ЗАСЛЫН ЯВЦ:

Баруун өвдөгний үерүү дуран оруулж үеийг шалгахад үений дээд хэсэгт олон тооны остеофит, мөгөөрс төст эдүүд сул байсан. Жийргэвч мөгөөрсийг шалгахад урагдалгүй байв. Тойгны арын хэсгээр илэгдэл үүссэн байв. Үен доторх эдийг дурангаар авах боломжгүй байсан тул дурангийн мэс заслыг зогсоож нээлттэй мэс засалруу шилжив. Тойгны гадна дээд хэсэгт 3 см орчим зүслэг, тойгны дотор доод хэсэгт 3см орчим зүслэг тус тус хийж сул эдүүдийг түүж авсан. Үений бусад хэсгийг шалган цус тогтоолт хийсэн. Баруун өвдөгний дотор ар хэсэгт 5 см орчим дагуу зүслэг хийж мохоо аргаар зөөлөн эдийг ялган цус тогтоосон. Уутлагдсан эдэд хүрч уутыг нээхэд өтгөн шаравтар шингэн гарсан. Уутан дотор олон тооны том хэмжээний ясархаг эд байсныг цэвэрлэж авсан. Мэс заслаар авсан эдийг эдийн шинжилгээнд явуулсан.

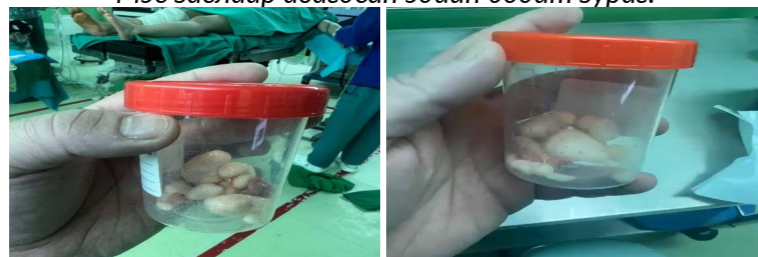
Соронзон резонанс томографи зураг:



Өвдөгний дурангийн мэс заслын үеийн зураг:



Мэс заслаар авагдсан эдийн бодит зураг:

**ХЭЛЦЭМЖ:**

Синовиал хондроматоз нь өвдөгний үенд ховор тохиолддог хоргүй эмгэг бөгөөд үений өвдөлт, хаван, механик шинж тэмдгээр илэрдэг. Соронзон резонанс томограф шинжилгээ нь оношилгоо, мэс заслын төлөвлөлтөд чухал ач холбогдолтой байсан бөгөөд эцсийн оношийг гистопатологийн шинжилгээгээр баталгаажуулсан. Манай тохиолдолд дурангийн мэс засал нь бага инвазив давуу талтай боловч үений ар хэсэгт байрласан, олон тооны болон том хэмжээтэй зангилааг бүрэн авахад хүндрэлтэй байсан тул нээлттэй мэс засалд шилжсэн нь эмчилгээний бүрэн байдлыг хангаж, эмчилгээний үр дүнг сайжруулж, дахилтаас сэргийлэхэд ач холбогдолтой байсан гэж үзэж байна.

ДҮГНЭЛТ:

Мэс заслаар авсан эдийн шинжилгээний хариу Synovial chondromatosis /synovial osteochondroma/ D16.2 гэж гарсан. Одоогоор өвчтөний биеийн байдал хэвийн, өвдөгний үений зовуурь арилсан, дахилтгүй байгаа.

НОМ ЗҮЙ:

1. <https://curesarcoma.org/sarcoma-subtypes/synovial-chondromatosis/>
2. <https://forbestip.org/articles/retrospective-evaluation-of-synovial-chondromatosis-with-histopathological-and-clinical-features/forbes.galenos.2025.52385>
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470463/>

2.7 БАМБАЙ БУЛЧИРХАЙН БЭТЭГ ӨВЧНИЙ МЭС ЗАСАЛ ХИЙСЭН ТУХАЙ

Г.Эрдэнэбилгүүн¹, С.Отгонбаяр², Д.Ганцэцэг³, М.Зоригтбаатар⁴, А.Амгалан⁵, Ц.Буянтөгс⁵

1. ЭХЭМҮТ-ийн ЦМЗТ-ийн эмч; 2. УНТЭ-ийн Булчирхайн мэс заслын эмч, 3. Эмгэг судлалын эмч 4. ЭХЭМҮТ-ийн ЦМЗТ-ийн тасгийн эрхлэгч; 5. ЭХЭМҮТ-ийн ЦМЗТ-ийн их эмч

CASE REPORT OF THYROID HYDATID CYST

ABSTRACT:

Hydatid cyst is a disease caused by the Echinococcus granulosus and hydatid cyst higher prevalence in highly agricultural countries. Echinococcus granulosus is a parasite that lives in the small intestine of animals such as sheep and dogs. Humans are not host but they are causing cystic disease. In terms of location, it is most common in the liver, lungs, and brain, and is very rare in the thyroid gland. Clinically, tapeworm disease depends on the location and size. Diagnostic and therapeutic methods depend on the location and size. Medication (albendazole, mebendazole) and surgery (PAIR, laparoscopic surgery, open surgery) are combined. In our case, a 15-year-old female child had a lump on the left side of her neck, palpitations, and tremor. An echocardiogram of the thyroid showed a 2.7 x 3.0 x 3.2 cm anechoic cystic mass with thick walls. A contrast neck CT scan was performed. A 2.6 x 3.0 cm non-homogeneous cystic mass with fluid inside was found in the left lobe of the thyroid. A puncture biopsy was performed and the result was that it was a benign mass. We successfully performed to breast-axillary approach endoscopic thyroidectomy. After 14 days, biopsy results hydatid cyst.

ТОЙМ:

Бэтэг өвчин echinococcus granulosus шимэгчээр халдварлагддаг өвчин бөгөөд хөдөө аж ахуйн өндөр хөгжсөн оронд элбэг тохиолддог. Echinococcus granulosus нь хонь, нохой зэрэг амьтны нарийн гэдсэнд шимэгч байдлаар хадгалагддаг бөгөөд хүн завсрын эзэн болж уйланхайлаг өвчин үүсдэг байна. Байрлалын хувьд элэг, уушги, тархи зэрэгт хамгийн элбэг тохиолддог бөгөөд бамбай булчирхайд маш ховор тохиолддог байна. Эмнэл зүйн болон оношилгоо эмчилгээний арга техникийн хувьд байрлал болон хэмжээнээс хамааралтай байдаг. Эмийн (альбендазол, мебендазол) болон мэс засал (PAIR, дурангийн мэс засал, нээлттэй мэс засал) хавсарч хийгдэж байна. Бидний танилцуулах тохиолдлын хувьд 15 настай эмэгтэй хүүхдэд хүзүүний зүүн талд овойно, зүрх дэлсэнэ, гар салгална зовууртай байсан тул бамбай булчирхайн эхо шинжилгээнд зузаавтар ханатай 2.7x 3.0 x 3.2 см аноэхоген уйланхайлаг үүсгэвэр байсан иймд хүзүүний тодосгогчтой КТГ хийж бамбай булчирхайн зүүн дэлбэнд 2.6 x 3.0 см хэмжээтэй нэгэн төрлийн бус бүтэцтэй болсон дотроо шингэн агуулагдахуунтай 22-28НУ нягттай уйланхайлаг үүсгэвэр байсан. Хатгалтын биопси авч хариу хоргүй үүсгэвэр гэсэн тул суга цээжний хүрцээр бамбай булчирхайн үүсгэвэр авах мэс засал хийсэн мэс заслын дараа 14 хонгийн дараах эдийн шинжилгээний хариу нь бэтэг гэж хариу гарсан тул энэхүү маш ховор тохиолдлыг бид танилцуулахаар бэлтгэв.

ЭМНЭЛЗҮЙН ТОХИОЛДЛЫН ТАНИЛЦУУЛГА

Эмчлүүлэгч: Б, 15 настай эмэгтэй, Улаанбаатар хотын харьяа, жин:60кг, өндөр: 168см, Цусны бүлэг: A(II), Rh(+)

ЗОВУУРЬ:

Хүзүүний зүүн талд овойно, амархан уурлана, халууцна, гар салгална.

АСУУМЖ:

5 жилийн өмнө анх хүзүүний зүүн талд бага хэмжээтэй овойж эхэлсэн, зунаас улам томроод байсан тул 08 сард ЭХЭМҮТ-д ХАЯТТ-д үзүүлж эхо-д дахин харуулж үүсгэвэртэй байсан тул хүзүүний КТГ хийж хатгалтын биопси шинжилгээ авхуулж хоргүй үүсгэвэр гэсэн тул 09 сард ЦМЗТ-д хэвтэж мэс засалд орохоор болсон.

БОДИТ ҮЗЛЭГ:

Биеийн ерөнхий байдал хүндэвтэр, ухаан санаа хэвийн, байрлал идэвхтэй, орчиндоо харьцаатай, арьс салст цэвэр чийглэг, эмгэг тууралтгүй, захад хавангүй. Артерийн даралт 98/67 мм м.у.б, лугшилт 64удаа/мин, SaO₂-96%. Уушги 2 талд цулцангийн амьсгалтай, эмгэг авиа

шуугиангүй. Зүрхний хэм жигд авиа тод, хэм жигд. Хэвлий зөөлөн эмзэглэлгүй байна. Өтгөн, хийн гарц хэвийн. Хүзүүний зүүн талд хатуу эмзэглэлгүй хатуу үүсгэвэр тэмтрэгдэнэ.

ЛАБОРАТОРИЙН ШИНЖИЛГЭЭНД:

Table2. Patient thyroid hormonal values

| | TSH | fT3 | fT4 | Anti-Tg | Anti-TPO |
|------------|------|------|-------|---------|----------|
| 2025.08.13 | 3.71 | 2.03 | 84.12 | 16.44 | 5.0 |
| 2025.10.01 | 3.81 | 2.25 | 90.12 | 18.35 | 4.7 |

Table1. Patient laboratory values

| | Complete blood count | | | | | Coagulogram | | |
|------------|-------------------------|-------------------------|-----------|-------|------------------------|-------------|----------|------|
| | WBC | RBC | HGB | HCT | PLT | APPT | Fib | INR |
| 2025.09.15 | 4.14 10 ⁹ /l | 5.03 10 ⁶ /l | 13.9 g/dl | 40.2% | 284 10 ⁹ /l | 37.4 sec | 2.36 g/l | 1.31 |
| 2025.09.17 | 8.25 10 ⁹ /l | 4.62 10 ⁶ | 13.3 g/dl | 38.5% | 285 10 ⁹ /l | 44.1 sec | 4.03 g/l | 1.09 |

| Biochemistry panel | | | | | | | |
|--------------------|--------------|-------------|-------------|----------|-----------|-------------|----------|
| CRP | Crea | BUN | Glu | ALT | AST | Cal | ALB |
| 1.5 mg/dl | 83,16 mmol/l | 6.6 mmol/l | 3.64 mmol/l | 23.1 U/L | 20.6 U/L | 2.3 mmol/l | 34.0 g/l |
| 3.01 mg/dl | 1.2 mg/dl | 27.63 mg/dl | 4.95 mmol/l | 8.98 U/L | 17.71 U/L | 2.21 mmol/l | 28.7 g/l |

БАГАЖИЙН ШИНЖИЛГЭЭНД:

2025.09.01 Цээжний рентген: Хэвийн
2023.09.06 Зүрх, хэвлийн ЭХО: Хэвийн

2023.08.10 БАМБАЙН ЭХО:

Бамбайн булчирхайн зүүн талын дэлбэн хэмжээгээр томорсон 2,7*3,0*3,2 см хэмжээтэй, зузаавтар ханатай, анэхоген уйланхайлаг үүсгэвэртэй. Үүний доод хэсэгт 0.9-0.8 см хэмжээтэй, судасжилтгүй, изоэхоген зангилаа төст голомтот өөрчлөлттэй. Орчны тунгалгийн булчирхайн томролгүй.

2025.09.10 ХҮЗҮҮНИЙ ТОДОСГОГЧТОЙ КТГ:

Бамбай булчирхайн зүүн дэлбэн 2,6x3,0 см хүртэл тодорсон тодосгогчгүй шатанд нэгэн төрлийн бус бүтэцтэй болсон 2,2x2,8см хэмжээтэй дотроо агуулагдахуунтай дотроо 22-28НУ шингэнтэй байна.

МЭС ЗАСЛЫН ЯВЦЫН ТЭМДЭГЛЭЛ: 2025.09.16

ЕМА дор өвчтөнийг дээш харуулан хэвтүүлж мэс заслын талбайг 7,5% тамедины уусмалаар 4 удаа ариутгаж ариун давуугаар тусгаарлав. Хөхний дээд хэсэгт эгэмний дунд, суганы урд шугамаар тус бүрд 3-р хавирга орчим 0.5см зүслэг хийж арьсан доогуур туннель үүсгэж 5мм трокар байрлуулав. Үүний дараа цээжний зүүн талд эгэмний дунд шугамаар 3-р хавирга орчим 0.5см зүслэг хийж арьсан доогуур зай үүсгэж 5 мм трокар байрлуулав. Арьсан доогуур CO₂-р хийлж арьсан доорх зайг harmonic ашиглан зайг үүсгэж багаж болон трокаруудыг хооронд нь уулзуулав. Үүний дараа хүзүүний голын цагаан шугамыг нээж m.sternothyroid булчинг сөхөж бамбай булчирхайн уйланхайлаг үүсгэврийг гаргав. Харах үед уйланхайлаг үүсгэвэр байв. Уйланхайлаг үүсгэврийг бамбай булчирхайн орчны эдээс шулж авч эхлэв шулах явцад хагарч иод төст шингэн гарсанг соруулан авч бүрэн авав.Үүний дараа хэвтшийг шалгахад цус гарсан зүйл үгүй тул гуурс байрлуулж шархны доорх хийг хийг сайтар гаргаж шархыг хаав.

Мэс заслын өмнөх онош: Зүүн талын бамбай булчирхайн хоргүй уйланхай



Figure 1: Chest CT Coronal (arterial phase, Pre operation)

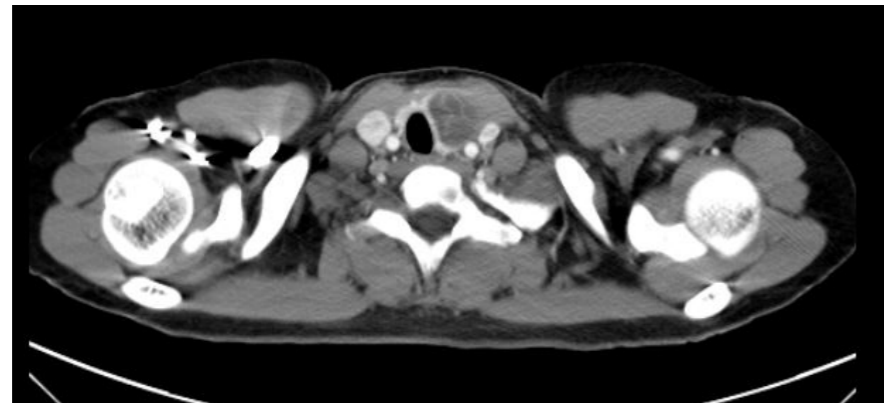


Figure 2: Chest CT axial (portal phase, Pre operation)



Figure 3: Pre-operative



Figure 4: Specimen of hydatid cyst

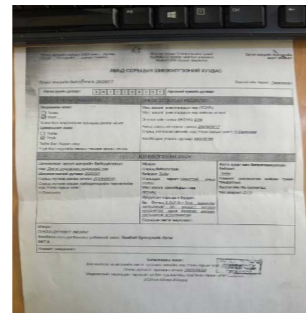


Figure 5: Biopsy result

Мэс заслын дараах 3 дахь хоногт хяналтын хэт авиан шинжилгээ хийж дахилтгүй, гуурсаар хоногт гарж байгаа хэмжээ 5 мл хүртэл багассан тул JP гуурсыг авч хүүхдийн биеийн байдал 5 дахь хоногт биеийн байдал бүрэн сайжирч ямар нэгэн зовуурь үгүй болсон тул зөвлөгөөг өгч эмнэлгээс гаргав. Хийгдсэн эмчилгээ: Антибиотик болон өвчин намдаах (опиод хэрэглээгүй болно)

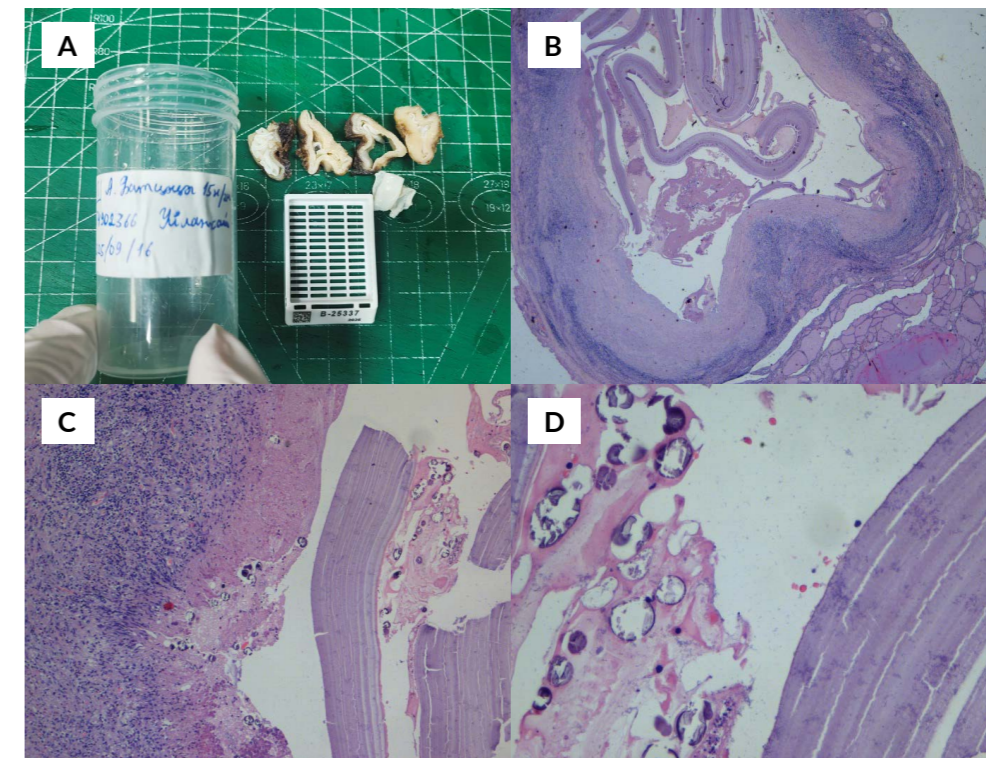


Figure 5. Thyroid hydatid cyst: (A) Уйланхайн гэр: 3,5x2,5x1,5см , хөндийдөө цайвар цагаан агууламжтай. (B) Сумаар тэмдэглэсэн нь уйланхайн холбох эдэн хана, холимог үрэвслийн эсийн нэвчдэстэй. Од – бамбай булчирхайн хэвийн фолликул (ХЭ будаг, өсгөлт: x40), (C) Сумаар тэмдэглэсэн нь уйланхайн холбох эдэн хана. Од – хитин бүрхүүл. Гурвалжин тэмдэглэгээ: шохойжсон бэтэгний өндөг (ХЭ будаг, өсгөлт: x100), (D) Од – хитин бүрхүүл. Гурвалжин тэмдэглэгээ: шохойжсон бэтэгний өндөг (ХЭ будаг, өсгөлт: x400),

THYROID CYST:

(A) Cyst capsule: 3.5 × 2.5 × 1.5 cm, with pale white content in the cavity.
 (B) Arrow indicates the fibrous wall of the cyst with mixed inflammatory cell infiltration. Star – normal thyroid follicles (H&E stain, magnification ×40).
 (C) Arrow indicates the fibrous wall of the cyst. Star – Acellular lamellate layer. Triangle – calcified protoscolices (H&E stain, magnification ×100).
 (D) star – Acellular lamellate layer. Triangle – calcified protoscolices (H&E stain, magnification ×400).

ЯЛГАН ОНОШИЛГОО:

- Бамбай булчирхайн хоргүй уйланхай
- Бамбай булчирхайн хортой хавдар
- Хүзүүний лимфангиома, гемангиома
- Хүзүүний лимфаденит

ХЭЛЦЭМЖ

Бэтэг өвчин нь хөдөө аж ахуйн салбар өндөр хөгжсөн газар элбэг тохиолддог байна. Манай Монгол улс нь 2024 оны байдлаар 57сая малтай бөгөөд үүнээс хонь 5,0 сая, 344300 гэрийн тэжээвэр нохойтой байна¹. Иймд монгол улсад бэтэг өвчин монгол улсад жилд дунджаар 30-35 тохиолдол оношлогддог². Echinogoccus granulosus, echinococcus multiloculis энэ нь хүний биед биологийн цикл явагдахгүй боловч хонь, нохой зэрэг амьтадын нарийн гэдсэнд шимэгчлэн амьдардаг бөгөөд хонь нохойны ялгадстай хамт авгалдай нь гадагшилдаг байна. Бэтэгний авгалдайгаар бохирлогдсон хүнсээр хооллох үед хүний нарийн гэдсэнд авгалдай задарч өндөг ялгаруулж тухайн үед өндөг нарийн гэдсээр шимэгдэж, үүдэн венээр зөөвөрлөгдөж элэгний синусоид байрладаг. Хэрэв маш жижиг хэмжээтэй өндөг байвал элэгний шүүлтийг давж уушгинд байрладаг, уушгины хялгасан судасны шүүгдэлтийг давсны дараа бусад эрхтэн хүрч бэтэг өвчин (дэлүү, бөөр, нойр булчирхай, тархи, зүрх, бамбай булчирхай) үүсгэх боломжтой байдаг. Зарим тохиолдолд бэтэгний өндөг лимфийн судсаар зөөвөрлөгдөж бусад эрхтэнд түгдэг байна. Бамбай булчирхайн бэтэг нь маш ховор тохиолддог бэтэг өвчний тохиолдол өндөртэй улсад бараг тохиолдохгүй үе байдаг. Хамгийн анхны бамбай булчирхайн бэтэг нь 1946 онд оношлогдож танилцуулагдсан байна³. Бамбай булчирхайн бэтэг өвчнийг анхдагч

болон хоёрдогч гэж хуваадаг бөгөөд анхдагч гэдэг нь бусад эрхтэнд бэтэг байхгүйгээр зөвхөн бамбай булчирхайд бэтэг өвчин байрлахыг хэлдэг байна. Хоёрдогч нь бамбай булчирхайнаас гадна элэг, уушги, бөөр зэрэг бусад эрхтэнд бэтэг байрлаж байвал хоёрдогч бэтэг гэнэ. Бэтэг өвчний тархалт өндөртэй улсад байх үед зөв оношлоход төвөгтэй байдаг. Бамбай булчирхайн бэтэг өвчин нь ихэвчлэн хүзүүний зүүн талд овойх, хагарсан тохиолдолд анафилаксын урвал өгөх, уйланхай идээлсэнтэй холбоотойгоор халуурах, улайж хавдах зэрэг зовуурь илэрдэг, эхэ шинжилгээгээр оношлогдож, эдийн шинжилгээгээр бэтэг өвчин нь батлагддаг бөгөөд мэс засал болон шимэгчийн эсрэг эмийг хэрэглэх үед бүрэн эдгэрдэг өвчин юм. Турк улсад нийт 2 тохиолдол таарсан бөгөөд нэг тохиолдлыг манай тохиолдолтой ижил мэс заслын дараа оношилсон бол нөгөө тохиолдлыг мэс заслын өмнө бүрэн оношил мэс засал болон шимэгчийн эсрэг эмээр бүрэн эмчилсэн байна⁴. Мөн турк улсад 65 настай эмэгтэйд ижил тохиолдол оношлогдож ижил аргаар эмчлэгдсэн байна.⁵ Монгол улсад бамбай булчирхайн бэтэг оношлогдож мэс заслаар авагдсан тохиолдол байхгүй, эмч нарын хувьд онолын болон практик мэдлэг дутуу байгаа тул энэхүү талын судалгаа хийх, бусдад таниулах шаардлагатай байна.

ДҮГНЭЛТ

Цаашид ЭХЭМҮТ-д бамбай булчирхайн бэтэг өвчнийг оношилж, хүндрэл үүсэхээс өмнө зөв мэс заслын эмчилгээг сонгон бүрэн эмчлэх боломжтойг энэхүү тохиолдол харуулж байна.

НОМ ЗҮЙ

1. 1212.mn малын тоо баримт
2. Cystic Echinococcoses in Mongolia: Molecular Identification, Serology and Risk Factors Akira Ito 1,* , Temuulen Dorjsuren 1,2, Anu Davaasuren 1,3, Tetsuya Yanagida 1, Yasuhito Sako 1, Kazuhiro Nakaya 1, Minoru Nakao <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4063745/>
3. Reddy DG, Thangavelu M. Hydatid cyst-thyroid. Indian J Surg 1946;8:49
4. Hydatid Cyst Disease of the Thyroid Gland: Report of Two Cases Sami Akbulut1 , Firat Demircan1 , Nilgun Sogutcu2 1 Department of Surgery, Diyarbakir Education and Research Hospital, Diyarbakir, Turkey Journals. International Surgery 2015;100:643-7
5. A Rare Case of Isolated Cystic Hydatid of Thyroid Gland Eken, Huseyin MD; Isik, Arda MD; Balci, Gulhan MD; Firat, Deniz MD; Cimen, Orhan MD; Soy Turk, Mehmet MD Editor(s): Adinolfi., Luigi Elio. Journals.lww 2016;10;55

2.8 ГУЯНЫ МЭДРЭЛИЙН ШВАНОМА АВАХ МЭС ЗАСЛЫН ҮР ДҮН

М.Золбоо¹, С.Алтан-Очир¹, Г.Баттулга¹, Д.Оюунцэцэг¹,
Э.Есөн-Эрдэм¹, Н.Хонгорзул², Ц.Цэрэндолгор³, А.Анхболор⁴, М.Ауганбай⁴, Б.Маралмаа⁴, Д.Энхболд⁵

¹Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг, Мэдрэлийн эмнэлзүйн төв
²Эмгэг Судлалын Үндэсний Төв, Насанд хүрэгчдийн эмгэг судлалын тасаг
³Эрүүл Мэндийн Хөгжлийн Төв

⁴Анагаахын Шинжлэх Ухааны Үндэсний Их Сургууль, Мэргэжил дээшлүүлэх институт
⁵Улсын Гуравдугаар Төв Эмнэлэг, Ж.Хайруллагийн нэрэмжит мэдрэлийн мэс заслын тасаг, Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг, Мэдрэлийн эмнэлзүйн төв

ТҮЛХҮҮР ҮГ:

Гуяны мэдрэл /n.femoralis/, Шваннома, Захын мэдрэлийн мэс засал

ХЭЛЦЭМЖ:

Шваннома захын мэдрүүлийн бүрхүүлийн хоргүй хавдрын 38%-ийг эзэлдгээс гуяны мэдрэлийн шваннома нь бүх шваннома хавдрын 1%-д тохиолддог¹. Octavian Mihai Sirbu нарын судалгаагаар шваннома нь голдуу 20-60 насанд хүйс хамаарахгүйгээр жилд нэг сая хүн амд 3-4 тохиолдол бүртгэгддэг^{2,3,14}. Энэ төрлийн хавдар харааны болон үнэрлэхүйн мэдрүүлээс бусад бүх мэдрүүлд илэрдэг³. Haiying Zhou, Karima Idrissi Serhrouchni, Mihaela Pertea нарын судалгаанд гарт 30-60%, толгой хүзүүний хэсэгт 25-45%, доод мөчдөд 17.5-38%, тархины багана хэсэгт 16-27% тохиолддог гэжээ^{15,16,17}. Түгээмэл тохиолддог байрлал нь сонсгол-тэнцвэрийн мэдрүүл бөгөөд нийт шваннома хавдрын 60%-ийг эзэлдэг⁹. Эмнэл зүйн хувьд удаан хугацаанд шинж тэмдэггүй байхаас гадна язгуур дарагдлын хам шинжтэй төстэй шинжээр илэрдэг учир Соронзон Резонанст Томограф (СРТ)-ийн зурагт жийргэвчийн ивэрхий болон мэдрүүл дарсан хавдрыг ялган оношлох шаардлагатай^{1,2,7}. Өвдөлт удаан үргэлжилсэн, эмийн эмчилгээндүр дүнгүй, Лассегийн шинжсөрөг, дүрс оношилгоонд жийргэвчийн ивэрхий илрээгүй бол захын мэдрүүлийн хавдрыг таамаглаж оношийг тодорхойлохын тулд эдийн шинжилгээ хийнэ^{2,3}. Ялган оношилгоонд захын мэдрүүлийн бүрхүүлийн хавдар болох нейрофиброма, периневрома мөн хортой хавдар, зангилаат уйланхай байна^{18,19}. Нейрофиброма нь хөдөлгөөний мэдрүүлийн багцаас үүсч нэг багцыг бүрэн хамардаг, бүрхүүлгүй, мэс заслын аргаар хавдрыг бүрэн авахад мэдрүүл гэмтэх өндөр эрсдэлтэй зэргээр шваннома хавдраас ялгаатай². Гуяны мэдрэлийн шванномаг мэс заслын аргаар бүрэн авах нь эмчилгээний үндсэн арга³.

Шваннома нь 90% шалтгаан тодорхойгүй, 2% шванноматоз, 5% менингиоматоз, 3% нь нейрофиброматоз II төрөл /НФ 2/ генийн мутацитай холбоотой үүсдэг²¹. НФ 2 ген нь хромосомын 22q12 дараалал дээр байрладаг аутосомын доминант хэлбэрээр удамшдаг, хавдрын өсөлтийг дарангуйлдаг. Шваннома нь мэдрүүлийн миелин бүрхүүлийг үүсгэдэг шванн эсүүдээс гаралтай, мэдрүүлийн багцын нэг ширхгээс үүсч мэдрүүлийн ёзоор дээр хажуугийн байрлалтай бусад ширхгүүдээ шахааж байрладаг, 5-10 жилийн хугацаанд дунджаар 1-3 мм орчим хэмжээгээр аажим томордог, бүрхүүлтэй хоргүй хавдар юм^{4,5,6,8,9,11}. Зарим тохиолдолд 50% нь шинэ мутацийн үр дүнд үүсдэг хэмээн бичсэн байна¹³. Шваннома нь Тинелийн эерэг шинж тэмдэг бүхий хэсэг газрын массын тэмтрэгдэхүйц өвдөлтөөр илэрдэг. СРТ-т T1 weighted image (WI)-д хавдар нь эрүүл булчингийн эдтэй төстэй бага нягтралтай саарал өнгөтэй харагддаг, T2WI-д өндөр нягтралтай захаараа тод (hyperintense), төв хэсэг нь жигд бүдэг (homogeneous hypointense) цайвар дүрс илэрдэг. Үүнийг "Target sign" шинж гэнэ^{3,12}. Энэ нь хавдрын дотор шингэн, салст төст хэсэг (Antoni B бүс) илүү байгааг илтгэнэ. Хэрвээ хавдрын дотор уйланхайт үхжил үүссэн үед T2WI илүү өндөр болно. Тодосгогчтой СРТ-т Antoni A бүс тод сүүдэржилттэй харагдана. Эдийн шинжилгээнд эсийн нягтрал өндөр судасжилт сайтай олон тооны Verocay бие агуулсан Antony A бүс, эсийн нягтрал багатай, сул салсархаг эсвэл гиалинжсан стромтой, тархмал байрлалтай эсүүдээс бүрдсэн Antony B бүс харагдана. Antony A бүсэд ээрүүл хэлбэрийн эсүүд бөөгнөрж зэрэгцээ байрласан харагдана^{1,3,10}. Иммуногистохими йн шинжилгээнд S100 уураг эерэг байна[Figure 3]¹. SOX10(+), P53(20%+), Ki67(10%+), CD34(+), EMA(-), CD68(-), SMA(-), Desmin(-), CK(-) уургууд илэрнэ²².

Шванномаг авах бүх мэс заслын үйлдлүүдийг дурангийн хяналтын дор, бичил хүрцэт мэс заслын техник болон мэс заслын үеийн нейромониторинг ашиглан хийнэ. Электромиограмм (EMG)/булчингийн цахилгаан бичлэг болон evoked potential/дуудлагад потенциал-ийг

мэдрүүлийн үйл ажиллагааг хянахад ашиглах бөгөөд булчинд төвлөрсөн цахилгаан зүү (concentric needle electrode) байрлуулж мэс заслын явцын өөрчлөлтийг бүртгэнэ. Хавдраар дарагдсан мэдрүүлийн түвшинд гадаргуугийн электрод байрлуулан цочрол өгч (stimulation) мэдрүүлийн дамжуулах хурд (conduction velocity) болон потенциалын далайцыг (potential amplitude) хэмжих хэрэгтэй²⁰. Ингэснээр үйл ажиллагаагүй болсон ширхгүүдийг ялгаж тэдгээрийг тасалснаар нэмэлтээр мэдрүүлийн гэмтэл, хөдөлгөөний алдагдал үүсэхгүй.

Хэрэв үйл ажиллагаатай ширхгүүдийг мэдрүүлийн бүрхүүлээс салгах боломжгүй байвал мэдрүүлийн гэмтэл үүсэхээс сэргийлж хавдрыг бага зэрэг үлдээх нь илүү зөв гэж үздэг³.

Хавдрыг бүрэн авсны дараа мэдрүүлийн ширхгүүдтэй хамт байсан периневрийн давхарга (perineurium layer) ихэвчлэн бүдүүрч гиперплази үүссэн байдаг. Тиймээс мэс заслын дараа тэмтрэлтийн аргаар периневрийн давхарга болон хавдрын хэвтшийн /tumor bed/ дээд, доод хэсгийг болгоомжтой тэмтэрч шалгах шаардлагатай. Ингэснээр анзаарагдалгүй үлдсэн жижиг хавдар байгаа эсэхийг тодорхойлно²⁰.

ТОХИОЛДОЛ

Г.3 76 настай эрэгтэй. 2025 оны 10 сард УНТЭ-ийн Мэдрэлийн эмнэлзүйн төвд Ds: Баруун хөлийн гуяны мэдрүүлийн шванома оношоор хэвтэн, төлөвлөгөөт журмаар мэс засалд оров.

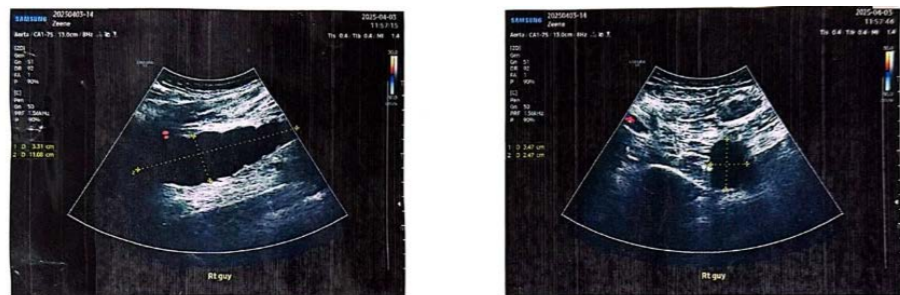
Зовуурь: Баруун гуяны араар хааяа янгинана. Дарахаар эмзэглэнэ.

Асуумж: Хөл өвдөөд байсан тул 2025 оны 4 сарын 3-ны өдөр доод мөчдийн судасны хэт авиан оношилгоо хийлгэх үеэр баруун хөлийн n.femoralis-ын хавдартайг мэдсэн. 4 сарын 30-ны өдөр доод мөчдийн тодосгогчтой СРТ хийлгэн онош тодорсон.

Үзлэгээр: Мэдрэхүй болон хөдөлгөөний үйлийн алдалт үгүй, доод мөчдөд хөдөлгөөний болон мэдрэхүйн саа үгүй. 2 хөлд См.Лассега сөрөг. См.Тинель эерэг.

Лабораторийн шинжилгээ: Өөрчлөлт үгүй

Доод мөчний хэт авиа:



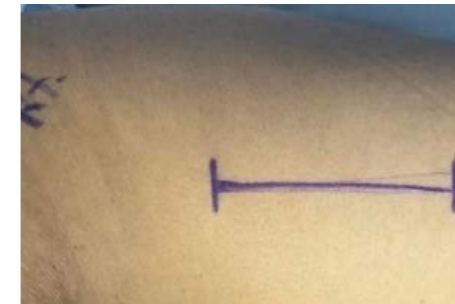
Зураг 1. Баруун гуяны дунд 1/3-ийн түвшинд медиал постериор талд булчин завсарт 11.08x3.31x2.47см хэмжээтэй эхо ойлт багатай, цусны урсгалгүй, хагас шингэн төст бүтэц тодорхойлогдоно.

Доод мөчний СРТ-ийн шинжилгээ:



Зураг 2. Nerve sheath tumor, more likely seen Schwannoma- DDX: Others nerve sheath tumor, Soft tissue myxoid tumor

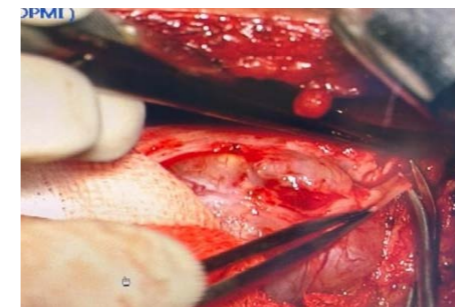
Мэс заслын явц



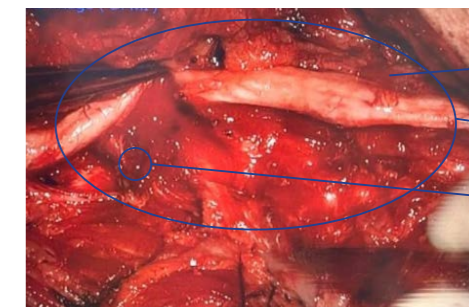
Зураг 3. Мэс заслын хүрц



Зураг 4. Хавдрыг орчны эдээс нейрофизиологийн төхөөрөмж ашиглалгүй чөлөөлсөн байдал



Зураг 5. Хавдар ургасан мэдрүүлийн ширхгийн эхлэл хэсгийг нейрофизиологийн төхөөрөмж ашиглалгүй ялгасан байдал

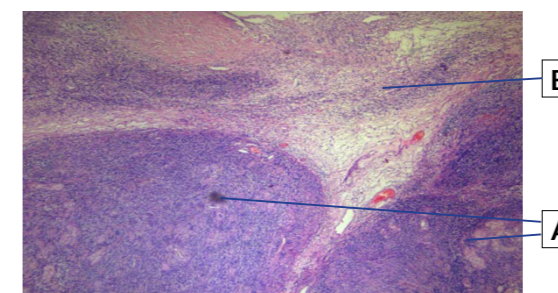


Зураг 6. А.Хавдар төгссөн мэдрүүлийн ширхгийн хэсэг, Б. Хавдрын хэвтэш, В. Зузаарсан периневриум

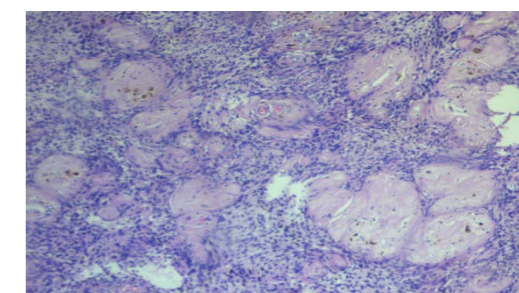


Зураг 7. Нягт цуллаг, биерхэг тогтоцтой хавдрын эдүүд ба хэмжээ

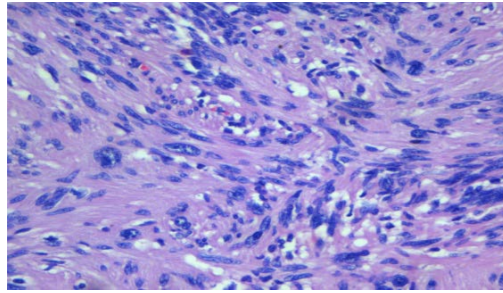
Эдийн шинжилгээ



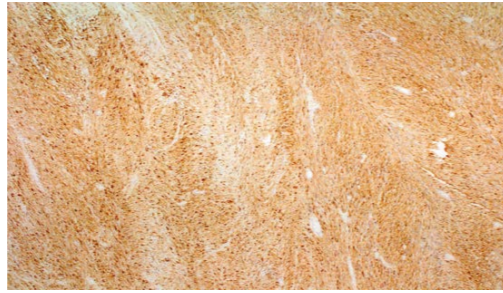
Зураг 8. Антони А - Нягтарсан ээрүүл эсийн бөөгнөрөл Антони В - Эсжилт багатай, миксоид стромтой хэсэг alternating compact spindle cells (Antoni A) and hypocellular less orderly areas (Antoni B)



Зураг 9. Верокайн бие гэж нэрлэх бөөм нь хоёр талдаа зэрэгцэн байрласан (хар сум), төвдөө эсгүй эозинофиллээг бүс үүсгэсэн (хар цагариг).



Зураг 10. Удаан хугацааны дегенератив өөрчлөлт: Бөөмийн гажигшил, илэрхий бөөмхөн түлгүүр эдийн хиалинжилт илэрсэн боловч митозийн идэвхжилт багатай байна.



Зураг 11. Иммуногистохимийн S100 маркер тархмал, хүчтэй эерэг будагдана.

ДҮГНЭЛТ

Монголын нөхцөлд нээлттэй болон бичил хүрцэт мэс заслаар мэдрэлийн ширхгийг гэмтээхгүйгээр хавдрыг бүрэн авах боломжтой. Мэс заслын үеийн нейрофизиологийн төхөөрөмж ашиглан мэс засал хийх нь мэдрүүлийн ширхгийг хадгалж үлдэхэд ач холбогдол өндөртэй.

Өвчний эхэн үеийн шинж тэмдэг нь өвөрмөц бусаар илэрдэг нь ялган оношлоход хүндрэлтэй ч оношилгоо хийх боломж өндөртэй байна.

НОМ ЗҮЙ:

1. Sanjay Kumar, Megha Ralli, Jyoti Sharma, Pradeep Sansanwal, Gurpreet Singh "Sciatic schwannoma: A rare entity" *Clinical Cancer Investigation Journal* 2015
2. Sushil Nahar, Ankita Goyal "A Large Schwannoma of Sciatic Nerve" *Volume 2, July 2018, pages 86-89*
3. Hyun-Jun Park, Myung-Hoon Shin, Jong-Tae Kim, Du-Yong Choi "A Rare Cause of Sciatica: Sciatic Nerve Schwannoma" *The Nerve* 2020 table
4. "Peripheral nerve tumors" *UpToDate*
5. "Schwannoma" *Cleveland Clinic*
6. Alexander Schulz, Robert Büttner, Christian Hagel, Stephan L. Baader, Lan Kluwe, Johannes Salamon, Victor-Felix Mautner, Thomas Mindos, David B. Parkinson, Jeffrey R. Gehlhausen, D. Wade Clapp, Helen Morrison "The importance of nerve microenvironment for schwannoma development" *Volume 132, May 2016, pages 289-307*
7. Umit Eroglu, Melih Bozkurt, Ozgur Ozates, Seda Akturk, Hakan Tuna "Sciatic Nerve Schwannoma" *Volume 24, Turkish Neurosurgery* 2014, pages 120-122
8. "Neurofibromatosis Type 2" *Cleveland Clinic*
9. Muhammad Mubbashir Sheikh, Orlando De Jesus "Vestibular Schwannoma" *National Library of Medicine* 2023
10. Collen Sandile Nkosi, Nyiko Zakaria Chauke "Schwannoma of the Sciatic Nerve as a Cause of Extra-articular Knee Pain: Case Report and Literature Review" *Journal of Orthopedic Case Reports* 2023
11. Monica H.Xing, Mykayla L.Sandler, R.Michael Tuttle, Azita Khorsandi, Shabnam Samankan, Neil Mundi, Mark L.Urken "Abnormal growth rate of a benign cervical sympathetic chain schwannoma" *Science Direct* 2021
12. Lian He, Yan-Ji Zhang, Shi-Li He, Jia-Ren Zhang, Jun Wu, Gao-Feng Zhang, Da-Li Wang "Sciatic nerve schwannoma complicated by nerve bundle membrane effusion: Two case reports and a literature review" *Frontiers* 2022
13. D Gareth Evans "NF2-Related Schwannomatosis" *National Library of Medicine* 2023
14. Octavian-Mihai Sirbu, Mihai-Stelian Moreanu, Mark-Edward Pogarasteanu, Andeera Plesa, Mihaela Iodrdache, Teofil Mures, Anca Maria Sirbu, Marius Moga and Marian Mitrica "Multidisciplinary Management of an Atypical Gigantic Sciatic Nerve Schwannoma: Case Presentation and Systematic Review" *NeuroSci* 2025
15. Haiying Zhou, Chengjun Yao, Yanzhao Dong, Ahmad Alhaskawi, Zewei Wang, Jingtian Lai, Sohaib Hasan Abdullah Ezzi, Vishnu Goutham Kota, Mohamed Hasan Abdulla Hasan Abdulla, Hui La "Clinical characteristics and management experience of schwannoma in extremities: Lessons learned from a 10-year retrospective study" *Frontiers* 2022

16. Karima Idrissi Serhrouchni, Laila Chbani, Nawal Hammas, Dounia Kamal, Hinde El Fatemi, Taoufik Harmouch, Noure-eddine El Alami and Afaf Amarti "Two rare schwannomas of head and neck" *Diagnostic Pathology* 2014
17. Mihaela Pertea, Alexandru Filip, Bogdan Huzum, Sorinel Lunca, Claudiu Carp, Mihaela Mitrea, Paula Toader, Stefana Luca, Dan Cristian Moraru, Vladimir Poroch, Bogdan Veliceasa "Schwannoma of the Upper Limb: Retrospective Study of a Rare Tumor with Uncommon Locations" *PubMed Central* 2022
18. "Benign Peripheral Nerve Tumor" *Mayo Clinic*
19. Yanji Zhang, Zairong Wei, Gaofeng Zhang, Dali Wang "Sciatic Nerve Schwannoma in the Lower Limb Mimicking Ganglion Cyst" *PubMed Central* 2022
20. Xinwei Li, Guohua Zhong, Xueying Xu, Kun Wang, Yinxin Zhu, Xuchen Qi, Junhui Lv, Yirong Wang, Sen Shao "Surgical strategies for peripheral nerve schwannoma based on the intraoperative neurophysiological monitoring" *Science Direct* 2019
21. Engy Abdellatif, Dia Kamel, Jose G. Mantilla "Soft tissue Peripheral nerve Other benign Schwannoma" *PathologyOutlines.com* 2023
22. Jiabao Yan, Ruijun Zhou, Bingxin Liu, Yisheng Xu, Xuewei Cao "Plexiform schwannomas of the sciatic nerve" *Science Direct, Volume 9, July 2023*

2.9 ПЬЮЦ-ЖЕГЕРСИЙН ХАМ ШИНЖ

Б.Мандах-Эрдэнэ¹, Б.Энхжин², Б.Саруулжавхлан³, Х.Цэвэлноров³, Б.Туул⁴, Л.Саямаа^{2,4}

¹АШУУИС, БиоАС, Гистологийн тэнхим

²АШУУИС, БиоАС, Эмгэг судлал, шүүх эмнэлгийн тэнхим

³АШУУИС, МЯЭ, Дурангийн төв

⁴АШУУИС, МЯЭ, Эмгэг судлалын тасаг

ҮНДЭСЛЭЛ:

Пьюц-Жегерсийн хам шинж нь ходоод гэдэсний замын хамартоматоз ургацаг болон салст бүрхүүлийн хэт нөсөөжилтөөр илэрдэг, аутосомын доминантаар удамшдаг, ховор тохиолдох өвчин юм.[1,2] Уг өвчний тархалт ойролцоогоор 50000 төрөлтөд 1 тохиолддог.[3] Энэ эмгэг нь эсийн өсөлт, ялгаран хөгжлийг зохицуулдаг хавдар дарангуйлагч ген болох STK11 генийн мутациас үүдэлтэй ба ходоод гэдэсний замаас гадна хөхний булчирхай, өндгөвч, нойр булчирхай зэрэг янз бүрийн эрхтэнд хорт хавдар үүсэх эрсдэлийг нэмэгдүүлдэг. [4] Пьюц-Жегерсийн хам шинжийн эмчилгээ тодорхой бус байгаа бөгөөд ходоод гэдэсний зам, хөх болон бусад эрхтний хорт хавдрын тогтмол эрт илрүүлэгт хамрагдах, мөн хүндрэлээс сэргийлэх зорилгоор дурангийн эсвэл мэс заслын аргаар ургацгийг авах зэрэг эмчилгээ хийгдэж байна.[5] Уг өвчний тавилан нь хорт хавдрыг илрүүлж, эмчилж эхэлсэн хугацаанаас хамааран харилцан адилгүй байдаг бөгөөд насан туршдаа хяналттай байх нь өвчний амьдралын чанарыг сайжруулдаг тул Монгол Японы эмнэлэгт (МЯЭ) оношлогдсон энэхүү тохиолдлыг танилцуулж байна.

ХОВОР ТОХИОЛДОЛЫН ТАНИЛЦУУЛГА:

Эмчлүүлэгч Б овогтой Э, 23 настай эрэгтэй. Шулуун гэдсээр цус алдана, ядарч сульдана гэсэн зовууртай МЯЭ-т 2025 оны 12 сарын 15-нд ирж үзүүлсэн. Анх 2017 онд Гэдэсний түгжрэл оношлогдон ЭХЭМҮТ-т мэс засалд орсон. Тухайн үед гэдэсний полипууд оношлогдож байсан. Үүний дараа 2023 оны 9 сард МЯЭ-ийн Мэс заслын тасагт гэдэсний чихэлдэлт түгжрэл оношоор мэс засалд орж нарийн гэдсийг тайруулсан. Мөн 2024 оны 02 сард Сонгдо эмнэлэгт дурангийн аргаар бүдүүн гэдэсний ургацаг авхуулсан. 2025 оны 12 сарын 15-нд МЯЭ-т яаралтай журмаар ходоод гэдэс улаан хоолойн дурангийн шинжилгээ хийлгэж хэд хэдэн ургацаг оношлогдож K63.5 оношоор ХЭТ1 тасагт хэвтсэн. 2025 12 сарын 16-нд бүдүүн гэдэсний ургацаг оношоор бүдүүн гэдэсний дурангийн аргаар эдийн шинжилгээ хийж, эмгэг судлалын тасагт илгээсэн.

АМЬДРАЛЫН ТҮҮХ:

2002 онд Өвөрхангай аймагт төрсөн. Аав, ээж болон дүүгийн хамт амьдардаг. Айлын дунд хүүхэд. Багын өсөлт хөгжил хэвийн. IT инженер мэргэжилтэй. Архи, тамхи хэрэглэдгүй. Удамшлын эмгэг анамнез байхгүй.

БОДИТ ҮЗЛЭГТ:

Биеийн ерөнхий байдал хүндэвтэр. Ухаан санаа саруул, орчиндоо харьцаатай, байрлал идэвхтэй. Арьс ердийн өнгөтэй, хуурайвтар, уян хатан чанар багассан, 2 гарын алга цайвар өнгөтэй. Амны салстанд хөхөвтөр бор өнгийн толбо нөсөөжилт илэрсэн. Биеийн өндөр-184см, биеийн жин-66кг, БЖИ-19.5кг/м2 байв. Зүрхний авиа тод, хэм жигд, артерийн даралт - 95/46мм.муб, SpO2 - 96%, ЗЦТ - 69 удаа/минут, уушги 2 талд цулцангийн амьсгалтай. Захын судасны лугшилт 2 талд ижил, хэм жигд, хүчдэл дүүрэлт дунд зэрэг. Хэвлий хэлбэр зөв, 2 талд тэгш хэмтэй, өнгөц болон гүний тэмтрэлтээр зөөлөн, эмзэглэлгүй, булчин чангарал, гялтан цочролын шинжгүй. Сим. Пас 2 талд (-). Захад хавангүй.

ШИНЖИЛГЭЭНД:

- Цусны дэлгэрэнгүй шинжилгээ: Лейкоцитозтой, микрохромын, микроцитийн дунд зэргийн анеми
- Биохимийн шинжилгээ: Гипопротейнеми, гипоальбуминеми
- Бүдүүн гэдэсний дурангийн шинжилгээ: Олон тооны, янз бүрийн хэмжээтэй, хөлтэй болон хөлтгүй ургацагууд AV-ээс 70 см зайд байсан ба K63.5 буюу Бүдүүн гэдэсний ургацаг (Peutz-Jeghers syndroms) оношийг тавьсан.
- Эд судлалын макро шинжилгээнд хамгийн томдоо 2.5x1.5x0.5 см хэмжээтэй, олон тооны, цайвар шаргал өнгөтэй үүсгэвэрүүд ирсэн бөгөөд нийт 6 блок бэлтгэн эдийн

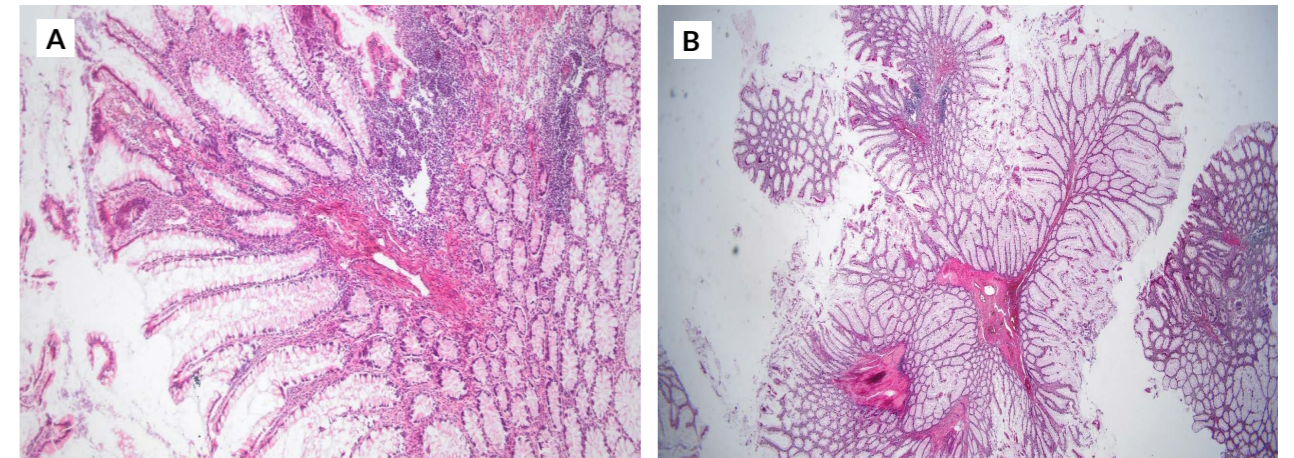
дамжлагаар дамжуулж, үндсэн будгийн аргаар будаж харсан. Olympus BX41 гэрлийн микроскопд бүдүүн гэдэсний криптүүд дэлбээлсэн маягийн бүтэц үүсгэн харагдах ба хучуур эдийн доор өөрийн ялтасд гөлгөр булчингийн эсүүд үржиж, олшрон багц үүсгэсэн стромтай харагдана. (Зураг1)

ОНОШ:

Асуумж, бодит үзлэг, дуран болон эмгэг судлалын шинжилгээнд үндэслэн Пьюц-Жегерсийн хам шинж /ICD-10 Q85.89/ онош тавьсан.

ЯЛГАХ ОНОШ:

Бусад ургацагт хам шинж (Juvenile Polyposis, Cowden Syndrome), нөсөөжилт илэрдэг өвчинүүд (Laugier-Hunziker syndrome, McCune-Albright).



Зураг 1. Пьюц-Жегерсийн ургацаг. А. Бүдүүн гэдэсний криптүүд дэлбээлсэн маягийн бүтэц үүсгэн харагдах ба хучуур эдийн доор өөрийн ялтасд гөлгөр булчингийн эсүүд багц үүсгэсэн стромтай харагдана. Будаг: Г-Э; Өсгөлт: х40 (А); х100 (В); Olympus BX41

ЭМЧИЛГЭЭ:

Пьюц-Жегерсийн хам шинжийн эмчилгээ тодорхой бус байгаа бөгөөд ходоод гэдэсний зам, хөх болон бусад эрхтний хорт хавдрын тогтмол эрт илрүүлэгт хамрагдах, мөн хүндрэлээс сэргийлэх зорилгоор дурангийн эсвэл мэс заслын аргаар ургацгийг авах зэрэг эмчилгээ хийгддэг.

ХЭЛЦЭМЖ:

Бидний оношилсон тохиолдол нь 23 настай эрэгтэй бөгөөд өвчтөнд амны салстад хөхөвтөр бор өнгийн толбо нөсөөжилт болон ходоод гэдэсний замын ургацаг түүний хүндрэлээр цус алдалт зэрэг илэрсэн. Пьюц-Жегерсийн хам шинж нь ихэвчлэн өсвөр насны эрэгтэйд ажиглагдсан ба шулуун гэдэсний цус алдалт, гэдэсний түгжрэл үүсгэн оношлогдох нь элбэг мөн салстад нөсөөжилт илрэх нь оношилгоонд чухал ач холбогдолтой байсан ба энэ нь манай тохиолдолтой эмнэлзүйн хувьд төстэй байлаа.[6]

Бидний тохиолдлын эд судлалын шинжилгээнд өөрийн ялтасд гөлгөр булчингийн зузаарсан багц харагдсан нь Пьюц-Жегерсийн хам шинжийн гистологи бүтцийг судалж, гол онцлог нь гэдэсний криптүүд дэлбээлсэн бүтэц үүсгэн болон өөрийн ялтаст десмин эерэг гөлгөр булчингийн эсүүд илэрсэн судалгаатай нийцэж байсан.[7]

Нийт 566 тохиолдол дээр уг өвчний оношилгоо, эмчилгээг даган судалсан ба нас ахих тусам Пьюц-Жегерсийн ургацгийн судасжилт, хорт хавдар үүсэх эрсдэл нэмэгддэг. ≥10 настай Пьюц-Жегерсийн хам шинжтэй өвчтөнүүд жил бүр дурангийн шинжилгээ хийлгэх ёстой ба дурангийн эмчилгээ нь ургацгийн нэвчилт болон хорт хавдрын илрэлийг бууруулдаг. Ургацгийг авахын тулд зарим тохиолдолд ходоод, гэдэс тайрах мэс засал хийхэд хүрдэг гэсэн дүгнэлт гаргасан байна.[8.9]

ДҮГНЭЛТ:

Пьюц-Жегерсийн хам шинж нь ховор тохиолддог бөгөөд эмнэлзүйн болон эмгэг судлалын онцлог шинжээр илэрдэг, салбар хоорондын хамтын ажиллагаар оношлогддог өвөрмөц эмгэг юм. Уг эмгэгийг эрт оношилж, хяналтыг тогтмолжуулснаар дараа дараагийн хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх боломжтой болно.

НОМ ЗҮЙ

1. Robbins and cotran, Өвчиний эмгэг судлалын үндэс-2, Бүлэг 17, хуудас 510
2. McGarrity TJ, Amos CI, Baker MJ. Peutz-Jeghers Syndrome. 2001 Feb 23 [Updated 2021 Sep 2]. In: Adam MP, Bick S, Mirzaa GM, et al., editors.
3. Sherman S, Menon G, Krishnamurthy K. Peutz-Jeghers Syndrome. [Updated 2025 Feb 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535357/>
4. Peutz-Jeghers Syndrome. Medically Reviewed. Cleweland clinic6 Last updated on 07/26/2025.
5. Wagner, A.; Aretz, S.; Auranen, A.; Bruno, M.J.; Cavestro, G.M.; Crosbie, E.J.; Goverde, A.; Jelsig, A.M.; Latchford, A.R.; van Leerdam, M.E.; et al. The Management of Peutz-Jeghers Syndrome: European Hereditary Tumour Group (EHTG) Guideline. J. Clin. Med. 2021, 10, 473. <https://doi.org/10.3390/jcm10030473>
6. Narendra Pandit ^a, Durga Neupane ^b, Kunal Bikram Deo ^b. Peutz-Jeghers syndrome: A case series. 3 August 2024.
7. Tse, J., Wu, S., Shinagare, S. et al. Peutz-Jeghers syndrome: a critical look at colonic Peutz-Jeghers polyps. Mod Pathol 26, 1235–1240 (2013). <https://doi.org/10.1038/modpathol.2013.44>
8. Xu ZX, Jiang LX, Chen YR, Zhang YH, Zhang Z, Yu PF, Dong ZW, Yang HR, Gu GL. Clinical features, diagnosis, and treatment of Peutz-Jeghers syndrome: Experience with 566 Chinese cases. World J Gastroenterol. 2023 Mar 14;29(10):1627-1637. doi: 10.3748/wjg.v29.i10.1627. PMID: 36970589; PMCID: PMC10037245.
9. 2003-2026 PathologyOutlines.com, Inc: Peutz-Jeghers syndrome colon

2.10 ТАРХИНЫ СУДАСНЫ ХЭТ ОЛОН ЦҮЛХЭН

П.Дуламрагчаа¹, Т. Маралмаа¹,
А.Ахбике², Г. Энхжин²,
Г. Бат-Амгалан³, В.Гантулга³

¹Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг, Мэдрэлийн төв

²Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг, Мэдрэлийн Төвийн резидент эмч

³Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг, Дүрс Оношилгооны Төв, Ангиографийн тасаг

ТОХИОЛДОЛ

Өвчтөн П.О. 39 настай эмэгтэй, гэр бүлтэй, хувиараа бизнес эрхэлдэг. УХТЭ-ийн Харвалтын нэгжид 2025/11/28-с 2025/12/07 хүртэл ор хоног-9, ШУГТЭ-ийн Харвалтын А болон ММЗТ-т 2025/12/07-с 2025/12/12 хүртэл ор хоног-5 хоног хэвтэн эмчлүүлсэн.

ХЭВТЭХ ҮЕИЙН ЗОВУУРЬ:

Толгой дүүрнэ, зүүн таллаж хүчтэй өвдөнө.

АСУУМЖ:

2025 оны 11 сарын 26 өдөр толгой гэнэт хүчтэй өвдөж Дорноговь аймгийн НЭ-т “Тархины харвалт” оношоор 2 хоног эмчлүүлээд шатлал ахиулж УХТЭ-ийн Харвалтын нэгжид тээвэрлэгдэн ирсэн. Байнга хэрэглэдэг эм тариа үгүй. Төрсөн аав болон авга ах нь тархины харвалтаар нас барсан, мэс засал шамбармын хагалгаанд 2018 онд орсон, осол гэмтэл, харшил, хорт зуршил үгүй.

АРХАГ ХУУЧ ӨВЧИН:

ЧШӨ хэвшинж 2 өвчтэй, эм уудаггүй, хоол эмчилгээтэй. АДИӨ-тэй.

АМЬДРАЛЫН ТҮҮХ:

1986 онд Дорноговь аймагт айлын 6 дахь хүүхэд болон төрсөн. Багын өсөлт бойжилт хэвийн. Хувиараа бизнес эрхэлдэг. Одоо Дорноговь аймгийн Сайншанд суманд нөхөр, 3 хүүхдийн хамт амьдардаг. 3 жирэмсэлж 3 төрсөн, өөрөөр 2, кесар мэс заслаар 1 төрсөн.

ҮЗЛЭГТ:

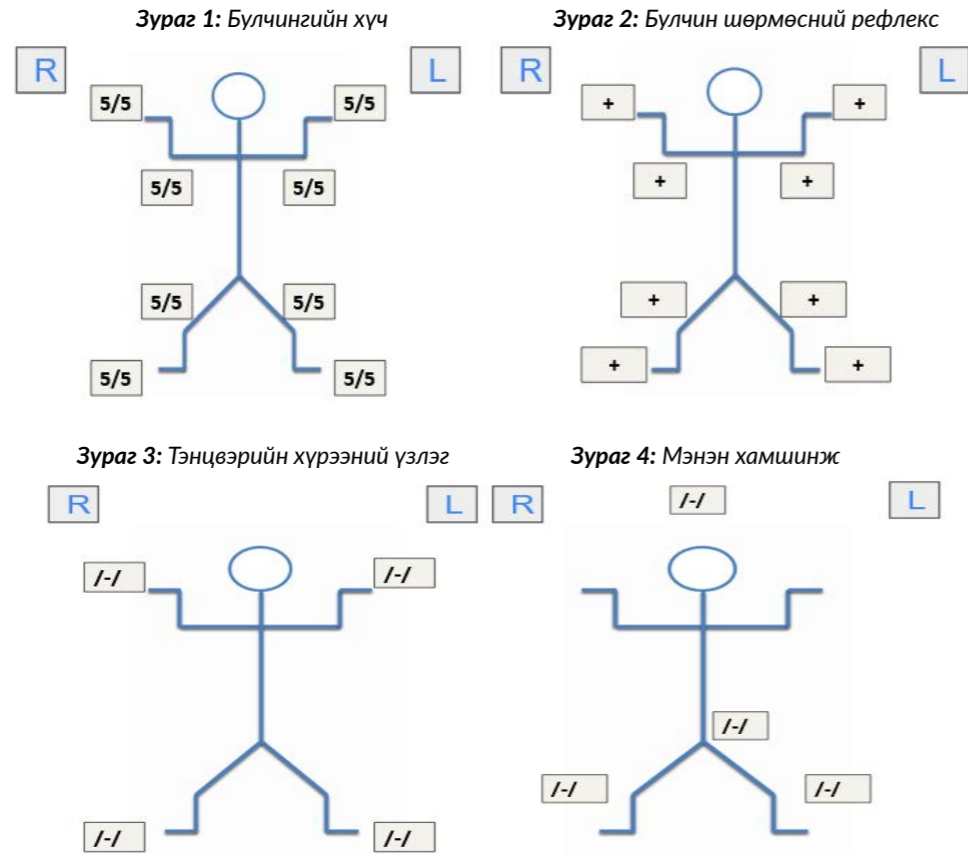
Биеийн ерөнхий байдал хүнд. Ухаан санаа саруул, орчиндоо харьцаатай. Байрлал хэвтрийн. Мах мариа их. Асуусан асуултад зөв, тодорхой бүтэн өгүүлбэрээр хариулна. Команд зөв биелүүлнэ. Хэл чийглэг, нимгэн өнгөртэй. Арьс салст цэвэр, эмгэг тууралтгүй. Зүрхний авиа тод, хэм жигд, АД: 189/110мм.муб, зүрхний цохилтын тоо 98 удаа/мин. Уушги 2 талд цулцангийн амьсгалтай, амьсгал 18 удаа, SpO2 93% /дэмжлэггүй/. Уушги чагналтаар эмгэг шуугиангүй. Хэвлий зөөлөн, эмзэглэлгүй, илэрхий булчингийн чангаралгүй. Захад хавангүй. Шээсний гарц хэвийн.

МЭДРЭЛИЙН ҮЗЛЭГТ:

ДМУА хэвийн. ГКУ 15 балл /E4V5M6/. Үнэрлэх мэдрэхүй 2 талд хэвийн. Нүдний алим төвдөө, хүүхэн хараа 2 талд ижил, зөв дугараг, 2 мм орчим хэмжээтэй, гэрлийн шууд болон шууд бус урвалд хариулна. Харааны талбайн алдагдалгүй. Диплопи үгүй. Нүдний хөдөлгөөн бүх чиглэлд чөлөөтэй. Нистагм үгүй. Птоз үгүй. Эвэрлэгийн рефлекс үүснэ, гурвалсан мэдрэлийн гарах V1 салаа зүүнд эмзэглэлтэй, нүүрний мэдрэхүй хэвийн. Духны атираа, нүдний анилт 2 талд ижил, хамар уруулын нугалаас 2 талд ижил. Сонсгол 2 талд хэвийн. Зөөлөн тагнай агшилттай. Дисфони үгүй. Дисфаги үгүй. Хүзүү мөрний хөдөлгөөн чөлөөтэй. Хэл голоор, татвалзал хатангиршил үгүй. Дизартри үгүй.

Хүснэгт 1: Хөдөлгөөний хүрээний үзлэг

| Хөдөлгөөний хүрээ | Дээд мөч | | Доод мөч | |
|--------------------|------------------|---------------|------------------|---------------|
| | Проксималь хэсэг | Дисталь хэсэг | Проксималь хэсэг | Дисталь хэсэг |
| Идэвхтэй хөдөлгөөн | Чөлөөтэй | | | |
| Баррегийн сорил | Алдахгүй | | Алдахгүй | |
| Булчингийн тонус | Жигд дунд | | Жигд дунд | |
| Булчингийн хүч | 5/5 балл | | 5/5 балл | |
| БШР | Жигд дунд | | Жигд дунд | |
| Эмгэг рефлекс | Үгүй | | Үгүй | |



Хүснэгт 2: Лабораторийн шинжилгээ

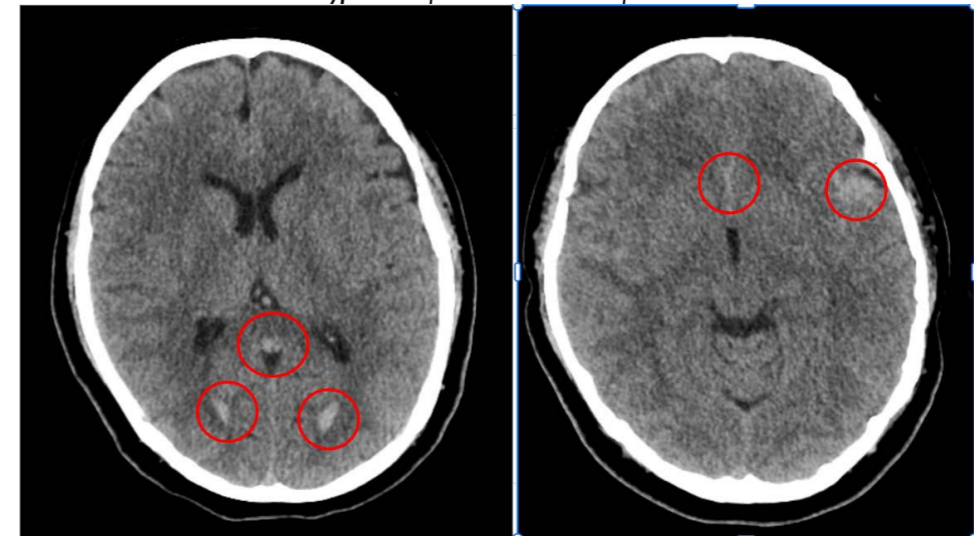
| Цусны дэлгэрэнгүй шинжилгээ | | |
|-----------------------------|--|--|
| | 2025/11/28 Ирэх үед | 2025/12/03 Гаргах үед |
| Цагаан эс | 11.36 10 ⁹ /L ↑ | 10.92 10 ⁹ /L ↑ |
| Улаан эс | 5.86 10 ¹² /mL ↑ | 5.56 10 ¹² /mL ↑ |
| Нейтрофил | 6.93 10 ⁹ /L ↑ | 7.45 10 ⁹ /L ↑ |
| Дүгнэлт | Эритроцитоз, нейтрофил давамгайлсан лейкоцитоз | Эритроцитоз, нейтрофил давамгайлсан лейкоцитоз |
| Биохимийн шинжилгээ | | |
| Кали | 3.27 U/l ↓ | 3.55 U/l |
| Натри | 133 mmol/L ↓ | 137 mmol/L |
| Нийт уураг | 62.20 g/L ↑ | 63.13 g/L ↑ |
| Үрэвслийн маркер | 16.1 mg/L ↑ | 40.9 mg/L ↑ |

| | | |
|----------------------|--|---------------------------------------|
| Креатинин | 34 μmol/L ↓ | 63.4 μmol/L |
| Глюкоз | 9.25 mmol/L ↑ | 5.9 mmol/L |
| Шүлтлэг фосфатаза | 147.42 U/l ↑ | /-/ |
| Глюкозсон гемоглобин | 9 % /хяналт муу/ ↑ | /-/ |
| Дүгнэлт | Гипергликеми, гипокалиеми, гипонатриеми, үрэвслийн маркер өндөр, нийт уураг их | Нийт уураг их, үрэвслийн маркер өндөр |

ТОЛГОЙН ТОДОСГОГЧГҮЙ КТ (2025/11/28):

Тархины хоёр тал бөмбөлгийн сильвиеийн ховил, духны хэсгийн субарахнойд зай тархины таславч болон хоёр талын хажуугийн ховдлын арын эвэрт +58HU нягттай агуулагдахуунтай. Хажуугийн ховдлын их бие болон урд болон ар эврүүдийн бүтэц хэвийн. III, IV ховдол хэвийн. Субарахнойд зай өргөсөөгүй. Сильвиеийн ховил хоёр талдаа жигд, тэгш хэмтэй. Дундаж бүрдэл хазайлтгүй. Турк эмээлийн бүтэц хэвийн, өнчин тархи 0,4см өндөртэй. Гавал ясанд деструкци өөрчлөлт илрээгүй. Хоёр нүдний ухархайн хана хэвийн. Нүдний алимны арын зай хэвийн, эслэгт нэмэлт сүүдэргүй, хоёр нүдний гадна дотор шулуун булчин болон харааны мэдрэл хэвийн. Хамрын таславч S хэлбэрийн мурийлттай. Хоёр талын гайморовын хөндий, элхэг, суурийн, духны хөндий болон хоёр талын хөхлөг сэртэнгийн агааржилт хэвийн. **Impression:** SAH and intraventricular haemorrhage of both side

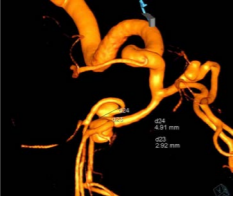
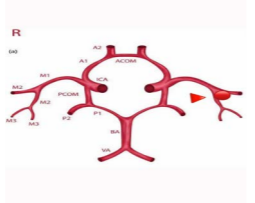
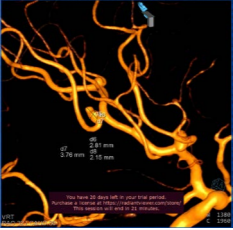
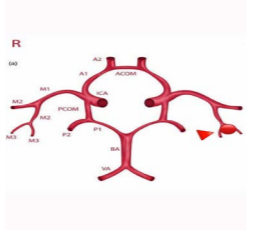
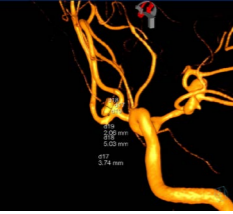
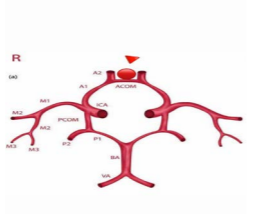

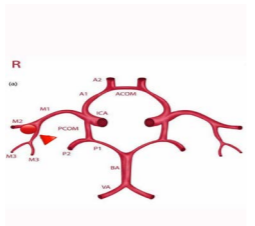
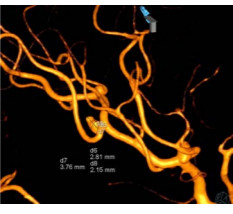
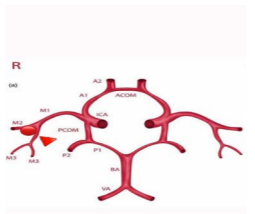
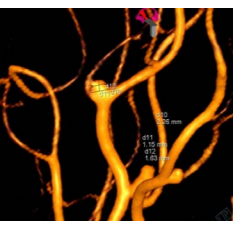
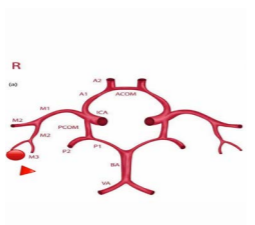

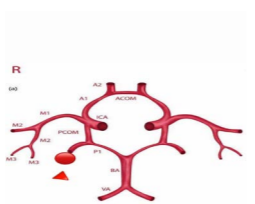
Зураг 4: Тархины тодосгогчгүй КТ



Өвчтөнд Тархины судасны ангиографын (TFCA) шинжилгээ хийхэд тархины судасны морфологийн хувьд ижил, олон байрлалтай 8 артерийн аневризм (AA) тогтоогдсон. Илэрсэн судасны цүлхэн хэмжээгээр ялгаатай байсан ба 2012 оны UCAS-ын ангиллын дагуу хэмжихэд хоёр цүлхэн дунд, үлдсэн зургаан цүлхэн жижиг хэмжээтэй байв [11,17,18] (Хүснэгт 1).

Хүснэгт 3. Өвчтөнд илэрсэн олон AA нэгтгэл (УХТЭ, 2025/11/29)

| № | Байрлал | Хэмжээ | TFCA | Бүдүүвч | Ангилал |
|---|------------------------------------|---------------------------|------|---------|------------------------|
| 1 | Left MCA M2 bifurcation (superior) | 4.2x5.0mm neck - 5.7mm | | | Жижиг хэмжээтэй цүлхэн |

| | | | | | |
|---|------------------------------------|---|---|--|------------------------|
| 2 | Left MCA M2 bifurcation (inferior) | 5.1x3.7mm neck - 4.9mm susp ruptured |  |  | Дунд хэмжээтэй цүлхэн |
| 3 | Left MCA M3 bifurcation | 2.0x1.8mm neck - 2.6mm |  |  | Жижиг хэмжээтэй цүлхэн |
| 4 | Acom | 5.0x2.0mm neck - 3.7mm |  |  | Жижиг хэмжээтэй цүлхэн |
| 5 | Right MCA M2 bifurcation | 2.6x5.3mm neck - 3.0mm susp ruptured |  |  | Дунд хэмжээтэй цүлхэн |
| 6 | Right MCA M3 bifurcation | 3.7x2.1mm, neck - 2.8mm |  |  | Жижиг хэмжээтэй цүлхэн |
| 7 | Right MCA M4 bifurcation | 1.1x1.6mm, neck - 2.2mm arterial aneurysm |  |  | Жижиг хэмжээтэй цүлхэн |
| 8 | Right PCA P3 bifurcation | 1.3x1.1mm, neck - 1.8mm |  |  | Жижиг хэмжээтэй цүлхэн |

ТАРХИНЫ ТОДОСГОГЧ БОДИСГҮЙ СРТ (УХТЭ, 2025/12/01):

Хоёр талын MCA, PCA-ийн заагт кортико-субкортикал байрлалд, зөв бус хэлбэртэй, d=0.5-1.5 см хүртэл хэмжээтэй, хэд хэдэн тооны, DWI/ADC-ийн хоригтой, flair горимд их эрчимтэй хурцавтар ишемийн харвалт тодорхойлогдоно. T2/Flair-н их эрчимтэй хэд хэдэн тооны цагаан бодисын өөрчлөлтүүд хоёр талын дух болон чамархайн дэлбэнгийн субкортикал эдэд тодорхойлогдоно. Хамрын таславч дунд хэсгээр зүүн тийш эрс мурийсан, салст хоёр талд зузаарсан. **MRA:** Left MCA M2 d=0.4 x 0.5 см, Left MCA M3 d=0.2 x 0.2 см, Acom d=0.5 x 0.3 см, Right MCA M2 d=0.3 x 0.4 см, Right MCA M3 d=0.4 x 0.2 см, Right PCA P3 d=0.3 x 0.2 см тус тус хэмжээтэй цүлхэнгүүдтэй. Right ACA A1 hypoplasia.

ХЭВЛИЙН ЦУЛЛАГ ЭРХТНИЙ ХЭТ АВИАН ОНОШИЛГОО (ДОРНОГОВЬ АНЭ, 2025/11/27):

Элэгний хэмжээ хэвийн, гадаргуу тэгш, эхо ойлт жигд ихэссэн, паренхимид голомтот өөрчлөлтгүй. Элгэн доторх болон гаднах цэсний сувгууд өргөсөөгүй. Цэсний хүүдий бага зэрэг агшилттай. Нойр булчирхайн хэмжээ хэвийн, гадаргуу тэгш, эхо ойлт жигд ихэссэн, паренхимид голомтот өөрчлөлтгүй. Булчирхайн суваг өргөсөөгүй. Дэлүү өөрчлөлтгүй. 2 бөөрний хэмжээ хэвийн. Хэвлийд сул шингэнгүй.

ЦЭЭЖНИЙ ЭГЦ ЗУРАГ (УХТЭ, 2025/11/28, ХЭВТЭЭ БАЙРЛАЛ):

Хоёр уушгины зураглал олширсон. Уг хэвийн. Зүрх томролгүй. Судасны багцын сүүдэр өргөн. Синус чөлөөтэй. Өрц хэвийн.

Зовуурь, эмнэлзүй, лаборатори болон багажийн шинжилгээг үндэслэн:

ХАМШИНЖИЙН ОНОШ:

Цочмог толгойн өвдөлтийн хамшинж

БАЙРШЛЫН ОНОШ:

Тархины аалзан хальс

ҮНДСЭН ОНОШ:

Тархины зүүн дунд артерийн хагарсан цүлхэнгийн шалтгаант аалзан хальсан доорх цус харвалт, Хант-Хесс 1-р зэрэг, Фишер 1-р зэрэг

ДАГАЛДАХ ОНОШ:

Тархины артерийн судасны олон тооны хагараагүй цүлхэн, Чихрийн шижин хэвшинж 2 / хяналт муу/, Артерийн даралт ихсэх өвчин 2-р зэрэг

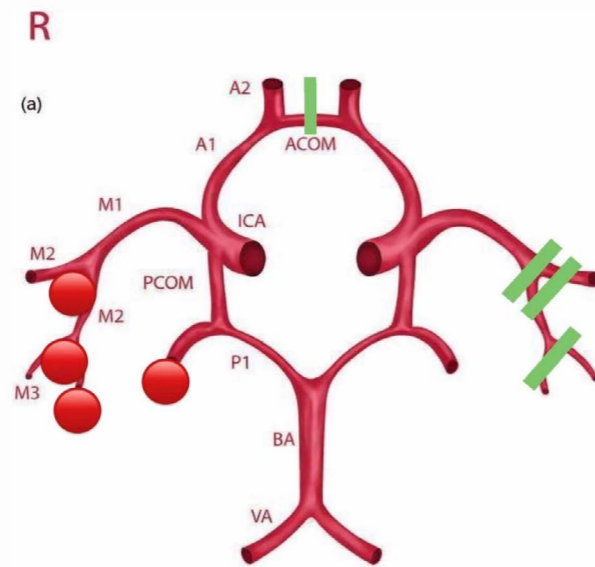
ЭМИЙН ЭМЧИЛГЭЭ:

Нимотоп /уухаар, шахуургаар/, нейропротектор /церебролизин, цитиколин/, ноотроп, антибиотик /цефотаксим 1.0гр 8 цагийн зайтай өдөрт 3 удаа/, ходоод хамгаалах /омепразол 20 мг өдөрт 2 удаа/, эрдэс витамин нөхөх, тархины хаван хөөх /маннитол 250мг 8 цагийн зайтай өдөрт 3 удаа/, тайвшруулах, нойрсуулах, артерийн даралт бууруулах, бусад шинж тэмдгийн эмчилгээ /өвдөлт намдаах, бөөлжилтийн эсрэг/.

МЭС ЗАСЛЫН ЭМЧИЛГЭЭ:

Цаашид тархины судасны хагарсан цүлхэнд хавчаар тавих шаардлагатай тул ШУГТЭ-Харвалтын тасагт шилжүүлсэн ба яаралтай журмаар 2025/12/08-нд зүүн талын птериональ хүрцээр тархины өмнөд холбогч артерийн цүлхэн, зүүн тархины дунд артерийн гурван ширхэг цүлхэнд хавчаар тавих мэс засалд орсон.

Зураг 5. Мэс заслын дараах байдал



Тайлбар: Ногоон зураас – хавчигдсан АА

ХЭЛЭЛЦҮҮЛЭГ

Гавлын доторх артерийн цүлхэн нь тархины судасны ханын хэсэг газрын өргөслийг илэрхийлдэг бөгөөд насанд хүрсэн хүн амын дунд 2-3%-д илэрдэг^[4]. Цүлхэн хагарсан тохиолдолд Тархины аалзавч доорх цус харвалт үүснэ. Энэ нь тархины судасны хүнд эмгэг тооцогдох бөгөөд хэдийгээр мэдрэлийн мэс засал болон судас нь доторх эмчилгээний арга технологи хөгжсөн ч нас баралт өндөр, удаан хугацааны хөгжлийн бэрхшээл, хөдөлмөрийн чадвар алдагдах байдал үүсгэх эрсдэлтэй хэвээр байна^[3]. Ихэнх өвчтөнүүдийн тархины судас нь нэг цүлхэнтэй байдаг бол гавлын доторх олон цүлхэн нийт тохиолдлын 15-30%-д илэрдэг^[2]. Олон цүлхэнтэй өвчтөнүүдийн дийлэнх нь хоёр эсвэл гурван аневризмтай байдаг бол таваас дээш цүлхэн байгаа нь маш ховор гэж тооцогддог.

Тархины аалзан бүрхэвчийн доорх цус харвалттай олон тооны тархины аневризмтай өвчтөнүүдийн менежмент нь онцгой хүндрэлтэй байдаг. Учир нь хэд хэдэн аневризмын дундаас хагарсан цүлхэнг тодорхойлох нь бэрхшээлтэй бөгөөд эмчилгээний шийдвэр гаргахдаа олон аневризмыг нэгэн зэрэг эмчлэх, эрсдэл болон дахин цус алдах аюулын хооронд тэнцвэрийг хадгалах шаардлагатай болдог. Иймээс оношилгоо болон эмчилгээний төлөвлөгөөг зөв боловсруулахын тулд соронзон резонансын ангиограф (MRA) болон дижитал субтракцийн ангиограф (DSA)-ийг ашигласан судасны иж бүрэн дүрс оношилгоо зайлшгүй шаардлагатай^[14].

Бид хяналтгүй артерийн гипертензи болон чихрийн шижинтэй залуу эмэгтэйд Тархины аалзан бүрхэвчийн доорх цус харвалт, ховдлын доторх цус алдалт болон найман тархины аневризм зэрэгцэн илэрсэн гэдгээрээ онцгой ач холбогдолтой юм. Ийм олон тооны аневризм зэрэг орших нь туйлын ховор үзэгдэл бөгөөд судасны эрсдэлт хүчин зүйл муу хяналттай өвчтөнүүдэд тархины судасны эмгэг хэр зэрэг нарийн төвөгтэй байдгийг онцлон харуулж байна.

Олон тооны тархины аневризм нь нийт аневризмтай өвчтөнүүдийн гуравны нэг хүртэлх хувьд илэрдэг гэж мэдээлэгдсэн байдаг боловч тэдгээрийн дийлэнх нь зөвхөн хоёр эсвэл гурван аневризмтай байдаг^[2, 1]. Таваас дээш тооны аневризм илрэх нь нийт тохиолдлын 5%-аас бага хувьд ажиглагддаг бөгөөд найм буюу түүнээс олон аневризмтай тохиолдлууд нь зөвхөн цөөн тооны, санамсаргүй тохиолдлын тайлангуудаар хязгаарлагддаг^[13]. Ийм ховор тохиолдол нь клиникийн туршлага хуримтлуулах боломжийг хязгаарлаж, нотолгоонд суурилсан менежментийн стратеги боловсруулахад хүндрэл учруулдаг.

Тархины цус эргэлтийн анатомийн хувийн онцлог өөрчлөлтүүд, тухайлбал тархины урд артерийн (ACA) гипоплази нь урсгалын динамикийг алдагдуулж, судасны салаалсан цэгүүдэд аневризм үүсэхэд нөлөөлдөг^[12].

Манай өвчтөнд баруун талын урд тархины артерийн А1 сегментийн гипоплази (right ACA A1 hypoplasia) илэрсэн нь тархины цусны урсгалын тархалтыг өөрчилж, урд холбогч артери (anterior communicating artery) болон хоёр талын дунд тархины артерийн (MCA) салааллын хэсгүүдэд хяргах хүч (shear stress)-ийг нэмэгдүүлсэн байж болзошгүй. Гемодинамикийн судалгаанууд нь

Виллисийн тойргийн тэгш бус эсвэл гипопластик сегментүүд нь коллатерал урсгалын замууд дээр аневризм үүсэхэд өртөмтгий болгодогийг харуулсан байдаг^[12, 5].

Тархины аалзан бүрхэвчийн доорх цус харвалттай бөгөөд олон аневризмтай өвчтөнүүдэд аль аневризм хагарсныг тодорхойлох нь ихэвчлэн хүндрэлтэй байдаг. Компьютер томографт (СТ) илэрсэн цус алдалтын тархалт, аневризмын хэмжээ, хэлбэр, жигд бус байдал зэргийг нийтлэг шалгуур болгон ашигладаг боловч эдгээр үзүүлэлтүүд нь үргэлж найдвартай байдаггүй^[7]. Энэхүү тохиолдолд зүүн дунд тархины артерийн М2 салаа, урд холбогч артери, баруун дунд тархины артерийн М2 салааллын түвшинд байрласан хэд хэдэн аневризм нь хэмжээ, байршлаараа хагарсан болзошгүй гэж үзсэн. Ховдол руу цөмөрсөн нь хагарсан аневризмын байршлыг тогтоохыг улам төвөгтэй болгосон.

СРТ шинжилгээгээр хоёр талын хиллэх бүсийн шигдээс (border-zone) илэрсэн нь тархины аалзан бүрхэвчийн доорх цус харвалтын дараах судас агчилт (vasospasm), тархины авто зохицуулалтын алдагдал, эсвэл артерийн даралтын хэлбэлзэлтэй холбоотойгоор түр зуурын тархины цусан хангамжийн дутагдал (hypoperfusion) үүссэнийг илтгэж байж болзошгүй. Ийм ишемийн өөрчлөлтүүд нь тархины аалзан бүрхэвчийн доорх цус харвалтын дараах хожуу үеийн мэдрэлийн тогтолцооны үйл ажиллагааны алдагдал болон өвчний тавилан муугаар төгсөх эрсдэл болдогийг сүүлийн үеийн судалгаанууд онцолж байна^[15].

Одоогийн олон улсын удирдамжид дахин цус алдахаас сэргийлэх зорилгоор хагарсан аневризмыг аль болох эрт судас нь дотуур (эндоваскуляр) эмчилгээ эсвэл хавчаар тавих аргаар хаахыг зөвлөдөг бөгөөд боломжтой тохиолдолд үлдсэн аневризмүүдийг шаталсан байдлаар эмчлэхийг санал болгодог^[9]. Эндоваскуляр эмчилгээ нь инвазив бус шинж чанартай бөгөөд нэг удаагийн үйл ажиллагаагаар хэд хэдэн аневризмыг эмчлэх боломжтой тул олон аневризмтай өвчтөнүүдийн хувьд илүү тохиромжтой арга болж байна^[6]. Гэсэн хэдий ч олон тооны тархины аневризм (extensive MIAs) нь онцгой хүндрэлүүдийг дагуулдаг. Бүх аневризмийг нэг удаагийн үйл ажиллагаагаар эмчлэх нь процедурын эрсдэл, контраст бодисын ачаалал, ишемийн хүндрэлүүдийг нэмэгдүүлэх магадлалтай. Харин эмчлэгдээгүй аневризмүүдийг үлдээх нь ирээдүйд хагарах эрсдэлийг дагуулна. Иймээс аневризмын морфологи, өвчтөний биеийн ерөнхий байдал, тухайн байгууллагын туршлага, боломж бололцоонд тулгуурласан мөн хувь хүний онцлогт тохирсон стратеги боловсруулах нь зайлшгүй шаардлагатай.

Торлогийн доорх цус харвалт болон ховдлын доторх цус алдалт зэрэг үүсэн хэдий ч тухайн өвчтөнд тодорхой голомтот мэдрэлийн өөрчлөлт илрээгүй бөгөөд Глазгогийн комын үнэлгээ 15 байсан. Ийм тохиолдол нь харьцангуй ховор бөгөөд тархины эдийн эрт үеийн гэмтэл харьцангуй бага байсныг илтгэнэ. Гэсэн хэдий ч эмчлэгдээгүй олон тооны аневризм байсаар байгаа нь цаашид дахин цус алдах үргэлжилсэн эрсдэлийг бий болгодог.

Урт хугацааны хоёрдогч урьдчилан сэргийлэлт нь аневризмын эцсийн, бүрэн эмчилгээ амжилттай хийгдэх эсэх болон өөрчлөх боломжтой эрсдэлт хүчин зүйлсийг, ялангуяа артерийн гипертензи, чихрийн шижин, өөх тосны солилцооны алдагдлыг (дислипидемийг) сайн хянахтай шууд хамааралтай.

ДҮГНЭЛТ

Энэхүү тохиолдол нь маш олон тооны тархины судасны аневризмын (extreme multiple intracranial aneurysms) талаарх хязгаарлагдмал судалгааны мэдлэгт хувь нэмэр оруулж, хэд хэдэн чухал зарчмыг бататган харуулж байна. Үүнд: торлог доорх цус алдалттай өвчтөнд бүрэн хэмжээний ангиографын үнэлгээ зайлшгүй шаардлагатай байх, судасны эрсдэлт хүчин зүйлс болон цүлхний анатомийн хувилбарууд нь аневризм үүсэхэд чухал нөлөөтэй байх, мөн олон салбарын хамтарсан менежмент хэрэгцээтэй гэдгийг онцолж байна. Эрт үеийн тусламж үйлчилгээ, хагарсан аневризмын эх үүсвэрийг зөв тодорхойлох, мэргэшсэн мэдрэлийн төвд цаг алдалгүй шилжүүлэх нь эмчилгээний үр дүнг сайжруулахад чухал ач холбогдолтой.

Цаашдын судалгаагаар олон тооны аневризмын үед эмчилгээний оновчтой стратегийг тодорхойлох, түүнчлэн олон голомтот аневризм дундаас аль нь хагарах эрсдэл өндөртэйг урьдчилан таамаглах биомаркерүүдийг илрүүлэх шаардлагатай байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Backes D, Rinkel GJE, Greving JP, et al. "Elucidating risk factors and rupture risk of multiple intracranial aneurysms". *Stroke*. 2017;48:2103-2109.
2. Brinjikji W, Lanzino G, Kallmes DF. "Multiple intracranial aneurysms: epidemiology and management". *AJNR Am J Neuroradiol*. 2016;37:615-620.

3. Connolly ES Jr, Rabinstein AA, Carhuapoma JR, et al. "Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage". *Stroke*. 2023;54:e1-e50.
4. Etminan N, Rinkel GJE. "Unruptured intracranial aneurysms: development, rupture and preventive management". *Nat Rev Neurol*. 2016;12:699-713.
5. Hasan DM, Mahaney KB, Brown RD Jr, et al. "Inflammation and intracranial aneurysms". *J Neuroinflammation*. 2015;12:53.
6. Goyal N, Hoit D, DiNitto J, et al. "Endovascular management of multiple intracranial aneurysms". *Interv Neuroradiol*. 2019;25:529-536.
7. Jabbarli R, Reinhard M, Niesen WD, et al. "Determination of ruptured aneurysm in patients with multiple aneurysms". *Stroke*. 2016;47:1464-1471.
8. Korja M, Kaprio J. "Controversies in epidemiology of intracranial aneurysms". *Nat Rev Neurol*. 2016;12:50-55.
9. Macdonald RL, Schweizer TA. "Spontaneous subarachnoid haemorrhage". *Lancet*. 2017;389:655-666.
10. Meng H, Tutino VM, Xiang J, Siddiqui A. "High wall shear stress initiates aneurysm formation". *J Neurosurg*. 2014;121:1023-1032.
11. Morita A, Kirino T, Hashi K, Aoki N. "The natural course of unruptured cerebral aneurysms". *N Engl J Med*. 2012;366:2474-82.
12. Park JH, Park IS, Han DH, et al. "Anterior cerebral artery A1 hypoplasia and aneurysm formation". *J Neurosurg*. 2018;128:1716-1723.
13. Petr O, Brinjikji W, Murad MH, Lanzino G. "Endovascular treatment of multiple intracranial aneurysms: systematic review and meta-analysis". *Neurosurgery*. 2017;80:193-202.
14. Pierot L, Wakhloo AK. "Endovascular treatment of intracranial aneurysms: current status and perspectives". *Lancet Neurol*. 2020;19:393-404.
15. Vergouwen MDI, Etminan N, Ilodigwe D, Macdonald RL. "Lower incidence of cerebral infarction after SAH". *Stroke*. 2016;47:183-189.
16. Vlak MHM, Algra A, Rinkel GJE. "Risk factors for aneurysmal subarachnoid hemorrhage". *Stroke*. 2017;48:475-482.
17. Wiebers D, Whisnant J, Forbes G, Meissner I, Brown R. "Unruptured intracranial aneurysms-risk of rupture and risks of surgical intervention". *N Engl J Med*. 1998;339:1725-33.
18. Wiebers D, Whisnant J, Huston J, 3rd, Meissner I, Brown RD, Jr, Piepgras DG, et al. "Unruptured intracranial aneurysms: Natural history, clinical outcome, and risks of surgical and endovascular treatment". *Lancet*. 2003;12:103-10.

Duasma HFA 200

Будесонид 200мкг (аэрозол)

Үйлдлийн механизм:
Гуурсан хоолойн үрэвслийг намжааж, амьсгалын замын хэт мэдрэгшил, цочромтог байдлыг бууруулна.

Найрлага:
Нэг удаагийн хэмжигдсэн тун нь Будесонид 200мкг агуулдаг.

Заалт:
6 ба түүнээс дээш настай өвчтөний гуурсан хоолойн эмгэгийн сэдрэлийн болон хяналтын эмчилгээнд хэрэглэнэ.



Duasma HFA

ИЛҮҮ АЮУЛГҮЙ, ИЛҮҮ ХЭМНЭЛТТЭЙ СОНГОЛТ

Импортлогч:



Үйлдвэрлэгч:



3.1 ТӨРӨЛХИЙН СУПРАВЕНТРИКУЛЯР ТАХИКАРДИ: ИХЭР НЯРАЙН ТОХИОЛДОЛ

Б.Өлзийхишиг¹ З.Гэрэлмаа¹ Г.Номин¹ Ж.Ариунжаргал² Ч.Сармандах²
НӨАГ¹, АШУУИС²

ТОВЧ ХУРААНГУЙ

Төрөлхийн суправентрикуляр тахикарди нь нярай үед тохиолдох эмгэг хэм алдагдлын хамгийн түгээмэл шалтгаан боловч дутуу нярайд тохиолдох нь ховор нийт амьд төрөлтөд 1:1000 давтамжтай илэрдэг бөгөөд дутуу нярайд энэ үзүүлэлт мэдэгдэхүйц бага буюу 1:10000 орчим гэж судалгаанд дурдсан байдаг. Дутуу нярайд зүрхний булчингийн хөгжил дутуу, физиологийн нөөц хязгаарлагдмал тул өндөр хэмтэй тахиаритми богино хугацаанд гемодинамикийн зохицуулалтыг алдагдуулдаг. Төрсний дараах эхний өдрүүдэд суправентрикуляр тахикарди давтан илрэх нь эндэгдэл, хүндрэл өндөртэй. Ихэр жирэмслэлтэд тохиолдох нь маш ховор бөгөөд ихэр нярайн эмнэлзүйн явц, үр дүн эрс ялгаатай байж болдог.

Тээлтийн 32 долоо хоногтойд дутуу төрсөн, хоёр ихэр нярайд төрөлхийн хүнд суправентрикуляр тахикарди илэрсэн онцгой тохиолдлыг толилуулж байна. Нэгдүгээр ихэр нь төрсний дараах 20–30 минутын дотор 300–342 удаа/мин хэмтэй суправентрикуляр тахикарди илэрсэн бол нөгөө ихэрт төрсний дараах эхний цагийн дотор ижил байдлаар хүнд тахиаритми үүссэн. Нэгдүгээр ихэр нь эмчилгээнд үр дүнгүй, хүнд тахиаритмийн улмаас 1 хоног 3 цагийн настайд эндсэн. Хоёрдугаар ихэр нь амьдарсан бөгөөд 30 минут болон 48 цагийн настайд давтан суправентрикуляр тахикарди илэрч, хүнд хэлбэрийн цус эргэлтийн хямрал, амьсгалын дутагдал гүнзгийрч, сурфактант эмчилгээ хийгдэн 76 цагийн турш механик амьсгалуулалт хийсэн.

Энэ тохиолдол нь дутуу нярайд тохиолдсон төрөлхийн суправентрикуляр тахикардийн өндөр эрсдэл, ихрүүдийн эмнэлзүйн явц эрс ялгаатай байж болохыг харуулж байна. Амьдарсан нярайд эрт оношилгоо, цаг алдалгүй хэм алдагдлын эсрэг эмчилгээний менежмент, сурфактант эмчилгээ болон удаан хугацааны оновчтой механик амьсгалуулалт нь амжилттай үр дүнд хүрэхэд нэн чухал байв. Энэхүү тохиолдол нь дутуу төрсөн ихэрт илэрсэн төрөлхийн суправентрикуляр тахикарди талаарх ховор боловч үнэтэй нотолгоог нэмэгдүүлж байна

ТҮЛХҮҮР ҮГС:

төрөлхийн суправентрикуляр тахикарди, дутуу нярай, ихэр, механик амьсгалуулалт, нярайн эрчимт эмчилгээ

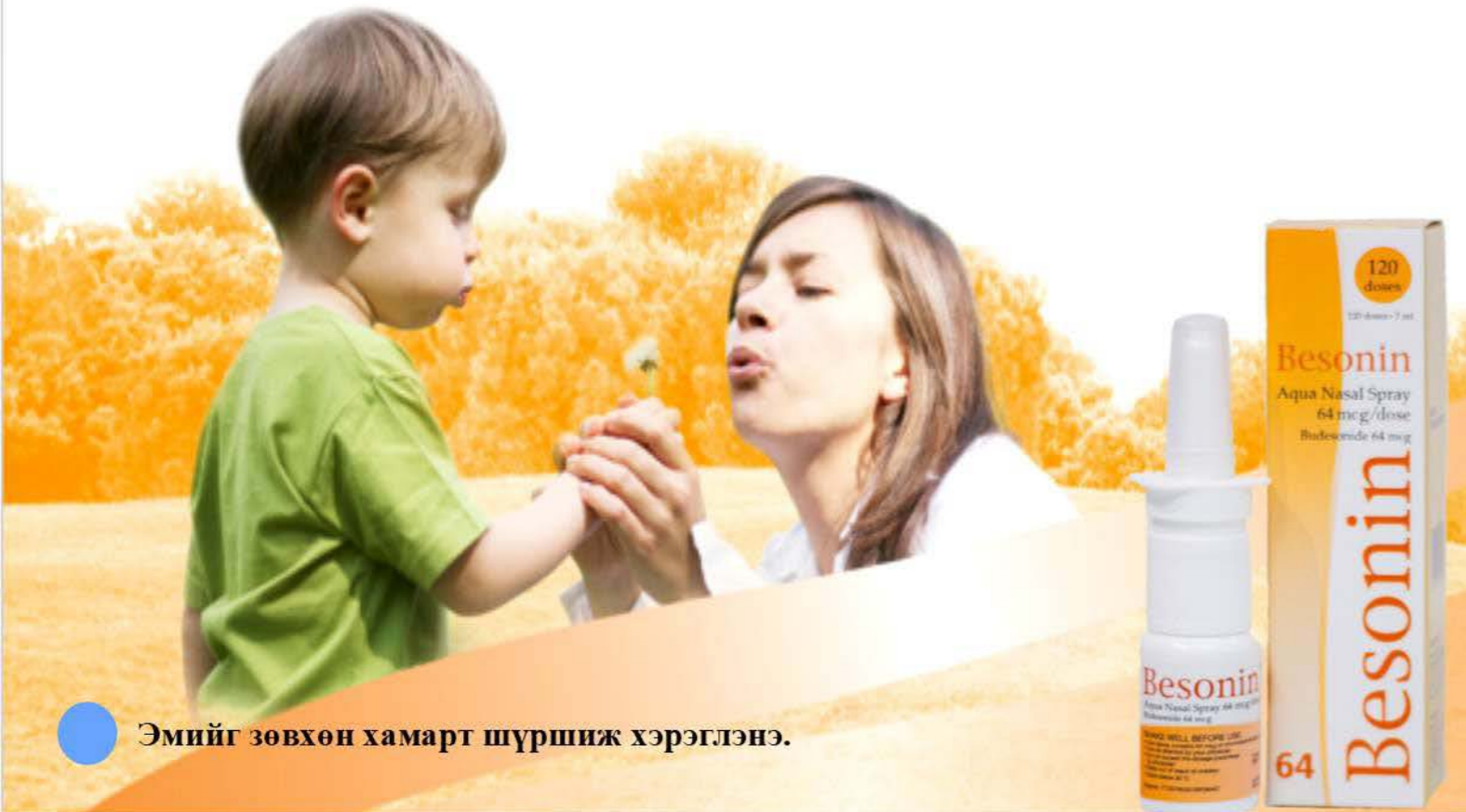
ОРШИЛ

Суправентрикуляр тахикарди нь нярай үед тохиолдох зүрхний эмгэг хэм алдагдлын хамгийн түгээмэл хэлбэр бөгөөд нярайн нийт хэм алдагдлын 60–80%-ийг эзэлдэг. Гэсэн хэдий ч төрөлхийн суправентрикуляр тахикарди нь дутуу нярайд маш ховор тохиолдох ба физиологийн онцлог нь эмнэлзүйн илрэл, явцыг илүү хүнд болгодог. Учир нь дутуу нярайд зүрхний бүтцийн ба үйл ажиллагааны хөгжил дутуу, ховдлын ханын уян хатан чанар бага, цохилтын эзлэхүүний нөөц хязгаарлагдмал, автомат мэдрэлийн зохицуулалт бүрэн хөгжөөгүй байдаг. Ийм физиологийн онцлог нь 280–300 удаа/мин-аас давсан өндөр тахиаритми үүсэх үед системийн цусны эргэлт хурдан хямрах нөхцөлийг бүрдүүлдэг.

Нярай үед миокард нь цохилтын эзлэхүүнээ нэмэгдүүлэх чадвар бага учраас зүрхний гарц бараг бүхэлдээ зүрхний хэмээс хамаардаг. Зүрхний хэм хэт хурдсах тохиолдолд диастолын дүүрэлтийн хугацаа эрс богиносож, улмаар цусны гарц огцом буурч, системийн артерийн даралт буурах, бодисын солилцооны ацидоз нэмэгдэх, улмаар олон эрхтний дутагдалд хүргэх эрсдэлтэй. Иймээс суправентрикуляр тахикарди богино хугацаанд илрэхэд ч дутуу нярайд амьсанд нь аюултай хүндрэл үүсгэж болно.

Төрөлхийн суправентрикуляр тахикардийн ихэнх нь давтагдах механизмаар үүсдэг ба accessory pathway дагуух atrioventricular re-entry tachycardia (AVRT) буюу Wolff-Parkinson-White хамшинжтэй холбоотой хэлбэрүүд давамгайлдаг. Мөн atrioventricular nodal re-entry tachycardia (AVNRT), илүү ховор тохиолдолд эктопик тосгуурын тахикарди болон junctional тахикарди илэрч болдог.

Дутуу нярайн хувьд эрдсийн тэнцвэр алдагдах, амьсгал хямрал, гемодинамикийн тогтворгүй байдал зэрэг хүчин зүйлс нь хэм алдагдлын эрсдэлийг нэмэгдүүлдэг. Үүнээс гадна



Эмийг зөвхөн хамарт шүршиж хэрэглэнэ.

Найрлага:

Шүршилт бүрийн агууламж 64мкг будесонид агуулна.

Эмийн хэлбэр:

Бесонин будесонидын суспензийг тоосруулан хамарт шүршдэг эм.

Савлалт:

Нэг шүршихэд 64мкг, нийт 120 удаагын тунтай, HDPE бортогонд 10мл-р савлагдсан.

Хэрэглэх заалт:

Улирлын ба улирлын бус харшлын ринит, ургамлын тоосны харшил, хувьсуур ринит (вазомоторны), хамрын хөндийн ургацагын (полип) эмчилгээнд хэрэглэнэ.

Гаж нөлөө:

Хамар цочирох, хуурайших, цус гарах, ханиалгах, хоолой өвдөх, хоолой сөөх, эвгүй амт амтагдах, дотор муухай оргих гаж нөлөө цөөн тохиолдолд илэрч болно.

Тун хэмжээ:

Ринит(Самалдагын үрэвсэл)

Насанд хүрэгсэд болон 6-аас дээш насны хүүхдэд эхлэх тун нь өдөрт 1 удаа хамрын нүх тус бүрт 1 тунг (хоногт 128 микрограм) шүршинэ. Шаардлагатай үед насанд хүрэгсэдд хоногийн дээд тунг 256 мкг, харин 12-оос доош насны хүүхдэд 128мкг хүртэл нэмэгдүүлж болно.

Хамрын ургацаг(полип)

Насанд хүрэгсэд болон 12-оос дээш насны хүүхдэд өдөрт 2 удаа хамрын нүх тус бүрт 1 шүршилт (64мкг) тунгаар 3 сар хүртэл хугацаанд хэрэглэж болно.

Эмийн барих тунг хувь хүний онцлог, шаардлагад тохируулна. Өвчний шинж тэмдэгийгхянах эмчилгээний сайн үр дүн өгч буй хамгийн бага тунгаар хэрэглэнэ.

амьсгал гачааллын хамшинж нь миокардын хүчилтөрөгчийн хэрэгцээг нэмэгдүүлж, симпатик идэвхжилийг ихэсгэснээр суправентрикуляр тахикардитай хавсарсан хүндрэлийг улам гүнзгийрүүлдэг.

Олон урагтай жирэмслэлтэд дутуу төрөлт илүү элбэг тохиолдож, ихсийн дутагдал, ургийн архаг бүтэлт, дамжуулах тогтолцооны удамшлын эмгэг зэрэг эрсдэл өндөр байдаг. Гэхдээ ихрийн хоёр урагт хоёуланд төрөлхийн суправентрикуляр тахикарди зэрэг илрэх нь маш ховор бөгөөд илэрсэн ч эмнэлзүйн явц, үр дүн нь хоорондоо огт өөр байж болох талаар хангалттай нотолгоотой судалгаа цөөн байдаг. Ялангуяа нэг ихэр амьд үлдэж, нөгөө нь хүнд хэлбэрийн тахиаритмийн улмаас нас барах тохиолдол нь эмгэгжам, физиологийн ялгааг тодруулахад ач холбогдолтой ч, маш ховор тохиолддог.

Дутуу нярайн зүрхний булчин нь агших чадвар сул, диастолын дүүрэлт муу, автомат зохицуулалтын хөгжил дутуу, зүрхний гаралт бараг бүхэлдээ хэмээс хамаарах онцлогтой байдаг. Иймээс зүрхний цохилтын тоо нэг минутад 250–300-аас дээш байх нь диастолын хугацааг эрс богиносгож, цусны гарцыг минутын дотор огцом бууруулж, системийн перфузийг алдагдуулдаг.

Дутуу нярайд суправентрикуляр тахикарди үүсэх гол механизм нь давтамж буюу цахилгаан дохионы эргэн тойрон дамжих хуурамч хэлхээ байдаг. Үүнд: AVRT (atrioventricular re-entry tachycardia), AVNRT (atrioventricular nodal re-entry tachycardia) зэрэг дамжуулах замын эмгэгүүд хамгийн түгээмэл.

Дутуу нярайд симпатик давамгайлсан нейро-вегетатив зохицуулалт, вагусын /парасимпатик/ тонус дутмаг, ионы суваг болон дамжуулах системийн боловсролт бүрэн гүйцэд болоогүй байдаг. Эдгээр хүчин зүйл нь сэрэл дамжуулах тогтолцоог тогтворгүй болгон давтагдах хэлхээ үүсэх нөхцөлийг бүрдүүлдэг.

Зүрхний булчингийн диастолын дүүрэлт нь дутуу нярайд бага бөгөөд зүрхний гарц бараг бүхэлдээ хэмээс хамаардаг. Зүрхний цохилтын тоо 300-аас дээш болбол диастолын хугацаа үндсэндээ алдагдаж, цусны хэмжээг сорох боломжгүй болдог. Үүний үр дүнд цусны гарц огцом буурч, артерийн даралт унаж, эрхтний перфузи алдагдаж, хурдан хугацаанд лактат өсөж, бодисын солилцооны ацидоз үүсдэг.

Ихэр жирэмслэлт нь төрөлхийн суправентрикуляр тахикардийн эрсдэлийг улам нэмэгдүүлдэг. Учир нь ихэр жирэмслэлтийн үед дутуу төрөлтийн давтамж өндөр, ураг амархан стресст өртдөг, дамжуулах тогтолцооны хөгжлийн ялгаа, бодисын солилцооны өөрчлөлт зэрэг хүчин зүйлс хавсардаг.

Хэдийгээр ижил удам зүйтэй ихрүүдэд хэм алдагдал адил илрэх боловч үр дүн тэс өөр гардаг нь тохиолдол бүрд тайлбарлахад бэрх, судлагдаагүй онцлог талууд олон байдаг.

ТОХИОЛДОЛ

Ээж П. 40 настай эхийн V жирэмслэлтийн IV төрөлт 32 долоо хоног 2 өдөр, хугацаанаас өмнө эмгэг төрөлтөөр төрөх замаар төрсөн. Ураг орчмын шингэн тунгалаг, хэмжээ хэвийн. Асуумжаар эхэд архаг өвчин, бодисын солилцооны эмгэг, бамбай булчирхайн өвчин, аутоиммун эмгэг, удамшлын хэм алдагдал, зүрхний төрөлхийн гажиг зэрэг өвчний түүх байгаагүй. Ургийн хэм алдагдал үүсгэж болзошгүй эм (β-агонист, дигоксин, антидепрессант, тиреоид эмчилгээ, кофеиний өндөр хэрэглээ гэх мэт) хэрэглээгүй.

Тухайн жирэмсний эхний гурван сард хийгдсэн хэт авиан шинжилгээгээр 2 амнион бүрхүүлтэй ихэр ураг оношлогдсон. Жирэмсний хяналтад тогтмол хамрагдсан ба ургийн өсөлт, хэв шинж, ураг орчмын шингэний хэмжээ, биофизикийн үзүүлэлтүүд хэвийн байсан. Ихэр хоёр урагт өсөлтийн зөрүү байгаагүй.

Пренаталь үед буюу тээлтийн 22 долоо хоногтойд хийгдсэн ургийн зүрхний ЭХО шинжилгээгээр хоёр урагт зүрхний бүтэц хэвийн, хэм алдагдалгүй, усжилт ажиглагдаагүй, ихрээс ихэрт цус юүлэх хамшинж илрээгүй байсан.

Тээлтийн 31+5 долоо хоногтойд жирэмсний хожуу хордлого хүнд хэлбэр заалтаар дексаметазон 2 түн эхэд хийгдсэн.

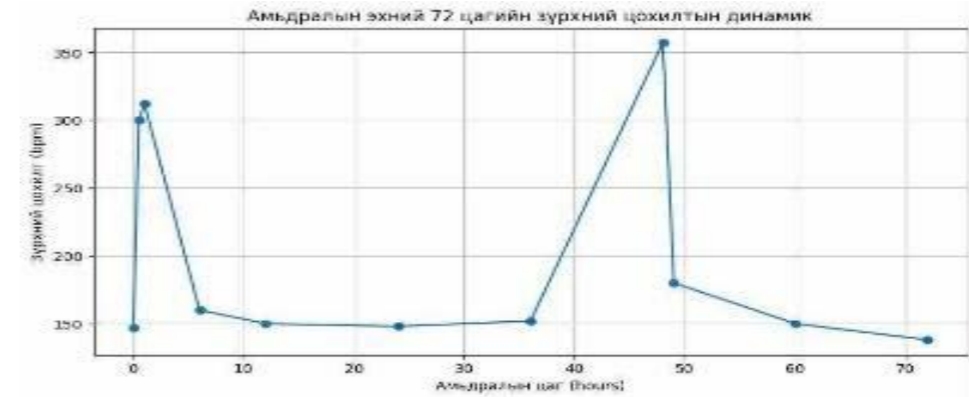
ИХРИЙН I ХҮҮХЭД

Тээлтийн 32+2 долоо хоногтойд 1650 г жинтэй охин төрсөн, Апгар оноо 4/6. Төрснөөс 20 минутын дараа зүрхний цохилтын тоо олширч, SVT 290–340 удаа/мин илэрсэн. аденозинд богино хугацаанд хариу өгсөн боловч дахин SVT илэрсэн. Амидарон болон дэмжих эмчилгээнд үр дүнгүй байсаар богино хугацаанд шокын байдалд орсон. Амьсгалын болон гемодинамикийн

тогтворгүй байдал сайжраагүй. Амьдралын 1 хоног 3 цагийн настайд SVT-ийн хүнд хэлбэрийн даамжрал болон амьсгал, гемодинамикийн тогтворгүй байдлын улмаас нярай эндсэн.

ИХРИЙН II ХҮҮХЭД

Тээлтийн 32+2 долоо хоногтойд 1650 г жинтэй, 40 см урттай охин төрсөн. Апгар оноо 6/8. Төрсөн цагаас амьсгал гачааллын хамшинж илэрсэн. Амьдралын 30 дахь минутад зүрхний хэм 300–312 удаа/мин болсон. Артерийн даралт 64/34/44 ммHg, цагаан толбоны шинж эерэг буюу капиллярын дүүрэлт >3 сек байв. Арьс цайвар, амьсгалын дутагдлын шинжүүд тод илэрсэн, чагналтаар тахиаритми тасралтгүй үргэлжилж байв.



Зураг 1. Нэр, тайлбар

Эмнэлзүйд хүнд SVT (намссан QRS), амьсгалын дутагдал, бодисын солилцооны ацидоз, артерийн даралт бууралт, перфузийн алдагдал давамгайлж байсан.

ЛАБОРАТОРИЙН ШИНЖИЛГЭЭ:

Цусны хийн шинжилгээ (ABG):

- pH: 7.25
- pCO₂: 52 ммHg
- HCO₃⁻: 18–20 mmol/L
- BE: –6
- Лактат: 5.2 → 5.8 mmol/L (SVT-ийн үеэр өссөн)

Цусны ерөнхий шинжилгээ:

- Гемоглобин 165 g/L
- Цусны цагаан эс 13.5 ×10⁹/L
- Ялтас 220 ×10⁹/L

Эрдсүүд:

- Na⁺: 134 mmol/L
- K⁺: 5.5 mmol/L (бага зэрэг их)
- Ионжсон Ca²⁺: 1.05 mmol/L (бага зэрэг буурсан)
- Mg²⁺: 0.82 mmol/L

CRP:

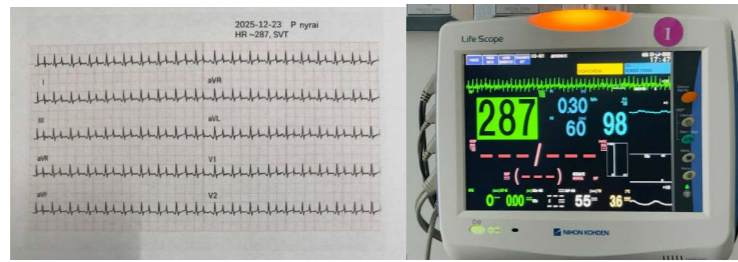
- Хэвийн (<1 mg/L) – халдварын шинжгүй

ЭхоКГ:

- Зүрхний бүтэц: хэвийн
- EF: 60%
- PDA: 2 мм, гемодинамик ач холбогдолгүй
- Миокардийн агшилт: хэвийн
- Тампонада, уушгины даралт ихсэлт байхгүй

ЭКГ:

- Нарийн QRS
- P долгион ялгарахгүй
- HR 300–312 bpm
- Хэм алдагдлын хооронд синусийн хэмд эргэн орсон



Зураг 2А. ЗЦБ

Ялган оношилгоо: Синусын тахикарди, тосгуурын флаттер, ховдлын тахикарди, зүрхний гаралтай шок зэрэг эмгэгүүдээс ялган оношилсон.

МЕНЕЖМЕНТ

1. Зүрхний хэм алдагдлын эмчилгээ ба үр дүн:

Эхний SVT (30 минутын настайд):

- Вагус мэдрэлийг цочроосон – Үр дүнгүй
- Аденозин 0.1 мг/кг – Хариу өгөөгүй
- Аденозин 0.2 мг/кг – Хэм тогтворжиж, ЗЦТ 147 болсон
- Хэм алдагдлаас сэргийлэлт – Амиодарон ачааллын тунгаар /5-10мг/кг/ц эхэлсэн

Давтан илэрсэн SVT (48 цагийн настайд):

- ЗЦТ >300–312
- АД унасан
- Лактат 5.8 mmol/L-д хүрч өссөн
- Амьсгалын хямрал, апноэ нэмэгдсэн

2. Бусад эмчилгээ:

- Добутамин – перфузи дэмжих зорилгоор 2.5мг/кг тунгаар
- Эрдсийн өөрчлөлт засагдсан (Ca, Mg, K)
- Шингэн хэрэгцээт хэмжээгээр хийгдсэн



3. Амьсгалын дэмжлэг

Сурфактант эмчилгээ: Амьсгал гачааллын хамшинж хүнд хэлбэр, Силверманийн үнэлгээгээр 8 оноотой байсан тул 1 цагийн настайд сурфактант хийсэн.

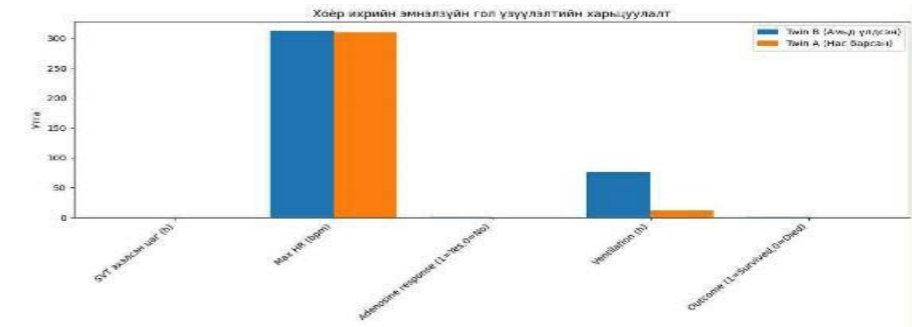
Механик амьсгалуулалт: 76 цагийн турш SIMV/PCV горимоор амьсгал удирдаж, амьсгал тогтворжсоны дараа CPAP руу шилжүүлсэн

4. Дэмжих эмчилгээ

- Биеийн дулааныг хэвийн хэмжээнд барих
- Глюкозын түвшинг хянах
- Шингэний баланс, диурезийн хяналт
- Шокын үед судсаар шингэн нөхөх

ХЭЛЦЭМЖ

Энэхүү тохиолдол нь тээлтийн 32 долоо хоногтойд төрсөн, хоёр ихэр дутуу нярайн хоёуланд төрөлхийн суправентрикуляр тахикарди илэрсэн ховор тохиолдол юм. Нэгдүгээр ихэр нь эмчилгээнд тэсвэртэй суправентрикуляр тахикарди улмаас нас барсан. Харин хоёрдугаар ихэр нь амьдралын 30 минут болон 48 цагийн настайд давтан суправентрикуляр тахикарди өгч, амьсгалын дутагдал илэрч, зүрхний хэм алдагдлын болон сурфактант эмчилгээ, 76 цагийн механик амьсгалуулалт шаардсан ч амьд үлдсэн.



Зураг 2. Ихэр нярайн эмнэлзүйн шинжийг харьцуулсан зураглал

Ижил тахиаритми илэрсэн ихрүүдийн эмнэлзүйн явц хэрхэн ялгаатай өрнөж болохыг энэ тохиолдол харуулсан бөгөөд нярайн эрчимт эмчилгээний тактикийн ач холбогдлыг тод илтгэж байна. Ихэр төрсөн нярайд ялгаа үүсэхийг дараах механизмаар тайлбарлаж болох юм. Үүнд:

- Автомат мэдрэлийн тогтолцооны хөгжилт ялгаатай
- Ион суваг болон дамжуулах тогтолцоо нэгэн адил биш
- Төрөх дараалал (1-р нярай 2-р нярай) физиологийн дарамт өөр
- Ихсийн цус эргэлтийн ялгаа
- Хүчилтөрөгчийн түвшин өөр өөр

Зүрхний цохилтын тоо 300-аас дээш гарсан үед диастолын хугацаа үндсэндээ алдагдаж, цусны хэмжээг сорох боломжгүй болдог. Үүний үр дүнд цусны гарц огцом буурч, артерийн даралт унаж, эрхтний перфузи алдагдаж, хурдан хугацаанд лактат өсөж, бодисын солилцооны ацидоз үүсдэг. Ихрийн хоёрдугаар нярайд суправентрикуляр тахикардийн үеэр илэрсэн ацидоз, лактатын ихсэлт нь дээрх эмгэг физиологийн тод илрэл юм.

Бид дээрх хоёр нярайн зүрхний хэм алдагдлын эмчилгээнд олон улсын NICE, AHA, PALS, Neonatal Arrhythmia Guidelines зэрэг удирдамжид заасны дагуу анхны сонголтод Adenosine, дахилтын үед Amiodarone хэрэглэсэн. Аденозинд тэсвэртэй SVT-д amiodarone нь AV зангилааны сэрэл дамжуулалтыг тогтворжуулах, давтах хэлхээг таслах үр дүнтэй арга юм. Бета-блокер (propranolol) нь дутуу нярайд амьсгалын дутагдал, артерийн даралт бууралтыг нэмэгдүүлэх эрсдэлтэй тул тохиромжгүй гэж үзсэн.

ДҮГНЭЛТ:

Дутуу нярайд төрөлхийн SVT илрэх нь өндөр эрсдэлтэй, мөн ижил удамтай ихрүүдийн хувьд ч эмнэлзүйн явц, үр дүн адилгүйг дээрх тохиолдол илтгэж байна. Эрт оношилгоо, зүрхний хэм алдагдлын түргэн, оновчтой эмчилгээний тактик, сурфактант болон механик амьсгалуулалт зэрэг цогц эрчимт эмчилгээ нь амьд үлдэхэд шийдвэрлэх ач холбогдолтой. Бидний энэ тохиолдол нь дутуу төрсөн, ихэр нярайд илрэх төрөлхийн SVT-ийн талаарх сургамж, мэдээллийг нэмэн баяжуулж байна.

НОМ ЗҮЙ:

1. Doniger SJ, Sharieff GQ. Pediatric dysrhythmias. *Pediatr Clin North Am.* 2006.
2. Ko JK, Deal BJ. Supraventricular tachycardia in infants. *Prog Pediatr Cardiol.* 2013.
3. Moak JP. Supraventricular tachycardia in the newborn. *Curr Opin Cardiol.* 2020.
4. Casella F, et al. Neonatal arrhythmias: clinical aspects. *J Cardiovasc Electrophysiol.* 2018.
5. Walsh EP. Mechanisms of SVT in infants. *Pediatr Cardiol.* 2015.
6. Hoffman JIE. The neonatal myocardium and physiology. *Neonatology.* 2018.
7. Pfammatter JP, Paul T. SVT guidelines in neonates. *Eur J Pediatr.* 2001.
8. Villain E. Neonatal supraventricular tachyarrhythmias. *Arch Cardiovasc Dis.* 2019.
9. Perry JC. Antiarrhythmic therapy in neonates. *Cardiol Young.* 2005.
10. Salerno JC, et al. Response to adenosine in neonatal SVT. *Pediatrics.* 2009.
11. Kothari DS, Skinner JR. Neonatal arrhythmias: mechanisms. *Lancet Child Adolesc Health.* 2019.
12. Jaeggi ET. Arrhythmia outcomes in preterm infants. *J Pediatr.* 2012.
13. Southall DP. Studies on neonatal conduction system. *Br Heart J.* 1980.
14. Friedman RA. AVRT in newborns. *Am J Cardiol.* 2003.
15. Garson A Jr. *Pediatric arrhythmias.* Saunders. 2002.
16. Gupta A. Management of SVT in infants. *Indian Pediatr.* 2017.

17. Saul JP, et al. Amiodarone in neonates. *Circulation*. 2010.
18. Gutgesell HP. Neonatal myocardium hemodynamics. *J Am Coll Cardiol*. 1990.
19. Feld LG. Hypotension and arrhythmia interaction. *Pediatr Crit Care Med*. 2014.
20. Stramba-Badiale M. Prematurity and autonomic immaturity. *J Pediatr*. 2004.
21. Chandra S. SVT in twins - case series. *Cardiol Young*. 2011.
22. Hsieh IC. Refractory neonatal SVT. *Acta Cardiol Sin*. 2016.
23. Aziz PF. Tachyarrhythmias in NICU. *J Neonatal Perinatal Med*. 2018.
24. Walsh-Sukys MC. Neonatal hemodynamic instability. *NeoReviews*. 2013.
25. Wong KK. Surfactant therapy impact on cardiac function. *Pediatrics*. 1999.
26. Li X, et al. Twin neonatal outcomes and cardiac physiology. *Twin Res Hum Genet*. 2015.
27. Spector ML. Electrolytes and cardiac conduction. *J Pediatr*. 2007.
28. Kavey REW. Pediatric cardiac output and tachycardia. *Prog Pediatr Cardiol*. 2019.
29. Mitchell SC. Mortality in neonatal SVT. *Pediatr Cardiol*. 2010.
30. Shah M. Severe arrhythmia in preterm infants. *J Neonatal Intensive Care*. 2021.

3.2 НАСАНД ХҮРЭГСДЭД ТОХИОЛДОХ ШАВИА ЧӨМГИЙГ ХАМАРСАН ХОДЖИНЫ БУС БУРКИТТ ЛИМФОМЫН ОНОШИЛГОО, ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ТОХИОЛДОЛ

Б.Алтаншагай¹, М.Мөнхцэцэг¹, Б.Анударь², Т.Хишигдэлгэр⁴, Д.Нүрээдулам³, Ц.Бүжидмаа⁵, Э.Элбэгжаргал¹, Г.Чинбат¹, П.Балжинням¹, С.Цэрэнхүү¹, Б.Батчимэг¹, А.Оюуномин¹, Б.Хишигжаргал¹

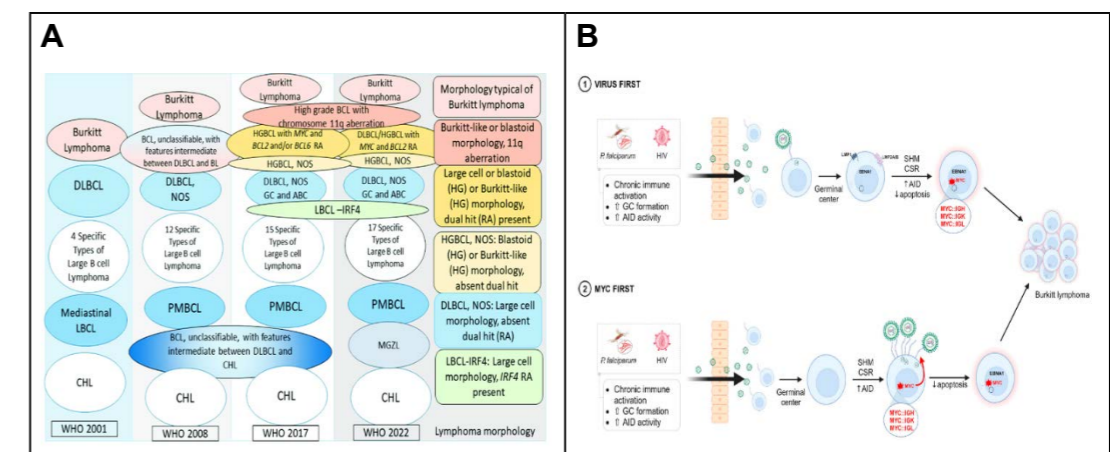
¹Цусны Эмгэг Судлал, Чөмөг Шилжүүлэн Суулгах Төв, Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг
²Сургалт, Эрдэм Шинжилгээ, Хамтын Ажиллагааны Алба, Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг
³Эмнэлзүйн Эмгэг Судлалын Нэгдсэн Лаборатори, Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг
⁴Цусны Эмгэг, Хавдар Судлалын Тасаг, Эх Хүүхдийн Эрүүл Мэндийн Үдэсний Төв
⁵Сакура Юнилаб Эмгэг Судлалын Лаборатори

ҮНДЭСЛЭЛ:

Лимфом нь дархлалын тогтолцооны лимфоцит эсээс үүсдэг цусны хортой хавдрын бүлэг бөгөөд эмнэлзүйд тунгалгийн булчирхай томрох (хүзүү, суга, цавь), шөнөөр хөлрөх, халуурах, шалтгаангүй жин буурах зэрэг В хам шинжээр илэрдэг. Буркитт лимфом (БЛ) нь Ходжкины бус В эсийн давшингүй явцтай, ховор тохиолддог лимфомын төрөл юм. Насанд хүрэгсдийн дунд жилд 1 сая хүн амд ойролцоогоор 2.5, хүүхдэд 4 шинэ тохиолдол бүртгэгддэг. Хүйсийн харьцаа эрэгтэй давамгай (4:1) бөгөөд насанд хүрэгчдийн нийт лимфомын 1–5%-ийг эзэлдэг бол хүүхдийн В эсийн лимфомын ойролцоогоор 8-10%-д тохиолддог. Хүүхдийн насанд 3–12 насанд хамгийн түгээмэл илэрдэг.

Газарзүйн хувьд Африк, Шинэ Гвиней зэрэг хумхаа болон Эпштейн–Баррын вирус (EBV)-ын халдвар өндөр тархалттай бус нутагт эндэми байдлаар тохиолддог бол Хойд Америк, Европт хүүхэд, өсвөр насныханд спорадик хэлбэрээр тохиолдоно. Энэ хэлбэрийн БЛ-ын үед төв мэдрэлийн тогтолцоог 20%, шавиа чөмгийг 30–35%-д хамардаг. Молекул генетикийн хувьд БЛ-ын гол онцлог нь 8-р хромосом дахь МҮС ген 95%-д илэрдэг. Энэ молекул өөрчлөлт нь эсийн үржлийг хурдасгах, өндөр митозын идэвхжилтэй шууд холбоотой.

Насанд хүрэгсдэд тохиолддог зарим цусны хавдрын оношилгоо, эмчилгээний асуудал одоог хүртэл бүрэн стандартчилагдаагүй байна. Энэхүү ажлын зорилго нь Ходжкины бус лимфомын ховор тохиолдлын эмнэлзүй, морфологи, иммуногистохими, лабораторийн үзүүлэлт болон эмчилгээний үр дүнг тайлбарлах зорилготой.



Зураг 1. (А) Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын цус тунгалгийн хавдрын ангилал 2022 он (В) БЛ-ын эмгэг жам.

ЭМНЭЛЗҮЙН ТОХИОЛДОЛ

Мэдээллийн хэсэг: Тохиолдол 19 настай эрэгтэй, цусны бүлэг: O(I) Rh(+)

Зовуурь: Хүзүүний хэсэгт булчирхай томорно, толгой хүзүү рүү хатгуулж өвдөнө, хоёр хөлийн ул руу хатгуулна гэсэн зовуурьтай.

Өвчний түүх: Анх 2025 оны 10 сард хүзүү орчим хатуу үүсгэвэр тэмтрэгдэж эхлэн ЭХЭМҮТ-д 2025 оны 10 сарын 27-нд мэс заслын аргаар эдийн шинжилгээ өгч Үхжилт лимфаденит/Кикучи лимфадент хариу гарч зовуурь үгүй байсан тул эмчилгээ хийгдээгүй. Шинжилгээний хариу

гарснаас 1 сарын дараагаас хүзүүний үүсгэвэр томорч, өвдөж эхлэн өвчин намдаах зорилгоор опиоидын бүлгийн эм хэрэглэж эхэлсэн, 2025 оны 12 сарын 8 нд эдийн шинжилгээнд дахин иммуногистохимийн шинжилгээгээр Ходжкины бус В эсийн лимфом, Т эсээр баялаг хэлбэр гэж дүгнэлт гарсан тул ЭХЭМҮТ-д нэг удаагийн хими эмчилгээ Prednisolon/Vincristin+ Daunorubicin/L-Asparaginase/Methotrexate протоколоор хийгдсэн боловч үүсгэвэр томорч нэмэгдсэн тул эдийн шинжилгээнд дахин нэмэлт иммуногистохимийн шинжилгээг хийж Ходжкины бус БЛ оношлогдож УНТЭ-ЦЭСЧШСТ-д хэвтэн эмчлүүлсэн. Эмчлүүлэгч удамшлын өгүүлэмж үгүй, архаг өвчингүй, тогтмол хэрэглэдэг эм үгүй, хортой нөхцөлд ажилладаггүй, хорт зуршил (архи, тамхи) үгүй.

Бодит үзлэг: Биеийн өндөр=170см, Биеийн жин=55кг, BMI=19.09, BSA=1.61m².

АД 110/70 мм.муб, ЗЦТ-110 удаа/мин, АТ-18 удаа/мин, сатураци-98%, t-36.7. Хүзүүний зүүн талд түрж гарсан хатуу, орчны эдэд нягт наалдсан, хөдөлгөөнгүй, эмзэглэлтэй, үзүүр хэсгээр судасжилттай, хөхөлбөр 10х5см хэмжээтэй үүсгэвэртэй. Хими эмчилгээний дараах 8 дахь хоногт хавдар хэмжээгээр жижгэрсэн. (Зураг 2)



Зураг 2. (А) Эмчилгээний өмнөх хавдрын байдал, (В) эхний цикл А химийн эмчилгээний дараах байдал (Эхний цикл хими эмчилгээний 8 дахь өдөр).

ЛАБОРАТОРИЙН БОЛОН ДҮРС ОНОШИЛГООНЫ ШИНЖИЛГЭЭ:

| | ЦДШ | 2025 он | | 2026 он | | |
|--------|---------------------------------|---------|-------|---------|-------|-------|
| | | Лавлах | 12/09 | 01/05 | 01/18 | 01/26 |
| WBC | 4.0 - 9.0 10 ³ /uL | 43.26 | 0.76 | 4.14 | 29.21 | 7.54 |
| RBC | 3.70 - 5.50 10 ⁶ /uL | 4.82 | 2.81 | 3.05 | 2.86 | 3.02 |
| HGB | 11.5 - 16.5 | 137 | 80 | 87 | 83 | 88 |
| HCT | 35.0 - 55.0% | 40.3 | 22.4 | 27.4 | 24.3 | 26.1 |
| MCV | 75 - 100 фл | 83.6 | 79.7 | 89.8 | 85 | 86.4 |
| MCH | 25.0 - 35.0 пг | 28.4 | 28.5 | 28.5 | 29 | 29.1 |
| PLT | 160 - 400 10 ³ /uL | 350 | 72 | 208 | 265 | 328 |
| NEUT# | 1.2 - 8.0 10 ³ /uL | 37.65 | 0.27 | 2.9 | 23.61 | 6.64 |
| LYMPH# | 1.0 - 4.0 10 ³ /uL | 2.73 | 0.48 | 0.74 | 3.55 | 0.92 |

Хүснэгт 1. Цусны дэлгэрэнгүй шинжилгээний динамик өөрчлөлт

| | Биохими | 2025 он | | 2026 он | | |
|------|--------------------|---------|--------|---------|-------|-------|
| | | Лавлах | 12/15 | 12/23 | 01/07 | 01/29 |
| ALT | 0 - 41 нэгж/л | 127.9 | 135.8 | 25.9 | 16.6 | 19.3 |
| AST | 0 - 40 нэгж/л | 181.5 | 30.6 | 10.9 | 16 | 15.6 |
| K | 3.5 - 5.1ммоль/л | 3.64 | 4.04 | - | 3.64 | 3.87 |
| Alb | 35-55 г/л | 27.4 | 32.4 | 22 | - | - |
| ALP | 30-130 нэгж/л | - | - | - | 217.4 | 209 |
| Ca | 2.1 - 2.5ммоль/л | 2.56 | 1.87 | - | 2.26 | - |
| LDH | 135 - 214 нэгж/л | 9700.1 | 2497.4 | 382.9 | 679.1 | 375 |
| TP | 60-83 г/л | 50.1 | 52.1 | 38.8 | 53.6 | - |
| CRP | 0.0 - 5.0мг/л | 238.5 | 10.4 | 24 | 34.9 | 5.11 |
| Urea | 0 - 48.5 мг/дл | - | - | - | - | 34.6 |
| Crea | 0.7 - 1.2 мг/дл | 0.7 | 0.9 | 0.7 | - | 0.43 |
| P | 0.87 - 1.45ммоль/л | - | - | - | - | 1.54 |

Хүснэгт 2. Биохимийн шинжилгээний динамик өөрчлөлт

| Иммунологи | 2025/12/02 | 2025/12/10 | 2026/01/30 |
|----------------|------------|------------|---------------------|
| EBV IgM | - | 146↑ | - |
| EBV IgG | - | 0.49 | - |
| CMV DNA | - | - | Detected, below LOD |
| Anti-HIV 1/2 | Negative | - | - |
| Anti-HCV | Negative | - | - |
| HBsAg | Negative | - | - |
| Toxoplasma IgG | - | 0.13 | - |
| HSVII IgG | - | 0.01 | - |
| HSV½ IgG | - | 8.58 | - |
| HSV ½ IgM | - | 0.29 | - |

Хүснэгт 3. Иммунологийн шинжилгээний өөрчлөлт

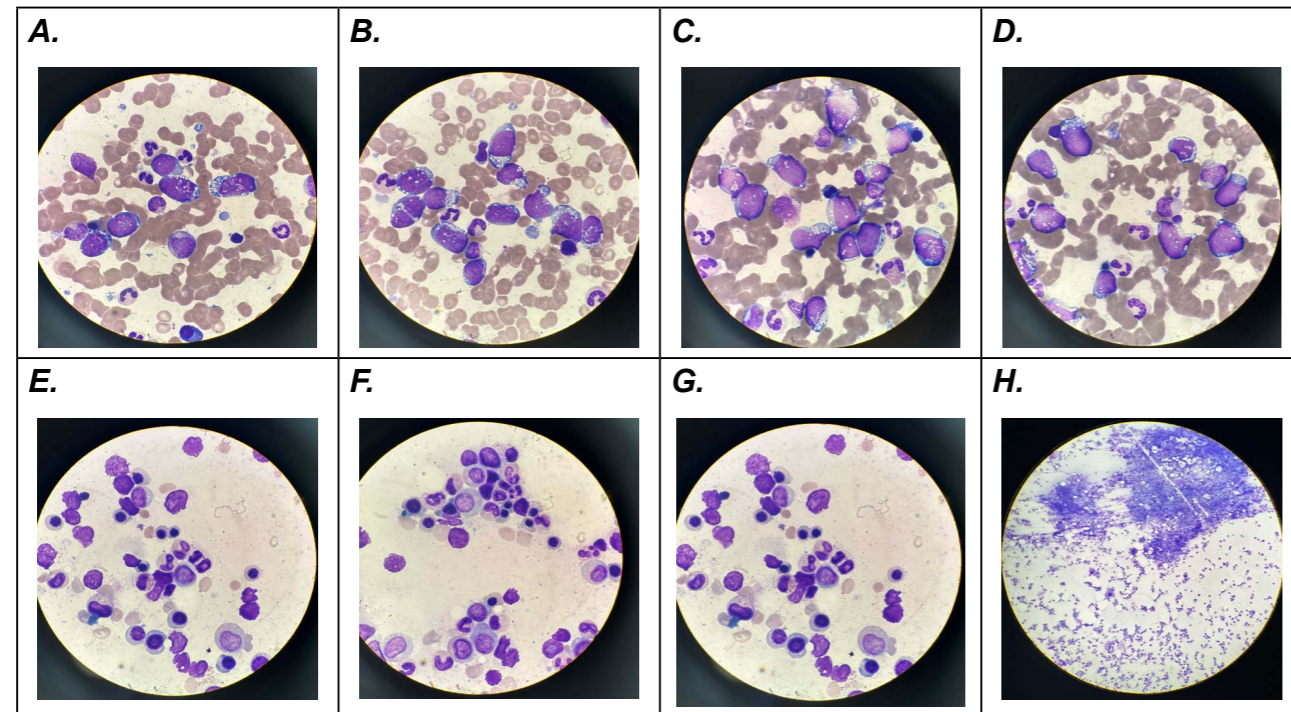
| Тархи нугасны шингэний шинжилгээ | 2025/12/10 | 2025/01/12 | 2026/02/02 |
|----------------------------------|------------|------------|------------|
| Хэмжээ | 2 мл | 2.3 мл | 0.3 мл |
| Өнгө | үгүй | Үгүй | үгүй |
| Тунгалаг чанар | тунгалаг | Тунгалаг | тунгалаг |
| WBC-BF | 14 | 4 | 2 |
| MN | 5 | 3 | 1 |
| PMN | 9 | 1 | 1 |

Хүснэгт 5. Тархи нугасны шингэний шинжилгээний өөрчлөлт

| Шавиа чөмгөний эсийн шинжилгээ | 2025/12/10 | 2026/01/13 | 2026/02/03 |
|--------------------------------|------------|------------|------------|
| Бласт | 80 | 4 | 1.6 |
| Нейтрофилийн промиелоцит | - | - | 3.9 |
| Нейтрофилийн миелоцит | 5 | 2 | 9.7 |
| Нейтрофилийн метамиелоцит | + | 6 | 10.9 |
| Бүх нейтрофил эс | - | - | 58.5 |
| Лимфоцит | 2 | 10 | 6.6 |

| | | | |
|--------------------------------|---|----|-----|
| Моноцит | 1 | 14 | 0 |
| Плазмоцит | - | - | 1.2 |
| Улаан эс төлжилтийн индекс | - | - | 1.0 |
| Нейтрофилийн төлжилтийн индекс | - | - | 0.7 |

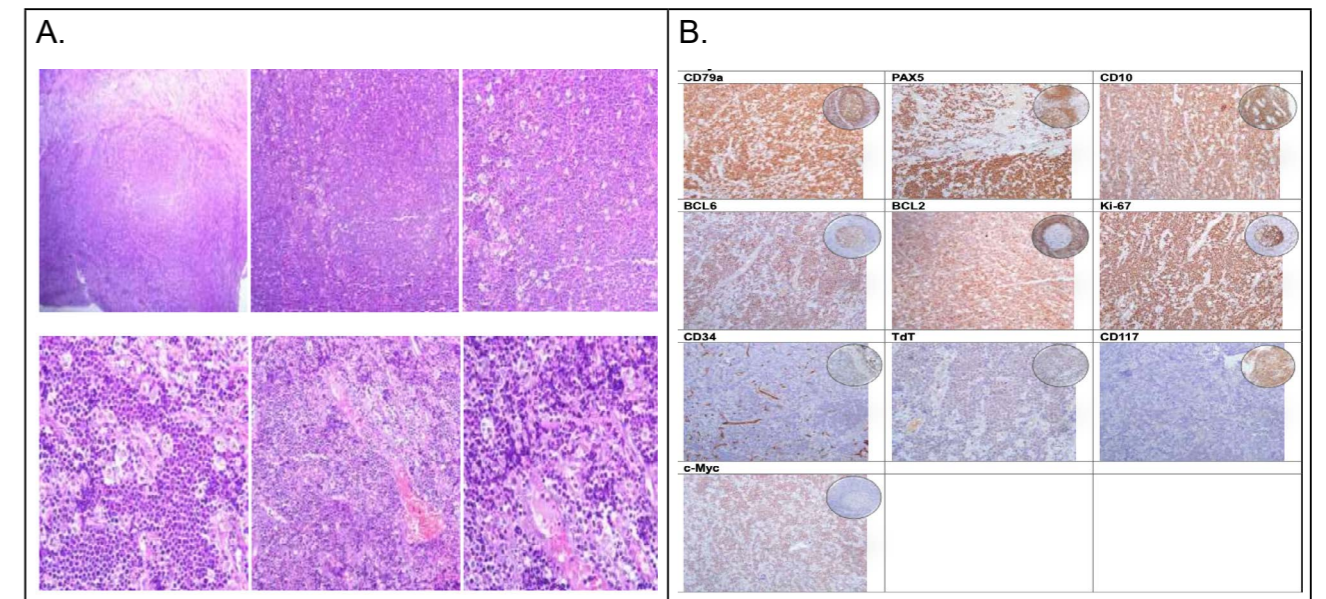
Хүснэгт 4. Шавиа чөмгөний эсийн шинжилгээ динамик өөрчлөлт



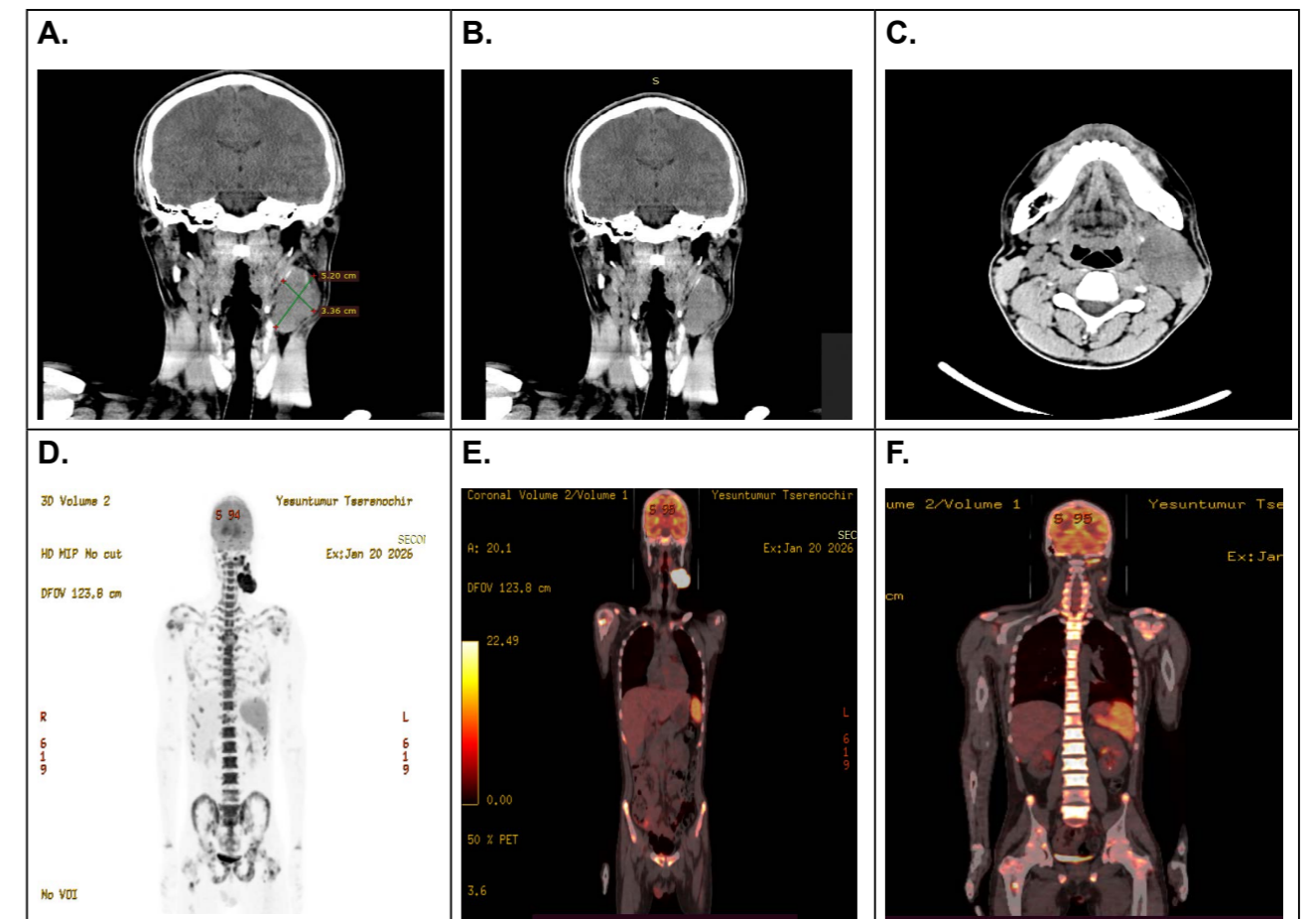
Зураг 3. Шавиа чөмгөний эсийн шинжилгээ: Гэрлийн микроскопын 40х өсгөлт А-D зургууд: Хими эмчилгээний өмнөх морфологийн өөрчлөл (янз бүрийн дундаас том хэмжээтэй эсүүд, эсийн цитоплазм хэмжээний хувьд их болон бага хэмжээтэй базофилик, цитоплазмд олон тооны өөхөн вакуоль ажиглагдана). Гэрлийн микроскопын 40х өсгөлт E-G зургууд: Хими эмчилгээний дараах морфологийн өөрчлөлт. Гэрлийн микроскопын 100х өсгөлт H зураг: Хими эмчилгээний дараах морфологийн өөрчлөлт.

| Эдийн шинжилгээ болон иммуногистохимийн шинжилгээ: | | |
|---|--|--|
| 2025/11/07 Хүзүүний зүүн талын тунгалгийн булчирхайн эдийн шинжилгээ | 2025/12/08 Хүзүүний зүүн талын тунгалгийн булчирхайн иммуногистохими | 2026/01/28 Иммуногистохимийн нэмэлт маркерийн шинжилгээ |
| Үхжилт лимфаденит, Кикучи лимфаденит | CD68: Хүчтэй эерэг CD4: Хүчтэй эерэг CD20: Хүчтэй эерэг CD3: Хүчтэй эерэг CD8: Эерэг CD30: Сөрөг ALK: Сөрөг BCL6: Сөрөг Дүгнэлт: В эсийн лимфом, Т эсээр баялаг хэлбэр | CD79a: Эерэг, тархмал. PAX5: Эерэг, тархмал. CD10: Эерэг, тархмал BCL6: Эерэг, хэсэгчилсэн (41-50%). BCL2: Эерэг, хэсэгчилсэн (patchy). Ki-67 төлжилтийн индекс: 91-100%, тархмал, хүчтэй эерэг. CD34: Сөрөг. TdT: Сөрөг. CD117: Сөрөг. c-Myc: Эерэг, >70%. Онош: Ходжкины бус лимфом: Буркитт лимфом, EBV тодорхойгүй, спорадик хэлбэр, IV үе шат - шавиа чөмөг рүү тархсан |

Хүснэгт 6. Иммуногистохимийн шинжилгээ өөрчлөлт



Зураг 4. (A) Эдийн шинжилгээний микро бичлэг. (B) Иммуногистохимийн шинжилгээний өөрчлөлт: CD79a, PAX5, CD10 тархмал эерэг; BCL6-41-50%, c-Myc >70%, Ki-67 100%, Bcl-2 хэсэгчилсэн эерэг, TdT, CD34, CD117 сөрөг



Зураг 5. (A-C) зургууд (Толгойн тодосгогчтой КТ 2025/10/15) Хүзүүний зүүн талд Sternocleidomastoid булчингийн дотор талд, зүүн талын эрүүний доорх шүлсний булчирхайн ар талын хүзүүний IIa,b бүлгийн тунгалгийн булчирхай томорсон байна. (D-F) зургууд:(PET/CT 2026/01/20): Хүзүүний II/III түвшний тунгалгийн булчирхай өндөр шингээлт авсан өөрчлөлттэй (хамгийн том 6,9*4,8 см SUV-15.3)(Deauville score 5).

БҮТЭН НУРУУНЫ MRI ДҮГНЭЛТ (2026/01/13):

Бүхэл нурууны нугалмууд, зүслэгт багтсан сүүжний яс, суудал яс болон 2 талын дунд чөмгөний ацетабулум хэсгүүдэд янз бүрийн хэлбэртэй, ойролцоогоор 0,4-2,4см хэмжээтэй T1 горимд гипо интенс, T2 горимд болон 12-fat sat горимуудад гипер интенс дохионы эрчим бүхий голомтот өөрчлөлтүүдтэй.

Онош: Шавиа чөмгийг хамарсан Ходжкины бус Буркитт лимфом, Анн Арбор IV үе шат, BL-IP1-3, ECOG-2, Karnofsky 80%, EBV эерэг

*****(BL-IP1-3: оноотой бол ерөнхий амьдрах чадвар 55%, сэдэрлгүй амьдрах чадвар 57%)**

Ялгах онош: БЛ-ыг хэвлийн хөндийн эрхтэн болон нүүрний хэсгийн хавдар, халдвар бусад төрлийн Ходжкины бус лимфомаас ялган оношилно. Ялган оношилгоо хийхэд нэмэлтээр иммуногистохимийн bcl-2, bcl-6, c-Мус, төлжилтийн индекс Ki-67 тодорхойлох нь оношилгооны хувьд өндөр ач холбогдолтой.¹

- **Хоёрдогч лимфаденит:** Вирус, бактери, сүрьеэ, токсоплазм, тэмбүүгийн халдвар, SLE, RA, саркойдоз, хавдар болон хадрын үсэрхийлэл, г.м
- **Том В эсийн нэвчмэл лимфом** нь насны хувьд ахимаг насанд, гистологийн хувьд том, базофилик цитоплазмтай, нэвчмэл, ихэвчлэн В эсийн гадаргуу дээр илэрдэг иммунофенотипийн өөрчлөлттэй, bcl-2 эерэг, Ki-67 <90% байна. МҮС нь БЛ дангаараа оношилгооны ач холбогдол бага учир нь 10% -д том В эсийн нэвчмэл лимфомын үед илэрнэ. (CD19, CD20, CD22, CD79a)^{1,5}
- **Урьдал Т-эсийн лимфобластик лейкеми/лимфом** нь морфологийн хувьд БЛ төстэй харагдах боловч дундаж хэмжээтэй зууван бөөмтэй, цитоплазм ихтэй, TdT болон Т-эсийн гадаргуугийн болон цитоплазмын фенотипын өөрчлөлт илүү илэрнэ.¹
- **В эсийн цочмог лимфобластын лейкеми/лимфом** эсийн хэмжээгээр БЛ ижил төстэй ч хроматины хувьд нарийн, иммуногистохими болон урсгал эс тоолуурын аргаар CD34, TdT илэрнэ.⁵
- **Өндөр идэвхжилт В эсийн лимфом** нь БЛ болон том В эсийн нэвчмэл лимфомын морфологийн хувьд завсрын хэлбэр бөгөөд bcl-2, bcl-6, МҮС гений өөрчлөлт хамт илэрнэ.⁵

ЭРСДЭЛИЙН ҮНЭЛГЭЭ:

| Тавилангийн үзүүлэлт | Оноо |
|--|--------------------|
| 1. Нас > 40 | 0 |
| 2. Сийвэнгийн ЛДГ >3х (хэвийн дээд хэмжээ) | 1 |
| 3. ECOG үнэлгээ > 2 | 1 |
| 4. Төв мэдрэлийн тогтолцоог хамарсан эсэх | 0 |
| Эрсдэл ба сэдэрлгүй амьдрах чадвар | |
| Бага эрсдэлтэй (0 оноо) | 3 жилд (PFS) ~ 92% |
| Дунд эрсдэлтэй (1 оноо) | 3 жилд (PFS) ~ 72% |
| Өндөр эрсдэлтэй (>2 оноо) ^{***} | 3 жилд (PFS) ~ 53% |

Хүснэгт 7. Эрсдэлийн үнэлгээ ба амьдрах чадварын тооцоолол (**Эмнэлзүйн тохиолдолд нь өндөр эрсдэлтэй)

ЭМЧИЛГЭЭ:

Эрсдэлийн үнэлгээгээр өндөр эрсдэлтэй байсан тул National Comprehensive Cancer Network® (NCCN) болон Uptodate удирдамжийн дагуу эмчилгээг R-HyperCVAD+CNS prophylaxis протоколоор биеийн гадаргууд тооцон (BSA=1.61m²) хими эмчилгээ эхлүүлсэн.^{10,11}

| Drug (Cycle A) | Dose | Route | Day |
|------------------|-----------------------------------|-------------|--|
| Dexamethasone | 40 mg ONCE a day | IV/PO | 1 to 4 and 11 to 14 |
| Rituximab | 375 mg/m ² | IV infusion | 1 |
| Mesna | 600 mg/m ² * | IV infusion | 1 to 3 |
| CYCLOPHOSPHamide | 300 mg/m ² TWICE a day | IV infusion | 1 to 3 |
| Methotrexate *** | 12 mg | Intrathecal | 2 |
| DOXOrubicin | 50 mg/m ² | IV | 4 |
| vinCRISTine | 2 mg | IV infusion | 4 and 11 |
| Filgrastim | 10 micrograms/kg | Subcut | 5 and continue daily until neutrophil recovery |

| Drug (Cycle B) | Dose | Route | Day |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------|--|
| Cytarabine (Ara-C) *** | 100 mg | Intrathecal | 8 |
| Methylprednisolone sodium succinate | 50 mg TWICE a day | IV infusion | 1 to 3 |
| Rituximab | 375 mg/m ² | IV infusion | 1 |
| Methotrexate | 200 mg/m ² | IV infusion | 1 |
| Methotrexate | 800 mg/m ² over 22 hours | IV infusion | 1 |
| Calcium folinate (Leucovorin) | 15 mg/m ² every 6 hours ** | IV infusion | 2 |
| Cytarabine (Ara-C) | 3,000 mg/m ² TWICE a day | IV infusion | 2 and 3 |
| Methotrexate *** | 12 mg | Intrathecal | 2 |
| Filgrastim | 10 micrograms/kg | Subcut | 4 and continue daily until neutrophil recovery |
| Cytarabine (Ara-C) *** | 100 mg | Intrathecal | 8 |
| Drug (further cycle) | Dose | Route | Day |
| Prednisolone**** | 200 mg ONCE a day | PO | 1 to 5 |
| mercaptopURine**** | 50 mg THREE times a day | PO | 1 to 28 |
| Methotrexate**** | 20 mg/m ² ONCE a week | PO | 1, 8, 15, 22 |
| vinCRISTine**** | 2 mg | IV infusion | 1 |

*Mesna-г cyclophosphamide хийж буй өдөр бүр давтан хэрэглэнэ. Мөн Mesna-ийн нийт тунг cyclophosphamide-ийн өдрийн тунгийн 1.0-1.5 дахин хэмжээтэй байхаар тохируулах ба 1 цагийн өмнө эхлүүлнэ.

** Leucovorin-ыг Метотрексатын түвшин 0.1 микромоль/л-ээс бага болтол 6 цаг тутамд судсанд тарина. Метотрексатыг эхлүүлснээс хойш 36 цагийн дараа эхлүүлнэ.

*** Нугасаар (IT) эмчилгээний нийт тоо нь өвчтөний эрсдэлийн ангиллаас хамаарна. Энэхүү тохиолдолд "Эрсдэл өндөр" тул эмчилгээний цикл болгонд нугасаар CNS урьдчилан сэргийлэх эмчилгээг хийнэ. (өөрөөр хэлбэл, А болон В 1-4-р цикл дээр IT эмчилгээ хийнэ).

**** Барих эмчилгээг (maintenance therapy) 8 цикл эмчилгээний дараа 2 жил буюу 24 сарын турш 28 хоног тутамд хийнэ.

А болон В цикл эмчилгээг 21 хоногийн зайтай 8 удаа удаа хийнэ.

Хүснэгт 8. Эмчилгээний протокол Хими+ Бай эмчилгээ (Ритуксимаб 375 mg/m²)

ХЭЛЦЭМЖ:

БЛ нь давшингуй явцтай Ходжкины бус В эсийн лимфом юм. Насанд хүрэгчдэд харьцангуй ховор тохиолддог боловч хожуу оношлогдох нь эмнэлзүйн явц хүнд, амь насанд аюултай хавдар юм.

Энэхүү тохиолдолд анх тунгалгийн булчирхайн эдийн шинжилгээгээр үхжилт лимфаденит (Кикучи лимфаденит) гэж оношлогдсон нь БЛ-ын оношилгооны хүндрэлтэй байдлыг харуулж байна. Кикучи лимфаденит нь ихэвчлэн залуу хүмүүст тохиолддог, өөрөө аяндаа эдгэрэх явцтай өвчин боловч морфологийн хувьд зарим тохиолдолд лимфомтой төстэй харагддаг тул дан ганц гистологийн үнэлгээнд тулгуурлах нь алдаа гаргах эрсдэлийг нэмэгдүүлдэг. Тухайн өвчтөнд клиник шинж тэмдэг хурдан сэдэрч, тунгалгийн булчирхай богино хугацаанд томорч, өвдөлт нэмэгдсэн нь дахин нарийвчилсан иммуногистохимийн шинжилгээ хийх зайлшгүй шаардлагыг бий болгосон.

Имуногистохимийн шинжилгээгээр CD79a, PAX5, CD10, Bcl-6 эерэг, Ki-67 төлжилтийн индекс 91-100% байгааг тогтоосон нь БЛ-ын сонгодог иммунофенотиптэй нийцэж байна. Мөн c-Мус >70% эерэг илэрсэн нь эсийн өндөр үржил, өвчний түргэн явцтай холбоотой чухал үзүүлэлт болдог. Харин TdT, CD34, CD117 сөрөг байсан нь лимфобластик лейкеми/лимфомаас ялган оношлох үндсэн шалгуур болж өгсөн.

Шавиа чөмөгт бласт эсийн эзлэх хувь 80% хүрч байсан нь Анн Арборын IV үе шаттай илтгэж, үүнтэй уялдан ЛДГ-ийн түвшин огцом ихэссэн, ECOG үнэлгээ 2 байсан нь BL-IP1 оноогоор өндөр

эрсдэлтэй ангилагдсан. Ийм тохиолдолд NCCN болон UpToDate удирдамжийн дагуу богино хугацаанд өндөр тунт, олон эмийн хослол бүхий хими эмчилгээг хийх нь амьдрах чадварыг сайжруулах үндсэн стратеги болдог.

Энэхүү өвчтөнд R-HyperCVAD+CNS prophylaxis эмчилгээг хийснээр хавдрын хэмжээ богино хугацаанд мэдэгдэхүйц багасаж, шавиа чөмгөний бластын хувь 80%-иас 1.6% хүртэл буурсан нь эмчилгээний өндөр үр дүнг харуулж байна. CD20 маркер хүчтэй илэрдэг БЛ-ын үед ритуксимабыг хими эмчилгээнд нэмэх нь нийт амьдрах чадвар болон сэдрэлгүй амьдрах хугацааг нэмэгдүүлдэг нь олон судалгаагаар батлагдсан бөгөөд уг тохиолдолд ч эмчилгээ үр дүн сайн байсан.

Түүнчлэн Монгол Улсад хавдрын оношилгоонд молекул генетикийн өөрчлөлтийг тодорхойлох шаардлагатай тулгарч байна. Иммуногистохимийн шинжилгээгээр онош баталгаажсан хэдий ч генетикийн түвшний баталгаажуулалт нь оношилгооны нарийвчлал, эмчилгээний стратеги тодорхойлоход чухал ач холбогдолтой.

ДҮГНЭЛТ:

Ходжины бус БЛ нь насанд хүрэгчдэд харьцангуй ховор тохиолддог боловч давшингуй явцтай бөгөөд эрт оношлогдоогүй тохиолдолд амь насанд аюултай хавдар юм. Иймд шинжилгээ болон эмчилгээг зөв, оновчтой төлөвлөх нь чухал ач холбогдолтой.

Ходжины бус БЛ-ыг эрсдэлийн үнэлгээнд тулгуурласан, олон эмийн хослол бүхий богино хугацааны хими эмчилгээ болон бай эмчилгээг хавсруулан хэрэглэх нь үр дүнтэй байна.

Цаашид Монгол Улсад хавдрын оношилгоонд иммуногистохими болон молекул-генетикийн шинжилгээг стандарт түвшинд нэвтрүүлэх нь оношилгоо, эмчилгээний чанар, хүртээмжийг сайжруулах, хувь хүнд тохирсон эмчилгээг төлөвлөх, өвчтөний амьдралын чанарыг нэмэгдүүлэхэд чухал ач холбогдолтой.

НОМ ЗҮЙ:

1. UpToDate. Uptodate.com. Accessed February 5, 2026. https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-pathologic-features-and-diagnosis-of-burkitt-lymphoma?search=burkitt%20lymphoma&source=search_result&selectedTitle=1~64&usage_type=default&display_rank=1
2. Freitas R de A, Veras Barros SSL, Quinderé LB. Oral Burkitt's lymphoma--case report. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2008;74(3):458-461. doi:10.1016/s1808-8694(15)30583-8
3. Khan A, Al-Jaddir G, Maynard J, et al. Oral manifestations of Burkitt's Lymphoma - Literature review and case report of Burkitt's lymphoma in a 5 years old female. *Pediatr Dent J.* 2025;35(1):100338. doi:10.1016/j.pdj.2024.100338
4. Roschewski M, Staudt LM, Wilson WH. Burkitt's lymphoma. *N Engl J Med.* 2022;387(12):1111-1122. doi:10.1056/NEJMra2025746
5. Naing PT, Kaur A, Lynch DT. Burkitt lymphoma. In: *StatPearls.* StatPearls Publishing; 2025.
6. Primary epidural sporadic Burkitt lymphoma in a 3-year-old: Case report and literature review. *Surgical Neurology International.* Accessed February 5, 2026. <https://surgicalneurologyint.com/surgicalint-articles/primary-epidural-sporadic-burkitt-lymphoma-in-a-3-year-old-case-report-and-literature-review/>
7. Vargas Flores E, Avitia Raygoza CL, Hernández Castañeda D, Sánchez Garza JA, Quintana Cortéz JC. Sporadic Burkitt lymphoma: A case report. *Hosp Pr Res.* 2019;4(1):42-44. doi:10.15171/hpr.2019.07
8. Ohashi N, Iwai T, Nakamori Y, et al. Sporadic Burkitt lymphoma initially presented as orofacial manifestations in an 8-year-old boy: A case report and mini-review. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol.* 2021;33(2):204-210. doi:10.1016/j.ajoms.2020.08.008
9. Alaggio R, Amador C, Anagnostopoulos I, et al. The 5th edition of the World Health Organization Classification of Haematolymphoid Tumours: Lymphoid neoplasms. *Leukemia.* 2022;36(7):1720-1748. doi:10.1038/s41375-022-01620-2
10. Nccn.org. Accessed February 5, 2026. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/b-cell.pdf
11. UpToDate. Uptodate.com. Accessed February 5, 2026. https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-burkitt-leukemia-lymphoma-in-adults?search=burkitt%20lymphoma&source=search_result&selectedTitle=2~64&usage_type=default&display_rank=2

3.3 ХҮҮХДИЙН ГАВЛЫН СУУРЬ ЯСНЫ АНХДАГЧ РАБДОМИОСАРКОМА

О.Энхээ¹, Ш.Айну¹, Б.Болорсайхан², Т.Хишигдэлгэр², Э.Дулам³,
Б.Жавхлан¹, Г.Тэмүүлэн¹, Ц.Батчимэ²

¹Эмгэг судлалын үндэсний төв, НХЭСТ

²Эх хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төв, ЧХХМЗТ, ЦЭХСТ

³Улсын гуравдугаар төв эмнэлэг, ММЗТ,

ТОВЧ ХУРААНГУЙ ҮНДЭСЛЭЛ:

Рабдомиосаркома нь хүүхдэд тохиолдох зөөлөн эдийн хорт хавдар бөгөөд гавлын суурь яс орчмыг хамарсан байрлал маш ховор байдаг. Энэ байрлалын онцлог, мөн дүрс оношилгооны үзүүлэлтүүд нь ясны бусад эмгэгүүдтэй төстэй харагддаг тул ялган оношлоход ихээхэн хүндрэлтэй байдаг.

ТОХИОЛДОЛ:

Бид баруун чихнээс нь 2 сарын турш ялгадас гарч, эмийн эмчилгээнд үр дүнгүй байсан 5 настай хүүхдэд соронзон үелзүүрт томографийн шинжилгээгээр суурь яс, чамархайн яс, мастоид хөндий, Мекелийн хөндий болон бага тархи гүүрийн буланг хамарсан, тодосгогч бодист сайн тодролтой, ясны эвдрэлтэт өөрчлөлт бүхий хавдар илэрч эдийн шинжилгээгээр рабдомиосаркома оношлогдсон ховор тохиолдлыг танилцуулж байна. Иммуногистохимийн шинжилгээгээр хавдрын эсүүд Desmin болон Myogenin маркеруудад эерэг будагдсан, Ki-67 үржлийн индекс 70–80%-тай байсан нь энэ хавдрыг оношлох өвөрмөц шинжүүд юм. Олон салбарын эмч нарын болон алсын зайн гадаад зөвлөгөөний үндсэн дээр “үр хөврөлийн рабдомиосаркома” гэсэн эцсийн онош батлагдсан.

ДҮГНЭЛТ:

Энэ тохиолдол нь хүүхдэд ховор тохиолддог гавлын суурийн байрлалтай хавдруудыг ялган оношлоход эдийн шинжилгээ мөн иммуногистохимийн шинжилгээ чухал ач холбогдолтой болохыг онцлон харуулж байна.

УДИРТГАЛ

Рабдомиосаркома нь хүүхдэд тохиолдох зөөлөн эдийн хорт хавдруудын ойролцоогоор 5%-ийг эзэлдэг¹. Рабдомиосаркомын гуравны хоёр нь амьдралын эхний арван жилд тохиолддог бөгөөд эрэгтэй хүүхдүүд болон Кавказ гаралтай хүүхдүүдэд илүүтэй оношлогддог. Энэхүү хавдар нь ихэвчлэн толгой, хүзүү, шээс бэлгийн зам болон мөчдөд үүсдэг^{2,8}. Хэдийгээр толгой ба хүзүүний бүс нь рабдомиосаркомын нийтлэг тохиолдох байрлал боловч гавлын суурь ясанд анхдагчаар үүсч чамархайн ясны чулуулаг ялтастыг хамрах нь туйлын ховор бөгөөд нийт тохиолдлын ердөө 8–10%-г эзэлдэг³. Өвчин анх чамархай орчим өвдөлтгүйгээр хавдах, нус гоожих, синусит, дунд чихний үрэвслийн шинжүүд мөн гавал тархины мэдрэлийн үйл ажиллагааны алдагдал зэрэг шинжээр эхлэх ба эдгээр нь чих хамар хоолойн хоргүй эмгэгүүдийн шинж тэмдгүүдтэй төстэй байдаг тул буруу эсвэл хожимдож оношлох шалтгаан болдог⁴.

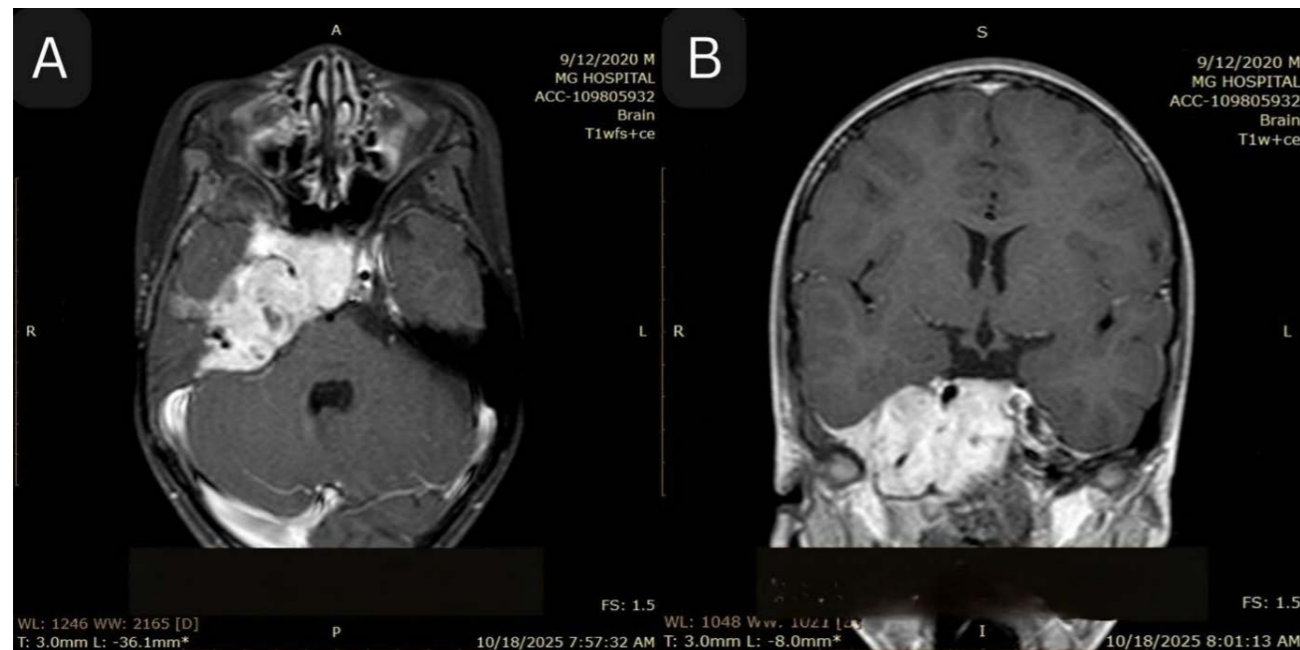
Гавлын суурь ясны байрлал болоод хавдрын эвдрэлтэт ургалтын шинж чанар нь дүрс оношилгооны шинжилгээгээр хордома, хондросаркома, лимфома, параганглиоматай маш төстэй харагддаг тул хагалгааны өмнөх оношийг зөв тогтооход хүндрэлтэй байдаг⁵. Тиймээс эдийн шинжилгээг иммуногистохимийн шинжилгээтэй хавсруулан хийх нь эцсийн оношийг батлахад зайлшгүй шаардлагатай байдаг.

Бид 5 настай хүүхдийн гавлын суурь ясны ховор тохиолдох үр хөврөлийн рабдомиосаркома хорт хавдрыг эдийн болон иммуногистохимийн шинжилгээгээр оношилж, эмнэлзүй эмгэг судлалын шинжилгээнүүдийн үзүүлэлтүүдийг хооронд нь харьцуулах, ялган оношилгоо хийхийн ач холбогдолтой талыг онцлон харуулахыг зорилоо.

ТОХИОЛДЛЫН ТАНИЛЦУУЛГА

2025 оны 08-р сарын сүүлээс эхлэн баруун чихнээс ялгадас гарсан гэсэн зовууртай 5 настай эрэгтэй хүүхэд ЭХЭМҮТ-ийн чих хамар хоолойн мэс заслын тасагт үзүүлэн эмийн эмчилгээ 2 сарын турш хийлгэсэн боловч үр дүнгүй баруун чихээр өвдөх, үе үе толгой нь өвдөх зовуур

нэмэгдсэн. Мэдрэлийн тогтолцооны үзлэгээр ямар нэгэн өөрчлөлт илрээгүй боловч эмнэлзүйн сайжрал өгөөгүй тул толгойн соронзон үелзүүрт томографийн (СҮТ) шинжилгээ хийлгэсэн.



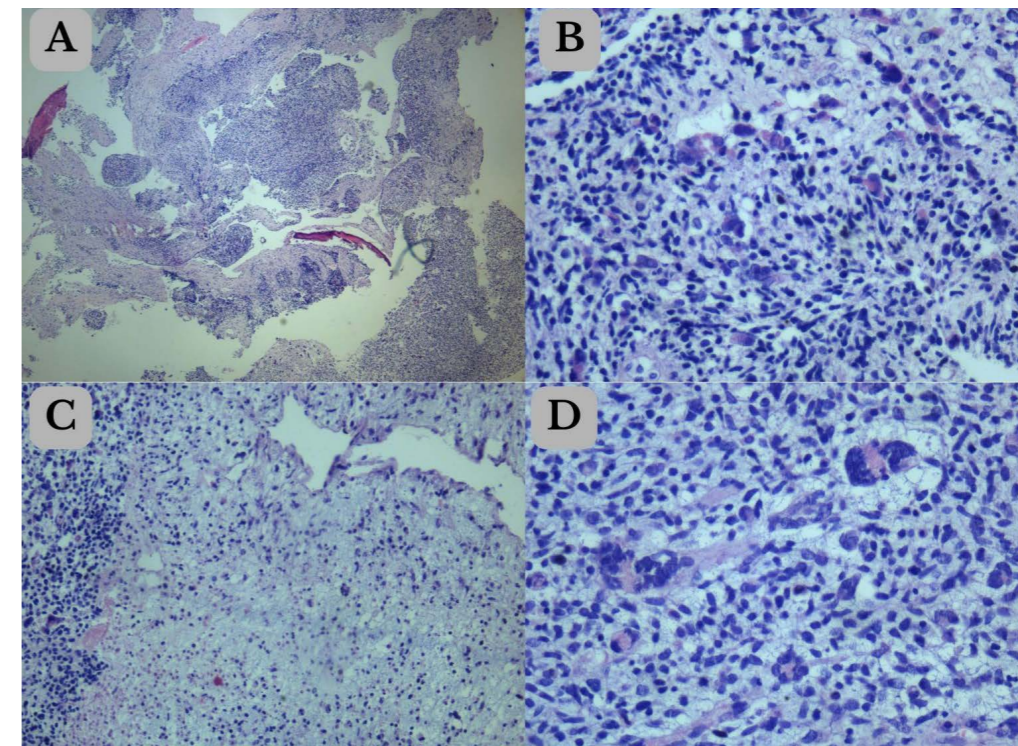
Зураг 1. Гавлын суурь ясны томоохон хэмжээний эвдрэлтэт өөрчлөлт бүхий голомтыг харуулсан тодосгогчтой толгойн СҮТ-ийн шинжилгээ

(А) Аксиаль T1- тодосгогчтой зураг: Суурь ясны болон баруун чамархайн ясны чулуулгийн ялтасны төвд байрлалтай, тодосгогч бодисыг ихээр хуримтлуулсан зөөлөн эдийн хавдар харагдаж байна. Хавдар нь бага тархи гүүрийн буланлуу түрж ороод, хөхлөг сэртэнгийн хөндийг эвдэж гэмтээсэн байна.

(В) Корональ T1-тодосгогчтой зураг: Суурь яс болон түүний эргэн тойрны бүтцийг хамарсан, нэвчилтэт голомтот өөрчлөлтийн дээд ба доод хүрээ харагдаж байна.

СҮТ-ийн шинжилгээгээр гавлын суурь ясны төв хэсэгт байрлалтай, суурь яс, баруун чамархайн ясны чулуулгийн ялтас, хөхлөг сэртэнгийн хөндий, Меккелийн хөндийг хамарсан, бага тархи гүүрийн буланлуу түрж орсон, ясны бүтцийг эвдэж гэмтээсэн үүсгэвэр голомт тодорхойлогдов. Уг голомт нь T1 зураг дээр тархины эдтэй ижил нягтралтай, T2 зураг дээр өндөр нягтралтай харагдаж байсан бөгөөд тодосгогч бодисыг ихээр шингээсэн байв. Голомтын хамгийн их хэмжээ нь аксиаль T1+ зүслэгт 5.5x5.1см, корональ зүслэгт 5.7x3.6см хэмжээтэй байв (Зураг 1). Дүрс оношилгооны эдгээр өөрчлөлтүүд нь хордома болон параганглиомын үед нилээд элбэг тохиолдох зураглал юм.

Дүрс оношилгооны дээрх шинжилгээний дүгнэлтэд тулгуурлан хүүхдэд 2025 оны 10-р сарын 29-нд Улсын гуравдугаар төв эмнэлгийн мэдрэлийн мэс заслын тасагт оношилгоо, эмчилгээний зорилгоор хавдрыг хэсэгчлэн авах мэс засал хийж тайрагдсан эдийг Эмгэг судлалын үндэсний төвийн лавлагаа лабораторит эдийн шинжилгээ хийлгэхээр илгээсэн. Ирүүлсэн эд нь 2см³ хэмжээтэй, цайвар шаргал өнгөтэй, тархины эд шиг зөөлөн, бутрамхай байсан бөгөөд эдийн дамжлагаар оруулж гистологийн үндсэн будгийн арга болох хематоксилин, эозин будгаар будаж Olympus CX23 гэрлийн микроскопоор харж оношилсон.



Зураг 2. Гавлын суурь ясны рабдомиосаркома хорт хавдрын микро шинжүүд.

(А) Бага өсгөлтөөр: Эсжилт эрс их, жижиг дугуй болон зууван хэлбэрийн бөөмтэй хортой хавдрын эсүүдийн нэвчдэс харагдаж байна. Эсийн бөөгнөрөл нь зарим хэсэгтээ нягт, зарим хэсэгтээ сийрэг байдлаар 2 үет бүтэцтэй (ХЭ, х40).

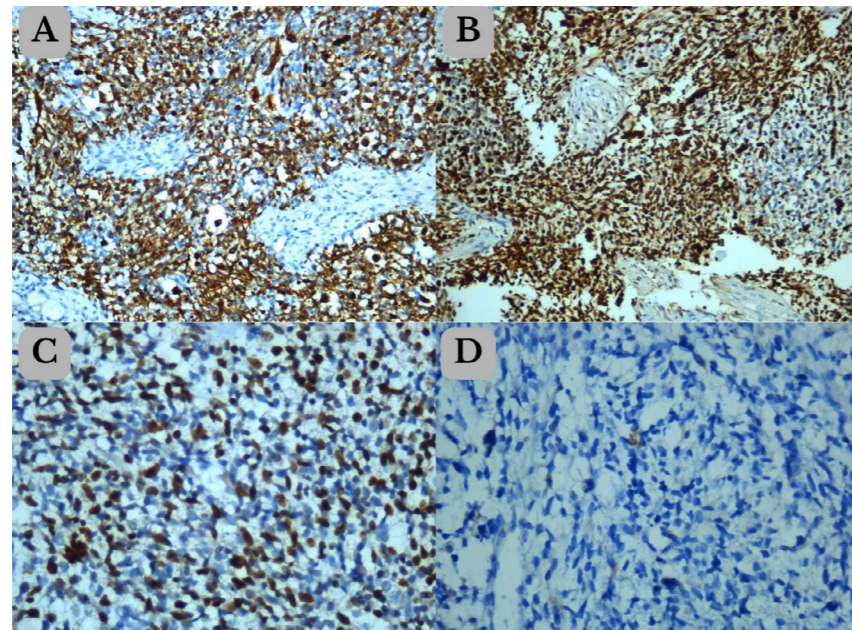
(В) Дунд өсгөлтөөр: Хэт тод будагдсан бөөм бүхий дугуй болон ээрүүл хэлбэрийн эсүүд гажигшилтай хортой хавдрын эсүүд харагдаж байна (ХЭ, х200).

(С) Үхжил бүхий хэсгүүд: Хавдрын эсийн үхжил болон тодорхой хил хязгаар бүхий хорт хавдрын үхжилийн бүсүүд ажиглагдаж байна (ХЭ, х40).

(D) Өндөр өсгөлтөөр: Эсийн хэлбэр хэмжээ илт өөрчлөгдсөн, эмгэг митоз буюу эсийн хуваагдал идэвхтэй явагдаж буй хортой хавдрын эсүүд болон зарим тохиолдолд олон бөөмт аварга эсүүд байна (ХЭ, х40).

Микроскопит сул фибромиксоид дэвсгэр дээр жигд бус үүр маягаар байрласан, жижиг дугуйгаас зууван хэлбэрийн бөөмтэй эсжилт эрс ихэссэн хортой хавдрын нэвчдэс харагдана. Хортой хавдрын эсүүд нь хэт тод будагдсан, дугуй зууван бөөмтэй, сийрэг тархмал хроматинтай, харагдахуйц бөөмхөнтэй, бүдэг ягаан сийвэнтэй байна. Рабдомиобластаас ялгаран хөгжсөн эсийн хэсгүүд голомтлог байдлаар илэрсэн. Митоз хуваагдлын идэвх маш өндөр (өндөр өсгөлтийн 10 харах талбайд >20) байсан бөгөөд эмгэг митоз, их хэмжээний хавдрын үхжилийн зураглал харагдсан (Зураг 2).

Имуногистохимийн Desmin маркер хорт хавдрын эсүүд сийвэнгийн будагдтал өгсөн, харин Myogenin маркер бөөмийн тод будагдалт өгсөн. Ki-67 үржлийн индекс 70–80% буюу маш өндөр идэхитэй байв. Хортой хавдрын эсүүд GFAP, CD45, Chromogranin, CD34 маркеруудад будагдаагүй (Зураг 3). Эдгээр шинжүүд нь үр хөврөлийн рабдомиосаркома хавдрын өвөрмөц будагдалт бөгөөд оношийг бүрэн нотолж байна.



Зураг 3. Рабдомиосаркома хавдрын эсүүдийн иммуногистохимийн шинжилгээний үр дүн.

A) Desmin маркер хавдрын эсийн сийвэн будсан байдал. **(B) Myogenin маркер** хавдрын эсийн бөөмийг тод жигд тархмал будсан байгаа нь рабдомиобластын ялгаран хөгжил байгааг илтгэнэ. **(C) Ki-67** үржлийн индекс маш өндөр, хавдрын эсүүд идэвхтэй олширч байгааг харуулна. **(D) GFAP маркер** сөрөг будагдсан нь тухайн хавдар глиал бус гаралтайг харуулж байна.

Уг тохиолдлын эдийн болон иммуногистохимийн шинжилгээний үр дүнг хэлэлцэх, оношийг эцэслэн баталгаажуулах зорилгоор алсын зайн гадаад зөвлөгөө авах флатформ Case Ю (Европ)-г ашиглан эмгэг судлалын профессор Диетмар Күнзээс (Dietmar Kunz) зөвлөгөө авахад бидний онош дүгнэлттэй тохирсон. Ийнхүү эмнэлзүй, дүрс оношилгоо, эдийн болон иммуногистохимийн шинжилгээнүүдийн нэгдсэн үзүүлэлтээр энэ тохиолдлын оношийг гавлын суурь ясны рабдомиосаркома хортой хавдар гэж эцэслэн шийдвэрлэсэн.

Онош батлагдсаны дараа ЭХЭМҮТ-н цусны эмгэг, хавдар судлалын тасагт тухайн хүүхдэд рабдомиосаркомын өвөрмөц хими эмчилгээ 3 курс төлөвлөснөөс одоогоор 2 курс нь бүрэн хийгдээд байна. Химийн эмчилгээ дууссаны дараа эмчилгээний үр дүнг үнэлэх зорилгоор толгойн СҮТ-н шинжилгээг давтан хийхээр төлөвлөсөн. Хэрэв хавдрын хэмжээ хангалттай багасахгүй бол химийн эмчилгээний тунг нэмэгдүүлэх, туяа эмчилгээ хийх эсвэл хавдрын голомтыг дахин мэс заслын аргаар хэсэгчлэн авах зэрэг дараагийн шатны эмчилгээний хувилбаруудыг төлөвлөж байна.

ХЭЛЦЭМЖ

Үр хөврөлийн рабдомиосаркома нь ихэвчлэн 10-аас доош насны хүүхдүүдэд тохиолддог бөгөөд толгой, хүзүүний бүсэд байрлах хандлагатай байдаг. Гэсэн хэдий ч гавлын суурь яс, ялангуяа суурь яс болон чамархайн ясны чулуулгийн ялтсыг хамрах нь ховор тохиолдол юм². Бидний тохиолдолд өвчин анх дунд чихний архаг үрэвслийн шинжээр илэрч байсан нь хавдар эрт үедээ чамархайн яс болон хөхлөг сэртэн рүү нэвчсэн байж болохыг харуулж байна. Толгойн СҮТ-н шинжилгээгээр хавдрын голомт Т1 горимд тархины эдтэй ижил, Т2 горимд өндөр нягтралтай, тодосгогч бодисыг сайн хуримтлуулж байсан. Эдгээр шинжүүд нь гавлын суурь ясны бусад хавдрууд, ялангуяа хүүхэд насанд тохиолдох суурь ясыг хамардаг хамгийн түгээмэл хавдар болох хордоматай андуурагддаг⁵. Түүнчлэн, тодосгогч бодис хуримтлуулах хэлбэр болон гавлын суурь ясны байрлалаас нь шалтгаалан параганглиома байх магадлалыг ялган оношилгоонд тусгасан. Хэдийгээр толгойн СҮТ-н шинжилгээнд гавлын суурь ясны хавдар болон тодосгогч бодис хуримтлуулж байгаа байдал дээр үндэслэн хордома эсвэл параганглиома байх магадлалтайг харуулж байсан ч, хистопатологи болон иммунофенотипийн шинж нь үр хөврөлийн рабдомиосаркома болохыг эцэслэн тогтоосон. Эд эсийн шинжилгээгээр хордомын шинж болох physaliphorous эсүүд илрээгүй мөн хүчүүрын болон мэдрэл дотоод шүүрлийн маркерууд сөрөг, эсийн хуваагдлын индекс маш өндөр байсан зэрэг нь дүрс оношилгооны үрьдчилсан таамаглалуудыг үгүйсгэхэд дөхөм болсон.

Рабдомиосаркома нь хистологийн хувьд үр хөврөлийн, цулцангийн, ээрүүл эст болон ялгаран хөгжөөгүй гэсэн үндсэн дөрвөн дэд хэв шинжид хуваагддаг. Үүнээс үр хөврөлийн дэд хэвшинж нь хамгийн түгээмэл тохиолддог бөгөөд амьдрах тавилангийн хувьд бусад хэвшинжтэйгээ харьцуулахад хамгийн таатай нь байдаг. Хистологийн бүтцийн хувьд үр хөврөлийн рабдомиосаркома нь миксоид дэвсгэр дээр сийрэг болон нягт байрласан 2 үелбэрт, жижиг дугуй болон ээрүүл хэлбэрийн эсүүдээс тогтдог бөгөөд эсийн хуваагдал маш идэвхтэй явагдаж, хавдрын үхжилийн бүсүүд үүсгэдэг⁶. Рабдомиосаркомыг ялган оношлохын тулд иммуногистохимийн шинжилгээг зайлшгүй хийх шаардлагатай. MyoD (MYF3) болон myogenin (MYF4) зэрэг бөөмийн миоген транскрипцийн хүчин зүйлүүд нь хөндлөн судалт булчингийн эс үүсэх үйл явцын сийвэн бүрэлдэхээс өмнө үүсдэг маш мэдрэг маркерууд юм. Үүнд хөндлөн судалт булчин, миолин-рибосомын бүрдэл мөн миоглобин болон булчингийн өвөрмөц актин зэрэг эцсийн ялгарлын маркерууд багтана⁷. Гэсэн хэдий ч эдгээр маркерууд нь дангаараа рабдомиосаркомыг Вильмсийн хавдар, карциносарком, Сертоли-Лейдигийн эсийн хавдар эсвэл захын мэдрэлийн бүрхүүлийн хорт хавдар зэрэг булчингийн ялгарал үзүүлж болох бусад хавдруудаас найдвартай ялган оношлоход учир дутагдалтай. Тиймээс эсийн бүтэц, хавдрын биомаркер болон эмнэлзүйн нөхцөл байдлыг уялдуулан үзэх шаардлагатай². Бидний тохиолдолд рабдомиосаркомын микро үндсэн шинжүүд илэрснээс гадна хавдрын эсийн бөөм иммуногистохимийн Myogenin маркер тархмал эерэг будагдсан болон Desmin маркер сийвэнгийн эерэг будагдалт өгсөн мөн Ki-67 үржлийн индексийн маш өндөр үзүүлэлттэй байгаа зэрэг нь оношийг хөдөлбөргүй баталж байна. Харин GFAP, CD45, CD34 болон chromogranin зэрэг маркерууд сөрөг гарсан нь дүрс оношилгооны хувьд адил төстэй хордома, лимфома, судасны гаралтай хавдар болон мэдрэл дотоод шүүрлийн хавдруудыг үгүйсгэж ялган оношлох боломжийг олгосон юм.

Энэхүү тохиолдол нь олон салбарын эмч нарын хамтын ажиллагаа болон хүүхдийн ховор тохиолдох хавдрын үед эдийн болон иммуногистохимийн хэд хэдэн маркерын хослолыг үзэх, оношийг давтан хэлэлцэх, баталгаажуулахын тулд алсын зайн гадаад зөвлөгөө авах зэрэг нь асар чухал ач холбогдолтой болохыг харуулж байна. Ийнхүү өвчнийг эрт үед нь оношилж, хавсарсан эмчилгээг цаг алдалгүй эхлүүлэх нь эмчилгээний үр дүнг сайжруулах, шийдвэрлэх, тавиланд нөлөөлөх чухал ач холбогдолтой.

ДҮГНЭЛТ

Гавлын суурь ясны үр хөврөлийн рабдомиосаркома нь дүрс оношилгооны шинжилгээнд ясны бусад төрлийн голомтот эмгэгүүдтэй андуурагддаг хүүхдэд тохиолддог зөөлөн эдийн хортой хавдар юм. Эдийн болон иммуногистохимийн шинжилгээг хавсарсан хийх нь оношилгооны «алтан стандарт» болно. Оношийг үнэн зөв тогтоох, тохирсон эмчилгээг төлөвлөхөд олон салбарын эмч нарын хамтарсан үзлэг, дүгнэлт болон алсын зайн зөвлөгөөн хийх нь нэн чухал ач холбогдолтой юм.

НОМЗҮЙ

1. Leiner, J., & Le Loarer, F. (2020). The current landscape of rhabdomyosarcomas: an update. *Virchows Archiv*, 476(1), 97–108.
2. Markiz, S. N., Khan, S., Wagley, Z. B., Viqaruddin, M. K., Khafaga, Y. M., AlFawaz, I. A., AlAnazi, A. E., AlKofide, A., Khoja, H. A., & Ali, A. A. (2023). Rhabdomyosarcoma in children: Retrospective analysis from a single tertiary care center in Saudi Arabia. *Cancer Reports*, 6(1), e1683.
3. Sbeity, S., Abella, A., Arcand, P., Quintal, M., & Saliba, I. (2007). Temporal bone rhabdomyosarcoma in children. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 71(5), 807–814.
4. Reilly, B. K., Kim, A., Peña, M. T., Dong, T. A., Rossi, C., Murnick, J. G., & Choi, S. S. (2015). Rhabdomyosarcoma of the head and neck in children: review and update. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 79(9), 1477–1483.
5. Patel, V., Hwa, T. P., Kaufman, A. C., Kolster, R. A., & Bigelow, D. C. (2022). Lateral Skull Base Chordoma Mimicking a Paraganglioma. *Otology & Neurotology*, 43(2), e279–e281.
6. Parham, D. M., & Barr, F. G. (2013). Classification of rhabdomyosarcoma and its molecular basis. *Advances in anatomic pathology*, 20(6), 387–397.
7. Folpe, A. L. (2002). MyoD1 and myogenin expression in human neoplasia: a review and update. *Advances in anatomic pathology*, 9(3), 198–203.
8. Maurer, H. M., Gehan, E. A., Beltangady, M., Crist, W., Dickman, P. S., Donaldson, S. S., Fryer, C., Hammond, D., Hays, D. M., & Herrmann, J. (1993). The intergroup rhabdomyosarcoma study-II. *Cancer*, 71(5), 1904–1922.

3.4 ДАВХАР АНЕУПЛОИДИ: 18-Р ХРОМОСОМЫН ХЭСЭГЧИЛСЭН ГУРВАЛ (ЭДВАРДСЫН ХАМШИНЖ) БА ХҮҮ ХАМШИНЖИЙН ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

Б.Мөнхсайхан¹, Б.Туул¹, Т.Дуламсүрэн¹, Б.Эрдэнэчимэг¹, Н.Ханд¹,
Л.Золзаяа¹, Б.Ариунхишиг¹, Ж.Бат-Ундрах¹, П.Жамьян¹
¹Эх хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төв

ӨВЧТӨНИЙ ТУХАЙ МЭДЭЭЛЭЛ, ЗОВУУРЬ, АНАМНЕЗ

Өвчтөн У овогтой М, 1 настай, хүү. Анх 2025 оны 12 сард ЭХЭМҮТ-ийн АЭЭСТ-т хэвтэн эмчлүүлж байх үед хүүхдийг үзэж, хромосомын эмгэг сэжиглэн кариотип тодорхойлох шинжилгээ авсан. Шинжилгээ ЭХЭМҮТ-ийн Анагаахын Удамзүйн лаборатори (АУЗЛ)-т хийгдэж, 2026 оны 1 сард хариу гарсан ба 18-р хромосомын хэсэгчилсэн гурвал ба бэлгийн ХҮҮ хромосом бүхий хавсарсан гажиг оношлогдон, удамзүйн кабинетын хяналтад орсон. Хүүхдэд илэрсэн 18-р хромосомын хэсэгчилсэн гурвал өөрчлөлтийн шалтгааныг тодруулах зорилгоор хүүхдийн эцэг, эхээс кариотип тодорхойлох шинжилгээ авсан ба одоогоор АУЗЛ-т шинжилгээ хийгдэж байгаа, хариу эцэслэж гараагүй байна.

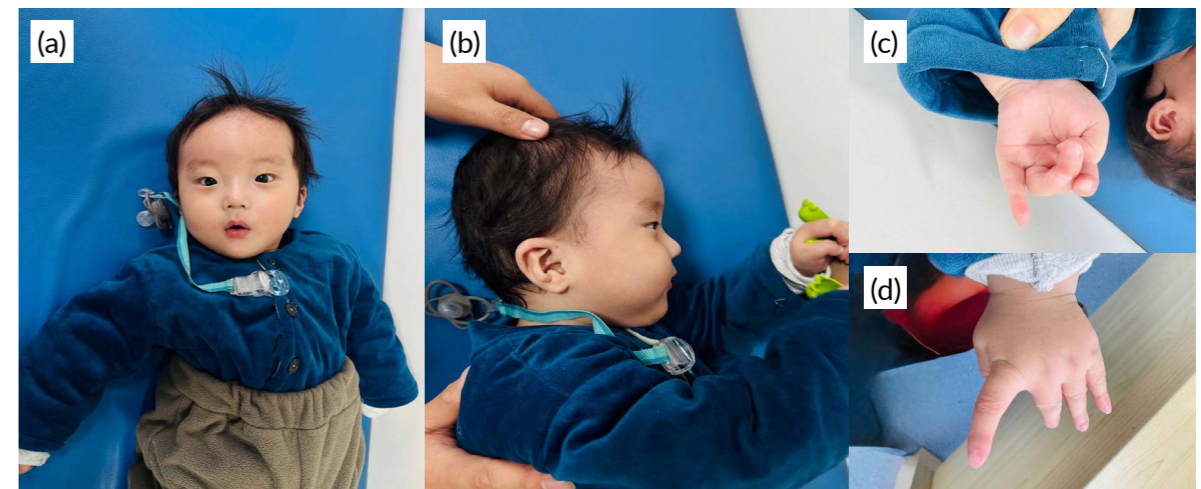
Зовуурь: Хөгжлийн хоцрогдолтой, сонсгол бууралттай, хааяа цөөн ханиалгана.

Анамнез: Ээж 28 настай, нийт жирэмслэлт 7, үүнээс 5 удаа төрсөн ба 2024 онд 1 удаа өсөлтгүй жирэмслэлт болж, 2025 онд 1 удаа зулбаж байсан өгүүлэмжтэй. Хүүхдийг тээх үеийн жирэмсний явцад хожуу үеийн хордлоготой, тонус ихтэй, даралт ихэсдэг байсан. Жирэмсний эхний 3 сарын нийлмэл илрүүлэг шинжилгээнд бүрэн хамрагдаагүй (хоёрол тест шинжилгээ өгөөгүй, ЭХО-д NT харуулсан хэвийн байсан), эрсдэл тооцуулаагүй. Тээлтийн хугацаанд манас таталтын урьдлын хөнгөн хэлбэр, ургийн өсөлтийн саатал оношоор ЧД-ийн нэгдсэн эмнэлэг ба ЭХЭМҮТ-д нийт 3 удаа хэвтэн эмчлүүлсэн.

Хүүхэд 2025 оны 02 сарын 05-ны өдөр ЭХЭМҮТ-д тээлтийн 39 долоо хоногтойд төрөх замаар 3200 гр жинтэй, 52 см урттай, Апгарын 7/8 баллтай төрсөн. Төрөөд чанга уйлсан, хөхөө амласан. Төрсний дараа зүрхний тосгуур хоорондын таславчийн жижиг хэмжээний цоорхой (PFO type) гажиг, 2 талын крипторхизм оношлогдож, нярайн сонсголын скринингэд 2 чихний сонсголыг давтан шалгуулах шаардлагатай гэсэн хариу гарсан. Амьдралын 5 хоногтойд эмнэлгээс гарсан, нярайн шарлалт хэвийн үргэлжилсэн. 3 сартайд ЭХЭМҮТ-ийн зүрхний эмчид үзүүлж, ЭХОКГ шинжилгээнд давтан харуулахад тосгуур хоорондын таславчийн жижиг цоорхой битүүрсэн, зүүн ховдлын хана зузаарсан хяналтад орох, давтан үзүүлэх шаардлагатайг зөвлөсөн. Үүнээс хойш хяналтын цуврал үзлэгүүдэд хамрагдаж, ЭХОКГ ба зүрхний тодосгогчтой КТ шинжилгээ хийлгэж, Non-compaction cardiomyopathy эмгэг оношлогдсон. ЭХЭМҮТ-ийн сонсголын эмчид мөн үзүүлж, 2 талын чихний 2-3 зэргийн сонсгол бууралт оношлогдож, хяналтад орсон. Хүүхэд 4-5 сартайд толгойгоо дааж, 10 сартайд эргэж хөрвөөдөг болсон ба одоо ганцаараа бие даан суудаггүй, юм түшиж зогсдоггүй. Төрснөөс хойш нийт 5 удаа уушгины хатгалгаар өвдөж, ЧДНЭ-т 1 удаа, ЭХЭМҮТ-ийн АЭЭСТ-т 4 удаа хэвтэн эмчлүүлсэн. Одоо хүүхэд ЭХЭМҮТ-ийн удамзүй, зүрх судас, мэдрэл, чих хамар хоолой, урологийн эмч нарын хяналтад байдаг.

БОДИТ ҮЗЛЭГ

Хүүхдийн биеийн байдал дунд. Ухаантай. Орчиндоо харьцаатай. Үзлэгийн үед ээждээ тэврүүлнэ. Хүүхэд биеийн ба сэтгэц, хөдөлгөөний хөгжлийн хоцрогдолтой (биеийн урт 67 см (<5р), биеийн жин 8.6 кг (<5р)). Толгойн хэлбэр ердийн. Нүүрний хэм тэгш, нүд хоорондын зай хол, эпиканттай, нүдний аньсага жижиг, ам жижигдүү, 2 дээд хэсэгт жижиг сүвтэй (preauricular pits). Хэл, амны салст чийглэг, 8 шүдтэй. Арьс цэвэр, чийглэг, цайвар цагаан, арьсны уян хатан чанар хэвийн, арьсан доорх өөхөн эдийн хөгжил сул. Гарын алганд хөндлөн зураастай, зүүн гарын хуруунууд зарим үеүдээрээ бүрэн нугалрахгүй, 2 ба 3-р хуруугаа 2 тийш салгаж, эрхий хуруугаа алгандаа наасан байдалтай. Цээжний хэлбэр зөв бус, 2 талаас хавчигдүү, өвчүү хэсгээр урагш төвгөр. Зүрхний авиа тод, хэм жигд, эмгэг шуугиангүй. Уушги 2 талд ширүүн амьсгалтай, хэржигнүүргүй. Хэвлий тэмтрэлтээр зөөлөн, эмзэглэлгүй, элэг, дэлүү томгүй. 2 төмсөг хуухнагтаа тэмтрэгдэхгүй. Шээс, баасны гарц хэвийн



Зураг 1. Үзлэгээр илэрсэн өвөрмөц өөрчлөлтүүд: (a) нүүрний төрх, (b) preauricular pit, (c-d) алганы хөндлөн зураас, гар хурууны өөрчлөлт

ЛАБОРАТОРИ, ДҮРС ОНОШИЛГООНЫ ШИНЖИЛГЭЭ

Хүүхдэд цусны дэлгэрэнгүй, шээсний ерөнхий, биохими, иммунологи, цусны бүлэгнэлтийн шинжилгээ, зүрхний цахилгаан бичлэг, зулайн, зүрхний, хэвлийн, төмсөгний ЭХО, зүрхний тодосгогчтой КТ, цээжний рентген, сонсголын Click BERA (AC), захын цусанд кариотип тодорхойлох шинжилгээ, FISH шинжилгээнүүд тус тус хийсэн. Шинжилгээгээр илэрсэн өөрчлөлтүүдийг дурдвал:

- Цусны дэлгэрэнгүй шинжилгээнд микрохромын, микроцитийн хөнгөн зэргийн цус багадалт, биохимийн шинжилгээнд шүлтлэг фосфатаза бага зэрэг ихэссэн - өөрчлөлтүүд илэрсэн ба лабораторийн бусад шинжилгээнүүдэд өөрчлөлтгүй.
- ЭХОКГ: Зүүн ховдлын агшилтын үзүүлэлт буураагүй (LVEF 67%, EF35%) Зүүн ховдлын гарах хэсэг 8.2 мм, зүүн ховдлын дотор хана барзгар, бага зэрэг зузаарсан (4.1x4.5x4.3 мм) хэмжигдэнэ. Ховдол хоорондын таславчийн зузаан 5.8-6.0 мм хэмжигдэнэ.
- Зүрхний СТА тодосгогчтой КТ (СЕСТ): Зүрхний зүүн ховдол тэлэгдсэн, зүүн ховдлын трабекулууд жигд бусаар мөхлөгт хэлбэрээр тодрол авсан бөгөөд, эрт артерийн шат болон хожуу венийн шатуудад зүүн ховдлын дотор хананд тодосгогчийн алаг цоог шингээлтэй зураглалтай (дүүргэлтийн дефект төст). Зүүн ховдлын хажуу хана дагуу перикардын хөндийд сул шингэнтэй. Ховдол хоорондын таславч жигд бус харагдана. Зүрхний баруун хэсгүүд болон зүүн тосгуур харьцангуй хэвийн хэмжээтэй байна.
- 2 талын уушгины дээд болон доод дэлбэнгийн S2,6,10-р сегментүүдэд байрласан субплевраль болон центрилобуляр байрлалтай янз бүрийн хэмжээтэй голомтот засварын эдийн зураглалын олшролт өөрчлөлтүүдтэй, GGO (+), завсрын эдийн эмфиземт хэсгүүдтэй. 2 талын уушгины агааржилт жигд жигд бусаар буурсан. Урд голтод гурвалжин хэлбэртэй нэгэн төрлийн бүтэцтэй өөрчлөлттэй.
- Click BERA (AC)-т V долгионы далд илрэх хугацаа уртасч, баруун талд 30дб-д давхцалгүй, зүүн талд 50-60дб-д давхцалгүй тодорхойлогдоно. ASSR (AC): сонсох босго хоёр чихэнд өтгөн авианд илүүтэй өндөрсөн, баруун чихэнд-50дб, зүүн чихэнд-42,5дб (өтгөн авианд 65дб). Дүгнэлт: Баруун талын чихний холимог хэлбэрийн 2-р зэргийн сонсгол бууралт. Зүүн талын чихний дуу дамжуулах хэлбэрийн 2-3-р зэргийн сонсгол бууралт.
- Зулайн эхо: Зүүн судсан багцад d=0,6 см хүртэл хэмжээтэй цөөн тооны кистозтой. Баруун судсан багцад 0.4см хүртэл хэмжээтэй кистозтой. 2 талын хажуугийн ховдлын арын эвэр баруунд арын эвэрт 1.5см, зүүнд 1.6см өргөн. Урд эвэрт баруунд -0.9см, зүүнд-0.6см өргөн. Субарахойд зай жигд биш бага зэрэг өргөссөн.
- Төмсөгний эхо: Зүүн цавины сувагт 1,5*1,6см хэмжээтэй төмсөг төст бүтэц тодорхойлогдоно. Баруун цавины сувагт 1,3*0,4см хэмжээтэй төмсөг төст бүтэц хөдөлгөөнтэй тодорхойлогдоно.

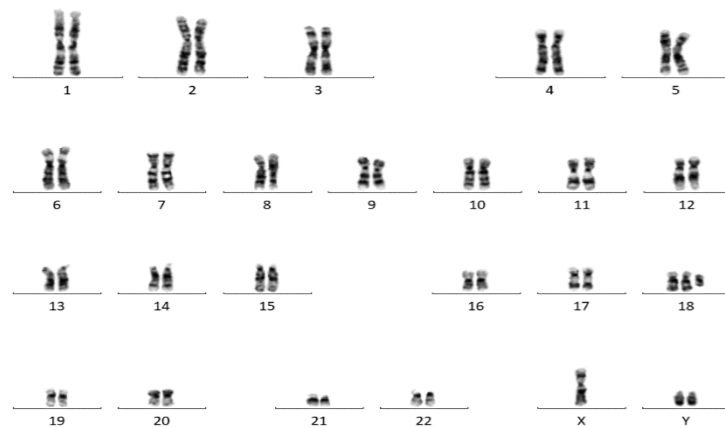
ЦИТОГЕНЕТИКИЙН ШИНЖИЛГЭЭ

ЭХЭМҮТ-ийн Анагаахын удамзүйн лабораторит хүүхдийн захын цусны сорьцонд кариотип тодорхойлох шинжилгээг хийж метафаз шатны 30 хромосомын бүрдлийг шинжлэхэд 18-р

хромосомын хэсэгчилсэн (делецитэй) гурвал ба бэлгийн Y хромосомын илүүдэлтэй нийт 48 хромосом бүхий хавсарсан гажиг илэрсэн (Зураг 2). Кариотип: 48,XY,+18,del(18)(q21.2).

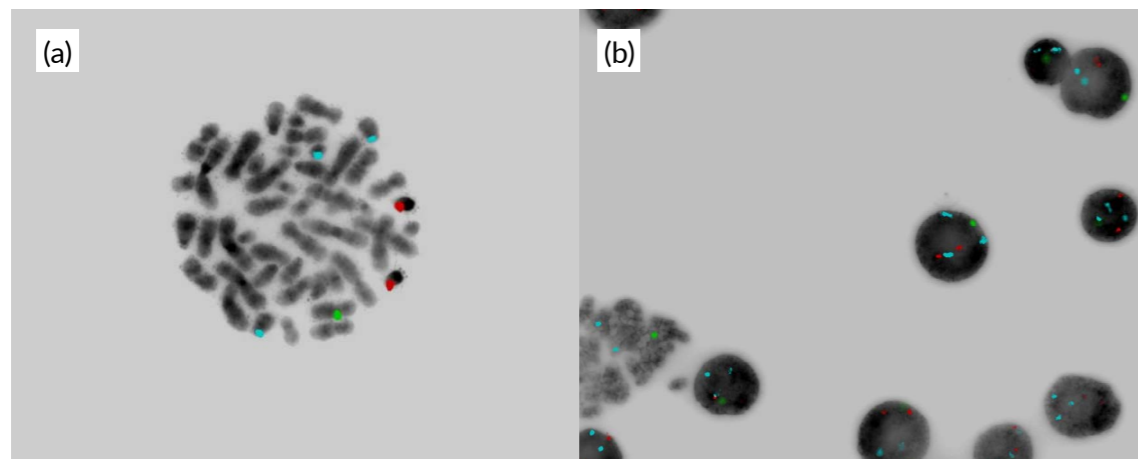
Цаашид бид уг өөрчлөлтүүдийг баталгаажуулах зорилгоор FISH (fluorescence in situ hybridization) шинжилгээ хийсэн. Шинжилгээг Cytocell FISH Prenatal X, Y and 18 проб ашиглан хийсэн ба уг проб нь 18-р хромосомын 18p11.1-q11.18, X хромосомын Xp11.1-q11.1, Y хромосомын Yp11.1-q11.1 буюу центромерийн хэсэгт байрлах генүүд (DXZ1, DYZ3, D18Z1)-ийг тодорхойлдог. Хэвийн үед эрэгтэй хүнд 1R;1G;2B сигналууд гэрэлтэх ёстой ба бидний тохиолдолд хийсэн шинжилгээгээр 2R;1G;3B сигналууд тодорхойлогдож, 18-р хромосом ба Y хромосом 1, 1 илүү байгаа нь батлагдсан (Зураг 3a-b).

Шинжилгээнүүдийн боловсруулалтыг OLYMPUS-BX36 флюоресцент микроскоп, метасистем IKAROS and ISIS программ ашиглан хийсэн.



Зураг 2. Кариограмм, GTG-banding

Хүүхдэд илэрсэн делеци бүхий илүү 18-р хромосом эцэг, эхийн хромосомын тэнцвэржсэн транслокациас шалтгаалсан байх магадлалтай тул хүүхдийн эцэг, эхийг кариотипийн шинжилгээнд хамруулсан. Одоогоор шинжилгээний хариу эцэслэж гараагүй байна.



Зураг 3. FISH analysis: Two red, one green and three blue signals (2R1G3B conformation) were detected in interphase nucleus and metaphase spreads, indicating trisomy of chromosome 18 and one extra Y chromosome.

ОНОШ:

Double aneuploidy (Partial trisomy chromosome 18 and XYY syndrome)

18-р хромосомын гурвал ба XYY хамшинж нь олон улсын өвчний ангилал (ICD10)-д тус тусдаа кодтой боловч энэхүү тохиолдолд эдгээр 2 хромосомын өөрчлөлт хавсарч илэрч байгаа тул Q99.8 (хромосомын бусад тодорхой гажиг) кодоор кодлогдоно.

ЯЛГАН ОНОШИЛГОО

Бидний тохиолдлын 18-р хромосомын гурвалыг үүсгэж буй илүүдэл 18-р хромосом нь бүтэн биш (делецитэй) буюу хэсэгчилсэн байгаа тул Эдвардсын хамшинжийн бүтэн хэлбэрийн эмнэлзүйтэй харьцуулбал харьцангуй хөнгөн илрэлтэй байх боломжтой юм. XYY хамшинжийн үед хүүхдэд эрхтэн тогтолцооны маш хүнд гаж хөгжлүүд үүсгэх нь Эдвардсын хамшинжтэй харьцуулбал бага тул энэхүү тохиолдолд Эдвардсын хамшинжийн эмнэлзүйн шинжүүд давамгайлж илэрнэ. Мөн энэ 2 хамшинжийн үед илрэх царай төрхийн зарим өөрчлөлтүүд төстэй, хөгжлийн хоцрогдол хоёуланд нь илэрдэг зэрэг зарим шинжүүд давхацдаг.

Нэн ховор тохиолдох энэхүү эмгэгийг дараах эмгэгүүдээс ялган оношилно. Үүнд:

- 18-р хромосомын бүтэн гурвал (Эдвардсын хамшинж)
- 13-р хромосомын
- бүтэн ба хэсэгчилсэн гурвал (Патаугийн хамшинж)
- 18-р хромосом ба бэлгийн хромосомын бусад давхар анеуплоидиуд (48,XXY,+18; 48,XXX,+18 гэх мэт)
- Хэсэгчилсэн 18q гурвал/Хэсэгчилсэн 18p моносоми
- Биеийн бусад хромосом ба бэлгийн Y хромосомын давхар анеуплоидиуд (48,XY,+21; 48,XY,+13 гэх мэт)

ЭМЧИЛГЭЭ

Генетикийн эмгэг тул шалтгааны өвөрмөц эмчилгээ үгүй. Хромосомын давхар анеуплоиди гажигтай тохиолдлын амьд үлдэх магадлал бага, тавилан муу боловч хавсарсан гажгуудыг эмчлэх, дэмжих эмчилгээ хийснээр амьдрах хугацааг уртасгах боломжтой гэж үздэг. Тухайн нөхцөл байдал болон хавсарсан эмгэгүүдээс хамааран нарийн мэргэжлийн эмч нарын хамтарсан бүрэлдэхүүнтэйгээр олон талт тусламж үйлчилгээг үзүүлэх нь чухал. Үндсэн эмчилгээ нь дэмжих, аливаа өвчний хүндрэлээс сэргийлэхэд чиглэгдэнэ.

ХЭЛЦЭМЖ, ДҮГНЭЛТ

Анеуплоиди гэдэг нь эс хэвийн бус тооны хромосомтой байхыг илэрхийлдэг шинжлэх ухааны нэр томъёо бөгөөд хромосомын тоо ихэсч, эсвэл багассанаар үүсэх гажиг юм. Хүн 23 хос буюу нийт 46 хромосомтой байх ба эмэгтэй хүн бэлгийн XX хромосомтой тул 46,XX, эрэгтэй хүн бэлгийн XY хромосомтой тул 46,XY бүрдэлтэй байна. Бэлгийн эсүүд мейоз хуваагдлаар хуваагдах ба уг хуваагдлаар эс дэх хромосомын тоо хоёр дахин цөөрч, давхар байдлаас дан байдалд шилждэг. 23 хромосомтой эр, эм бэлгийн эсүүд нийлж үр тогтоход хромосомын тоо дахин 46 болж цаашид митоз хуваагдлаар хувилагдан олширно. Ингэж митоз ба мейоз хуваагдлын харилцан уялдаат ажиллагааны дүнд биеийн хромосом тооны тогтмол байдлаа хадгалж чадахаас гадна удамшлын шинэ бүрдэл үүсч хүүхэд өөрийн гэсэн өвөрмөц чанартай байна. Бэлгийн эсийн хуваагдлын үед хромосомын үл салалт (chromosomal nondisjunction) болбол хромосомын анеуплоиди буюу тооны гажиг үүсдэг. Хромосомын үл салалт дийлэнх тохиолдолд мейоз хуваагдлын үед үүсэх ба мөн эвсэл үрийн хөгжлийн эхэн үеийн митоз хуваагдалд явагдаж болдог. Анеуплоиди гажгийн үед хромосомын тоо 45, 47, 48, 49 гэх мэтээр өөрчлөгдөнө. Хромосом бүтцийн хувьд делеци, дубликаци, транслокаци гэх мэт өөрчлөлттэй байхыг аббераци буюу бүтцийн гажиг гэнэ. Хромосомын бүтцийн гажиг дээр дурдсан митоз, мейоз хуваагдлын аль ч үед үүсэх боломжтой ба санамсаргүй байдлаар тохиолдохоос гадна эцэг, эхийн хромосомын тэнцвэржсэн транслокаци өөрчлөлтөөс шалтгаалан бүтцийн өөрчлөлт бүхий эмгэг хромосомтой бэлгийн эс үүсч, улмаар хүүхдэд хромосомын гажиг үүсгэдэг. Хромосомын анеуплоиди гажгууд дундаас 21, 13, 18-р хромосомын гурвал буюу Даун, Патау, Эдвардсын хамшинж, бэлгийн хромосомын Тернер, Клайнфелтерийн хамшинжүүд хамгийн нийтлэг тохиолддог.

Давхар анеуплоид (Double aneuploidy) гэдэг ойлголт нь нэг бие махбодод 2 өөр хромосомын тооны өөрчлөлт бүхий гажиг зэрэгцэн оршиж буйг илэрхийлэх ба 1 хромосомын анеуплоид гажигтай харьцуулбал нэн ховор тохиолддог. Онолын хувьд 2 өөр хромосомын тооны өөрчлөлт бүхий гажиг үүсэх боломжтой хэдий ч хромосомын ийм өөрчлөлт бүхий үр хөврөл дийлэнхдээ амьдрах боломжгүй байдгаас үр хөврөл эрт хугацаандаа аяндаа өсөлтгүй болж, зүлбадаг. Шинжлэх ухааны хэвлэлүүдэд бүртгэгдсэн давхар анеуплоидийн цөөн тохиолдлуудыг судалж үзэхэд эдгээр тохиолдлууд мозайк буюу цоохортол хэлбэрээр илэрсэн эсвэл биеийн 1, бэлгийн 1 хромосомыг хамарсан янз бүрийн хослолууд бүхий өөрчлөлтүүдтэй байсан.

Бидний танилцуулж буй тохиолдлын давхар анеуплоиди нь 18 хромосомын гурвал ба

бэлгийн Y хромосомын илүүдлээр үүссэн. Энэхүү эмгэг нь нэн ховор тохиолдох ба дэлхий даяар тохиолдлын давтамжийг тооцоолох эпидемиологийн мэдээлэл хомс хэмээн үздэг. Учир нь одоогоор шинжлэх ухааны хэвлэлүүдэд энэ эмгэгийн талаар мэдээллэсэн ердөө 3 тохиолдол бүртгэгдсэн байдаг байна. Хамгийн анхны тохиолдол нь Inga Felding ба Ulf kristoffersson нарын 1981 онд хэвлүүлсэн "A child with double trisomy: 48,XYY,+18" бүтээлд дурдагдсан ба хүүхэд өсөлтийн саатал, олон эрхтний гажигтай төрөөд удалгүй буюу 70 минутын настайд эндсэн. 2 дах тохиолдол Tennakoon J, Kamdasamy Y нарын 2008 онд хэвлүүлсэн "Edwards syndrome with double trisomy" бүтээлд дурдагдсан ба хүүхэд мөн олон эрхтний гажгийн улмаас 4 сартайд эндсэн. 3 дах тохиолдол нь Takahide Watabe, Hiroshi Koga нарын 2018 онд хэвлүүлсэн "Survival in double aneuploidy involving trisomy 18 and sex chromosome trisomy: A case report of a 27-month-old child and a review of the literature" бүтээлд дурдагдсан ба хүүхэд мөн өсөлтийн саатал, олон эрхтний гажигтай төрсөн хэдий ч эмч нар нь сайтар судалсны үндсэн дээр эмчилгээгээ оновчтой байдлаар тохируулан хийж, хүндрэлийг сайтар хянаж чадсанаар хүүхдийг 27 сар хүртэл амьдруулж чадсанаа дурдсан байна.

Нэгэн чухал ойлголтыг нэмж дурдахад дээр дурдсан 3 тохиолдлын хувьд 18-р хромосомын бүтэн гурвалтай ба бидний тохиолдлын хувьд илүүдэл 1 ширхэг 18-р хромосом нь делецитэй буюу хэсэгчилсэн (partial trisomy) байгаагаараа онцлог бөгөөд бидний тохиолдолтой яг ижил тохиолдол одоогоор шинжлэх ухааны мэдээллийн санд бүртгэгдэж байсан эсэх тодорхойгүй байна.

Онолын хувьд 18-р хромосомын делецийн хэмжээнээс хамааран Эдвардсын хамшинжийн эмнэлзүйн илрэл харьцангуй хөнгөн байх ба ХYY хамшинж (өөрөөр Жекобсын хамшинж)-ийн үед хүүхдэд маш хүнд хэлбэрийн төрөлхийн хөгжлийн гажиг үүсэх магадлал бага харьцангуй бага юм. Иймээс бидний танилцуулж буй 1 настай хүүгийн тохиолдлыг дүгнэхэд илүүдэл 18-р хромосом нь делецитэй тул хүүхэд хэдий хөгжлийн хоцрогдол, олон эрхтний эмгэгүүдтэй хэдий ч ЭХЭМҮТ-ийн хүүхдийн нарийн мэргэжлийн эмч нарын хяналтад одоогоор биеийн байдал харьцангуй тогтвортой байна.

НОМ ЗҮЙ:

1. Felding I, Kristoffersson U. A child with double trisomy: 48,XYY,+18. *Hereditas*. 1981;95(1):169-171. doi:10.1111/j.1601-5223.1981.tb01337.x
2. Tennakoon J, Kandasamy Y, Alcock G, Koh TH. Edwards syndrome with double trisomy. *Singapore Med J*. 2008;49(7):e190-191.
3. Watabe T, Koga H. Survival in double aneuploidy involving trisomy 18 and sex chromosome trisomy: A case report of a 27-month-old child and a review of the literature. *Congenit Anom (Kyoto)*. 2019;59(2):43-46. doi:10.1111/cga.12287
4. Murry JB, Zou YS. Live-born double aneuploidy at the Johns Hopkins cytogenomics laboratory: case report and review of the literature. *OBM Genetics*. 2022;6(4):1-16. doi:10.21926/obm.gen-et.2204168
5. Mansour M, AlZoubi A, Zoukar S, et al. Double aneuploidy in a 2-month-old male with Edward syndrome and Klinefelter syndrome: a case report. *Ann Med Surg (Lond)*. 2024;86(1):489-496. doi:10.1097/MS9.0000000000001468
6. Balasundaram P, Avulakunta ID. Edwards syndrome. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2025. Accessed February 6, 2026. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570597/>
7. Sood B, Clemente Fuentes RW. Jacobs syndrome. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2025. Accessed February 6, 2026. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557699/>
8. Bardsley MZ, Kowal K, Levy C, et al. 47,XYY syndrome: clinical phenotype and timing of ascertainment. *J Pediatr*. 2013;163(4):1085-1094. doi:10.1016/j.jpeds.2013.05.037
9. Kenneth Lyons Jones, Marilyn Crandall Jones, Miguel Del Campo. *SMITH'S Recognizable Patterns of Human Malformations*. Seventh edition. 2013.

3.5 ЗАЛУУ НАСАНД ТОХИОЛДОХ MLL:AF10 ГЕНИЙ ГАЖИГ БҮХИЙ ЦОЧМОГ МОНОЦИТЫН ЛЕЙКЕМИЙН ОНОШИЛГОО, ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ТОХИОЛДОЛ

Б.Алтаншагай¹, М.Мөнхцэцэг², Б.Анударь³, Э.Элбэгжаргал¹, Г.Чинбат¹, П.Балжинням¹, Д.Нүрээддулам⁴, Б.Цогжаргал⁴, С.Цэрэнхүү¹, А.Оюуномин¹, Б.Хишигжаргал¹

¹Цусны Эмгэг Судлал, Чөмөг Шилжүүлэн Суулгах Төв, Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг

²Цус судлалын тэнхим, Анагаахын Шинжлэх Ухааны Үндэсний Их Сургууль

³Сургалт, Эрдэм Шинжилгээ, Хамтын Ажиллагааны Алба, Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг

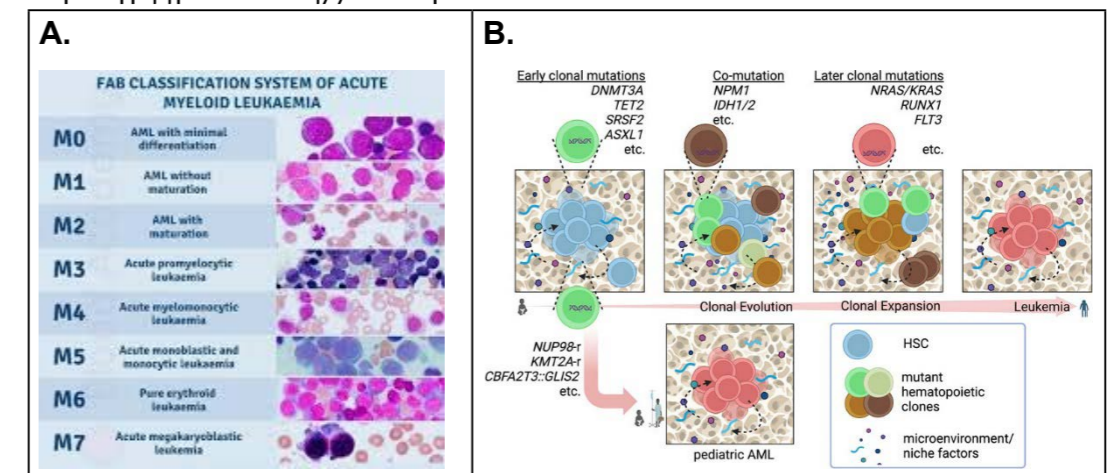
⁴Эмнэлзүйн Эмгэг Судлалын Нэгдсэн Лаборатори, Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг

ҮНДЭСЛЭЛ:

Цочмог моноцитын лейкеми (AML-M5) нь нийт цочмог миелоид лейкемийн (AML) 3–6% орчмыг эзэлдэг ховор төрөл юм. AML нь насанд хүргэгчдийн дунд түгээмэл тохиолдох бөгөөд дундаж нас 50, эрэгтэйчүүдэд илүү их (эрэгтэй:эмэгтэй = 1.8:1), жилд ойролцоогоор 100,000 хүн тутамд 4.3, харин залуу насанд харьцангуй ховор тохиолддог.

Цочмог моноцитын лейкемийн үед шавиа чөмгөнд лейкемийн эсүүд хурдан тархаж, хэвийн цус үүсэлтийг алдагдуулдаг. Үүний улмаас өвчтөнд цус багадалт, тромбоцитопени, нейтропени зэрэг клиник шинж тэмдгүүд илэрдэг. Ихэвчлэн цочмог монобластик/моноцитар лейкеми MLL:AF10 fusion gene-ий өөрчлөлттэй байдаг. Эмнэлзүйн нийтлэг шинж тэмдгүүдэд элэг, дэлүү, булчирхайн томрол, зарим тохиолдолд арьсан дээр нэвчих шинж тэмдэг илэрч болно. Энэ төрлийн лейкемийн оношийг цитогенетик шинжилгээ, FISH эсвэл RT-PCR ашиглан баталгаажуулдаг.

MLL ген эерэг AML нь бусад AML-ийн дэд хэв шинжүүдтэй харьцуулахад эрсдэл өндөр, тавилан муу бөгөөд залуу насанд ихэвчлэн эрчимтэй хими эмчилгээ болон донороос цусны үүдэл эс шилжүүлэн суулгах эмчилгээг шаарддаг. Иймээс энэ эмнэлзүйн тохиолдол нь залуу насанд ховор тохиолдсон MLL:AF10 гентэй AML-M5 өвчтөний оношилгоо, эмчилгээний арга ба эмнэлзүйн үр дүнг танилцуулах зорилготой юм.



Зураг 1. Цочмог миелоид лейкемийн ангилал ба цочмог моноцитын лейкемийн эмгэг жам

ЭМНЭЛЗҮЙН ТОХИОЛДОЛ

Мэдээллийн хэсэг: Тохиолдол 21 настай, эрэгтэй. Цусны бүлэг: A(II) Rh(+)

Зовуурь: Арьс хуурайшна, бие загатнана, тууралт гарна, халуурна, ядарч сульдана.

Өвчний түүх: 2025 оны 10 сард ядарч сульдах зовуурь эхэлсэн ба дүүргийн эмнэлэгт шинжилгээ өгөхөд ЦДШ-нд эсүүд бага гарсан байсан. Үүний дараа нүүрээр их хэмжээтэй батга гарч АӨСҮТ-т хэвтэн эмчлүүлж байх үед хяналтын ЦДШ-нд цусны цагаан эс багассан тул онош тодруулах зорилгоор УНТЭ-ийн ЦЭСЧШСТ-ийн амбулаториор үзүүлж цочмог лейкеми оношлогдож өөрийн хүслээр БНХАУ-д 2025 оны 12 сард Acute myeloid leukemia FAB-M5 онош баталгаажуулж УНТЭ-ийн ЦЭСЧШСТ-д засралд хүргэх хими эмчилгээ хийлгэсэн. Хими эмчилгээний дараа мухар олгойн цочмог үрэвслээр хүндэрч мэс засал эмчилгээ хийлгэсэн. Эмчлүүлэгч удамшлын өгүүлэмж үгүй, архаг өвчингүй, тогтмол хэрэглэдэг эм үгүй, хортой нөхцөлд ажилладаггүй, хорт зуршил (архи, тамхи) үгүй.

Бодит үзлэгт: Биеийн өндөр=191см, Биеийн жин=70кг, BMI=19.2, BSA=1.93m². АД 100/60 мм.муб, ЗЦТ-80 удаа/мин, АТ-17 удаа/мин, сатураци-96%, t-36.6. булчирхайн томрол үгүй, элэг хэвийн, дэлүү бага зэрэг томорсон.

ЛАБОРАТОРИЙН БОЛОН ДҮРС ОНОШИЛГООНЫ ШИНЖИЛГЭЭ:

| ЦДШ | 2025 | | 2026 | | | | | |
|--------|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Лавлах | 12/01 | 01/03 | 01/13 | 01/27 | 01/31 | 02/02 | 02/06 |
| WBC | 4 - 9 10 ³ /uL | 1.19 | 1.11 | 0.28 | 0.18 | 0.85 | 2.18 | 2.32 |
| RBC3 | 3.7 - 5.5 10 ⁶ /uL | 3.60 | 2.91 | 2.55 | 2.45 | 2.53 | 2.79 | 3.07 |
| HGB | 11.5 - 16.5 | 11.2 | 9.4 | 8.1 | 7.4 | 7.6 | 8.4 | 9.1 |
| HCT | 35 - 55% | 32.8 | 26.9 | 23.1 | 20.9 | 21.1 | 23.9 | 26.6 |
| MCV | 75 - 100 фл | 91.1 | 92.4 | 90.6 | 85.3 | 83.4 | 85.7 | 86.6 |
| MCH | 25 - 35 пг | 31.1 | 32.3 | 31.8 | 30.2 | 30.0 | 30.1 | 29.6 |
| PLT | 160-400 10 ³ /uL | 154 | 128 | 78 | 13 | 61 | 100 | 260 |
| NEUT# | 1.2 - 8 10 ³ /uL | 0.18 | 0.12 | 0.07 | 0.01 | 0.58 | 1.67 | 1.64 |
| LYMPH# | 1 - 4 10 ³ /uL | 0.98 | 0.88 | 0.20 | 0.15 | 0.25 | 0.47 | 0.58 |
| RET%1 | 0.5-2.5% | - | - | 0.17 | 0.09 | 0.07 | 0.20 | - |
| RET#1 | 0.02-0.13 | - | - | 0.004 | 0.002 | 0.001 | 0.005 | - |
| IRF1 | 0-0.1% | - | - | 0.0 | 0.0 | 7.4 | 17.3 | - |

Хүснэгт 1. Цусны дэлгэрэнгүй шинжилгээний динамик өөрчлөлт

| Захын цусны түрхцийн шинжилгээ | 2025/11/17 | 2025/12/01 | 2025/1/08 |
|--------------------------------|------------|------------|-----------|
| PB PMN neutrophil | 33 | 14 | 1 |
| PB lymphocyte | 67 | 83 | 47 |
| Anisocytosis | + | + | - |
| PB monocyte | - | 1 | 2 |
| PB eosinophil | - | 2 | - |

Хүснэгт 2. Захын цусны түрхцийн шинжилгээний дүгнэлт: Цагаан эсийн тоо цөөрсөн. Мөхлөгт эсүүдийн эзлэх хувь цөөрсөн, морфологийн хувьд хэвийн. Улаан эс морфологийн хувьд хэвийн. Лимфоцитын эзлэх хувь ихэссэн ба боловсорсон лимфоцитүүд байна. ~1% промоноцит байна.

| Биохими | 2026 | | | | | | |
|----------------|------------------|-------|-------|--------|--------|--------|-------|
| | Лавлах | 01/03 | 01/11 | 01/18 | 01/20 | 01/22 | 02/06 |
| ЛДГ IFFC | 135 - 214 нэгж/л | 329.1 | 569.8 | | 148.6 | 156.2 | 170 |
| СРБ | 0.0 - 5.0мг/л | | 14.62 | 100.71 | 158.27 | 166.56 | 21 |
| Кали | 3.5 - 5.1ммоль/л | 4.31 | 4.39 | 3.59 | 3.95 | 4.54 | 4.55 |
| Нийт билирубин | 0-1.2 мг/дл | 0.9 | 1.4 | 0.97 | 1.068 | 0.616 | 0.523 |
| Асат | 0 - 40 нэгж/л | 27.6 | 46.9 | 9.1 | - | 11.4 | 26 |
| Алат | 0 - 41 нэгж/л | 16.8 | 13.6 | 10.8 | - | 14.7 | 33 |
| Нийт уураг | 60-83 г/л | 72.3 | 68.1 | - | - | - | 71 |
| Креатинин | 0.7 - 1.2 мг/дл | 1.05 | 0.78 | 0.84 | 0.83 | 0.85 | 0.77 |
| Кальци | 2.1 - 2.5ммоль/л | 2.34 | - | 1.91 | 1.96 | - | - |
| Мочевин | 0 - 48.5 мг/дл | 25.6 | - | 16.9 | - | - | 15.5 |
| Натри | 136-145 ммоль/л | - | - | 138 | 137 | 137 | 139 |
| Альбумин | 35-55 г/л | - | 36.9 | - | 33.0 | 35.0 | 37.4 |

Хүснэгт 3. Биохимийн шинжилгээний динамик өөрчлөл

| Коагулаграмм | Лавлах | 2026 | | | |
|--------------|-----------|-------|-------|-------|-------|
| | | 01/03 | 01/20 | 01/26 | 01/28 |
| Fibrinogen | 2-4 г/л | 3.34 | 4.70 | 5.25 | 6.60 |
| INR | 0.8-1.3 | 1.01 | 1.06 | 1.73 | 1.07 |
| PT | 10-14 сек | 13.7 | 14.4 | 22.4 | 14.4 |
| TT | 14-21 сек | 15.2 | 13.8 | 14.4 | 14.8 |
| APTT | 24-41 сек | 38.8 | 48.0 | 48.0 | 44.1 |

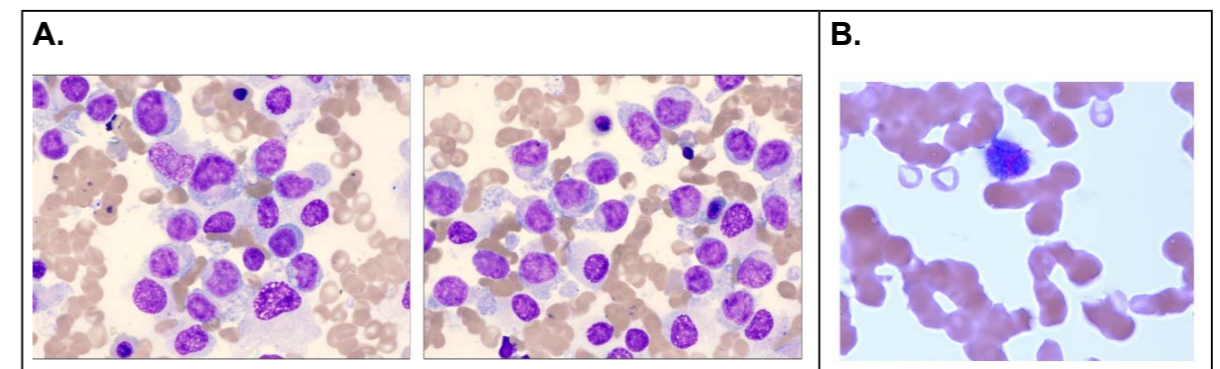
Хүснэгт 4. Цус бүлэгнэлтийн шинжилгээний динамик өөрчлөлт

| Иммунологи | 2025/11/24 | 2026/01/26 | 2026/02/02 |
|--------------------|------------|------------|------------|
| Anti-HIV cassette | | NEG | |
| HBsAg cassette | | NEG | |
| Anti-HCV cassette | | NEG | |
| HIV | | NEG | |
| RPR | | NEG | |
| ANA-9-LINE | Хэвийн | | |
| Anti-EBV (VCA) IgM | 25.3 | | |
| Прокальцитонин | | 0.536 | 0.163 |
| IL-6 | 5.46 pg/m | | |
| IL-10 | 9.38 pg/m | | |

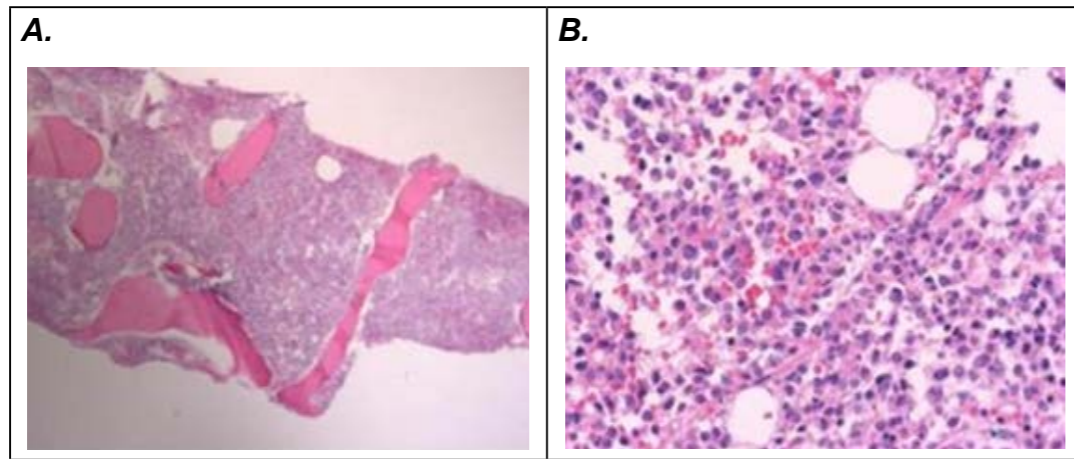
Хүснэгт 5. Иммунологийн шинжилгээний өөрчлөлт

| Шавиа чөмгөний эсийн шинжилгээ | 2025/12/08 (Монгол) | 2025.12.26 (Хятад) | Засралд хүргэх хими эмчилгээний дараа |
|--------------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| Бласт | 74,1 | - | 1.4 |
| Бүх нейтрофил эс | 0,4 | 1 | 39.2 |
| Нийт эритроид эс | 15,9 | 19 | 45.6 |
| Лимфоцит | 9,6 | 4 | 12.8 |
| Монобласт | - | 4% | - |
| Моноцит | 0 | 84% | 0 |
| Миелопероксидаза | POS /+ / | - | - |
| Шиффийн урвал | POS /+++ / | POS /+++ / | - |
| Дүгнэлт | Acute leumemia | Acute monocytic leumemia | Засралд хүрсэн |

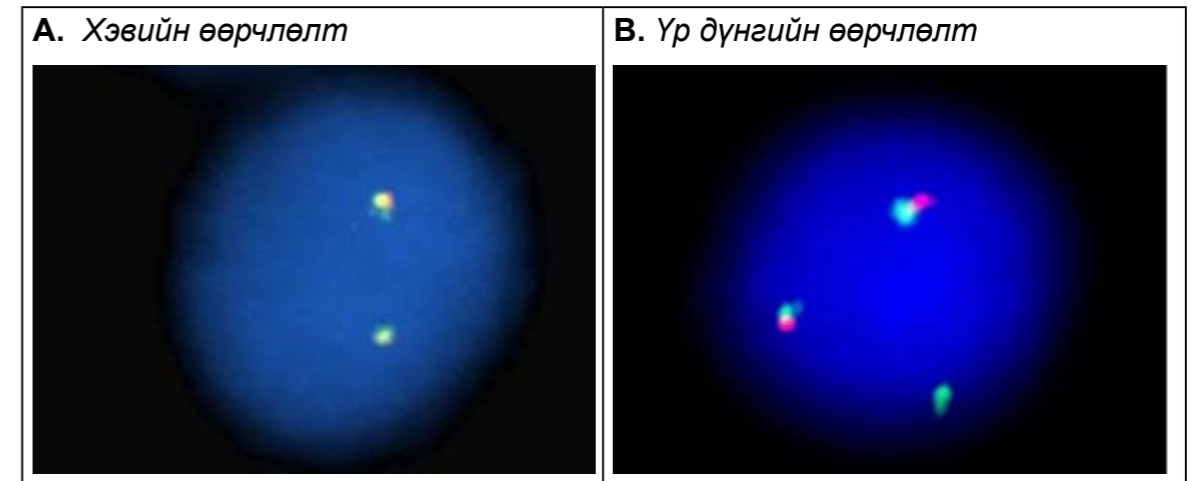
Хүснэгт 6. Шавиа чөмгөний эсийн шинжилгээ динамик өөрчлөлт



Зураг 2. (А) Шавиа чөмгөний эсийн шинжилгээний дүгнэлт: х40 өсгөлт. 1. Гиперплази маш идэвхтэй. Гранулоцит (G)=1%, Эритроидын (E)=7%, G/E харьцаа=0.14:1. 2. Гранулоцитын эгнээ дарангуйлагдсан. 3. Эритроид эгнээний хувь буурсан 4 Лимфоцитын элэх хувь буурсан, боловсорсон лимфоцитүүд байна. 5 Нийт мегакариоцит: 86 тодорхойлогдоно. 6. Моноцитүүд нэмэгдсэн бөгөөд монобласт ба промоноцитүүд нь бүх эсийн 88%-ийг эзэлдэг. (B) N-ALP-2/5, RBC-PAS-0%, Iron stane(Fe+) 86%



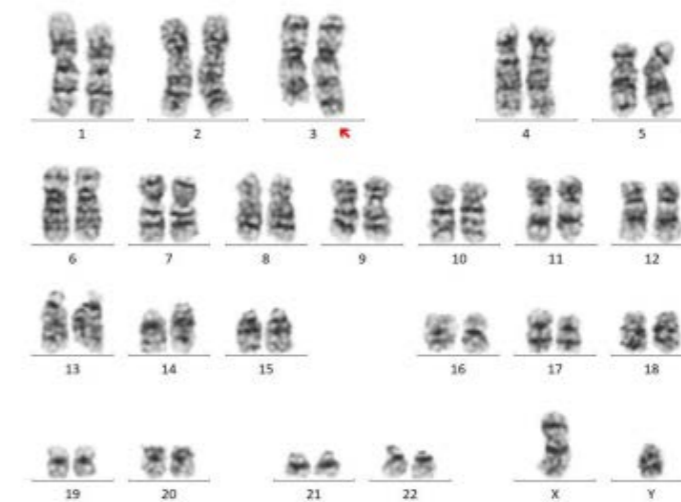
Зураг 3. Шавиа чөмгөний эдийн шинжилгээний дүгнэлт: (1.5 x 0.2 x 0.2 см эд) H&E, PAS болон ретикулинээр будсан хэсгүүдэд эсжилт их (>90%). Боловсорч гүйцээгүй эсүүд тархмал өсөлттэй, мегакариоцитүүд цөөн.(MF-0)



Зураг 4. Цитогенетикийн шинжилгээний дүгнэлт: KMT2A (MLL) 92.00% 11q23

| Молекул генетик 2025.12.10 (Монгол) | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------|----------|-------------------------|-----------------|
| HEMAVISION | t(10;11)(p12;q23.3); KMT2A:MLLT10 | | | | |
| Гений шинжилгээ 2025/12/25 (Хятад) | | | | | |
| Test Name | Result | Test Name | Result | Test Name | Result |
| PML::RARA (L) | Negative | RUNX1::RUNX1T1 | Negative | NUP98::HOXC11 | Negative |
| CBFB::MYH11 | Negative | MLL::AF9 | Negative | NUP98::HOXA9 | Negative |
| MLL::AF4 | Negative | MLL::ENL | Negative | NUP98::PMX1 | Negative |
| MLL::AF10 | Positive | MLL::SEPT6/11 | Negative | FIP1L1::RARA | Negative |
| MLL::ELL | Negative | MLL::AF17 | Negative | NUMA1::RARA | Negative |
| MLL::AF1q | Negative | MLL::AF1p | Negative | TLS::ERG | Negative |
| MLL::AF6 | Negative | NPM::RARA | Negative | MLL::AF5 | Negative |
| PLZF::RARA | Negative | RUNX1::MDS1/EVI1 | Negative | KIF5B::PDGFRA | Negative |
| RUNX1::MTG16 | Negative | ETV6::ABL | Negative | CDK5RAP2::PDGFRA | Negative |
| ETV6::JAK2 | Negative | ETV6::RUNX1 | Negative | HLXB9::ETV6 | Negative |
| ETV6::PDGFRB | Negative | TCF3::PBX1 | Negative | PML::RaRa (S) | Negative |
| TCF3::HLF | Negative | SIL::TAL1 | Negative | WT1 (expression) | Positive |
| FIP1L1::PDGFRA | Negative | DEK::CAN | Negative | BCR::ABL (non-P190) | Negative |
| NPM::MLF1 | Negative | CALM::AF10 | Negative | ETV6::PDGFRA | Negative |
| NUP98::HOXD13 | Negative | BCR::PDGFRA | Negative | (+) BCR::ABL P190 | Negative |
| NUP98::HOXA11 | Negative | STRN::PDGFRA | Negative | STAT5b::RARA | Negative |

Хүснэгт 7. Шинжилгээний арга: Ирүүлсэн сорьцын цөмтэй эсүүдээс нийт PHX (Total RNA) ялган авч, урвуу транскрипцийн аргаар cDNA болгон хувиргасан. Зорилтот генүүдийг ABI 7500 бодит хугацааны флуоресценцийн тоон PCR төхөөрөмж ашиглан, TaqMan пробын аргачлалаар илрүүлсэн. Дүгнэлт: **MLL:AF10** (fusion) ген нь ихэвчлэн AML-тэй өвчтөнүүдэд, ялангуяа AML M4 болон M5 дэд хэв шинжүүдэд илэрдэг. Энэ өөрчлөлт нь хүүхдийн тохиолдолд илүү түгээмэл бөгөөд тавилан тааруу байдаг. Үүнд стандарт эмчилгээнд тэсвэртэй тул эрчимжүүлсэн эмчилгээний төлөвлөгөө шаарддаг. **WT1** ген нь AML-д ихэвчлэн илэрдэг. **WT1** өндөр илрэх нь тавилан таарууг илтгэнэ мөн **WT1**-ийг MRD-ийг үнэлэх, эмчилгээний үр дүн болон өвчний явцыг хянахад ашиглаж болно.



Зураг 5. Кариотипийн шинжилгээ:46,XY,dup(3)(q21q26)[4]/46,XY[16]. 20 эсийг тоолж, 20 метафазыг шинжилсэн; клональ өөрчлөлт илэрсэн: 3-р хромосомын 3q21-ээс 3q26 хүртэлх хэсгийн дубликаци (давхардал) ажиглагдсан.

NGS шинжилгээний хариу

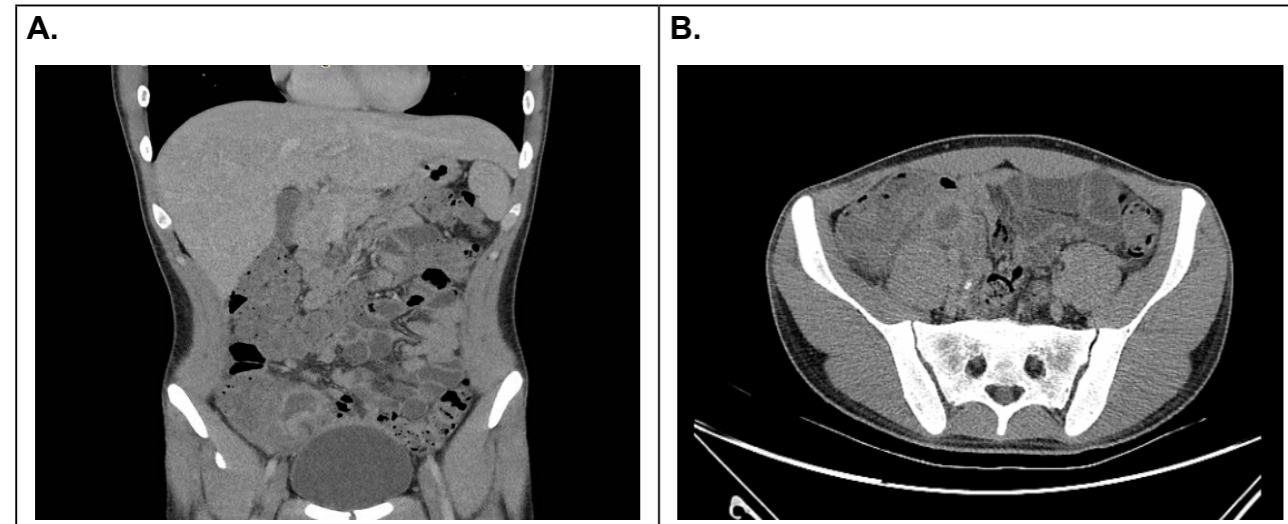
| Gene | Chr | Transcript | Loc | Nucleotide | Protein | dbSNP | VAF % |
|--------|-----------|---------------|--------|------------|----------|---------------|-------|
| NRAS | 1p13.2 | NM_002524 | Exon2 | c.35G>A | p.G12D | Rs121913237 | 11.97 |
| KRAS | 12p12.1 | NM_033360 | Exon4 | c.437C>T | p.A146V | Rs10575119725 | 12.13 |
| KRAS | 12p12.1 | NM_033360 | Exon4 | c.436G>T | p.A146T | Rs121913237 | 7.36 |
| PRRC2C | 1q24.3 | NM_01517 2 | exon14 | c.2111C>A | p.P704Q | rs138658625 | 99.66 |
| CD28 | 2q33.2 | NM_00613 9 | exon1 | c.37T>C | p.S13P | -- | 47.29 |
| JAK2 | 9p24.1 | NM_00497 2 | exon18 | c.2346C>A | p.N782K | -- | 48.07 |
| FANCC | 9q22.3 2 | NM_00013 6 | exon7 | c.584A>T | p.D195V | rs1800365 | 50.15 |
| MGA | 15q15.1 | NM_00116 4273 | exon24 | c.8698C>G | p.L2900V | rs763037602 | 50.71 |
| KMT2B | 19q13. 12 | NM_01472 7 | exon3 | c.2065G>A | p.A689T | rs777386949 | 49.24 |

Хүснэгт8. NGS шинжилгээгээр илэрсэн гений хувилбарууд

УРСГАЛ ЭС ТООЛУУРЫН ШИНЖИЛГЭЭ 2025/12/24

CD33, CD64, CD34, CD117, CD38, HLA-DR, CD123, CD13, CD56, CD4 гадаргуугийн маркерууд хүчтэй илэрсэн. CD11b, CD15, CD368 CD64 сул эерэг илэрсэн ба MPO, CD7, CD16, CD14, TdT, CD19, CD55, CD59 болон cCD38 сөрөг.

ДҮГНЭЛТ: AML-M5



Зураг 6. (А, В) Хэвлий болон бага аарцгийн эрхтнүүдийн тодосгогчтой КТГ 2026/01/26

Мухар олгойн арын байрлалтай, диаметр 1.3см өргөнтэй, эргэн тойрны өөхөн эслэгт нэвчдэс өөрчлөлттэй. Para-iliocolic байрлалтай бүлэг тунгалгийн булчирхай 1.2см хүртэл хэмжээтэй тодорхойлогдоно. Terminal ileum хана хавагнаж зузаарсан, салст илэрхий тодорсон байдалтай. Элэг хэмжээгээрээ томорсон, гадаргуу жигд, паренхимийн зураглал бага зэрэг жигд бус буурсан. Дэлүү 13,6*5,6см хэмжээтэй томорсон, голомтот үүсгэвэр үгүй. Дүгнэлт: **Appendix wall thickened and mucosal enhancement with surrounding mesenteric fat-stranding Susp: Acute appendicitis**

-Reactive para-iliocolic LAPs

-Terminal ileum wall thickened and mucosal enhancement R/O Secondary ileitis

ОНОШ:

MLL:AF10 positive acute monocytic leukemia M5, high risk, poor prognosis, ECOG-2, Karnofsky 80%, Status post appendectomy

ЯЛГАН ОНОШИЛГОО:

AML-M5-ийг оношлохдоо морфологи, цитохими, урсгал эс тоолуур, эмнэлзүйн шинжийг хамтад нь үнэлж, дараах эмгэгүүдээс ялган оношилно.

- **Reactive monocytosis (халдвар, сүрьеэ, үрэвсэл):** Бласт нэмэгдэхгүй, морфологи хэвийн, урсгал эс тоолуурын шинжилгээнд клональ популяци байхгүй
- **CMML (Архаг миеломоноцитын лейкеми):** Архаг явцтай, шавиа чөмгөний бласт <20%, ихэвчлэн ахимаг насанд тохиолдоно.
- **AML M4 (Цочмог Миеломонобластын лейкеми):** Гранулоцит ба моноцит хоёулаа ихэснэ, монобласт дангаар давамгайлахгүй.
- **ALL (Цочмог лифобластын лекеми):** MPO, монцит маркер сөрөг, лимфоид маркер (CD19, CD3, TdT) эерэг илэрнэ.
- **Mixed phenotype acute leukemia (MPAL):** Урсгал эс тоолуурын шинжилгээгээр миелоид ба лимфоид маркер зэрэг илэрнэ
- **Leukemoid reaction (лейкемойд урвал):** Бласт байхгүй эсвэл маш бага, халдварын шалтгаан илэрнэ.
- **PNH (Шөнийн шээсэнд гемоглобинжих эмгэг):** Цус задралын цус багадалт илэрнэ, урсгал эс тоолуураар CD55 Болон CD59 эерэг илэрнэ.
- **Миелодисплазийн хам шинж:** Цитопени, дисплазийн өөрчлөлт, бласт <20%
- **Аплазийн цус багадалт:** Панцитопени, чөмгөний эсжилт буурна, бласт ихсэхгүй

| Цочмог миелоид лейкемийн эрсдэлийн үнэлгээ | |
|--|---|
| Эрсдэлийн бүлэг | Гол үзүүлэлт |
| Favorable risk (Тавилан сайн) | t(15;17) PML-RARA |
| | t(8;21) RUNX1-RUNX1T1 |
| | inv(16) / t(16;16) CBFB-MYH11 |
| | NPM1 mutation (-FLT3-ITD low эсвэл байхгүй) |
| | Biallelic CEBPA mutation |
| Intermediate risk (Тавилан дунд) | NPM1 mutation + FLT3-ITD high |
| | FLT3-ITD mutation (NPM1 байхгүй) |
| | Cytogenetic normal AML (драйвер мутацигүй) |
| Poor/Adverse Risk (Тавилан муу) | Complex karyotype |
| | -5, del(5q), -7 |
| | inv(3) / t(3;3) |
| | t(6;9) |
| | TP53 mutation |
| | RUNX1, ASXL1 mutation |
| | KMT2A rearrangement (11q23) |

Хүснэгт.6 KMT2A rearrangement (11q23) илрэх нь өндөр эрсдэлтэй, тавилан мууг илтгэнэ.

ЭМЧИЛГЭЭ:

Эрсдэлийн үнэлгээгээр өндөр эрсдэлтэй, тавилан тааруу байсан тул NCCN болон Uptodate удирдамжийн дагуу засралд хүргэх эмчилгээг 7+3 протоколоор биеийн гадаргууд тооцон (BSA=1.93m²) хими эмчилгээ эхлүүлсэн.

| Drug | Dose | Route | Day |
|-----------------------|----------------------|-------|--------|
| Idarubicin * | 12 mg/m ² | IV | 1 to 3 |
| Cytarabine (Ara-C) ** | 200/m ² | CIV | 1 to 7 |

*Idarubicin-г 5%-100мл глюкозын уусмалд найруулж 30 минутын турш судсанд дулаар тарих

** Цитозар-г 0.9%-1000мл натрийн хоридын уусмалд найруулж 24 цагийн турш ТВГ-аар (Хими эмчилгээний порт) судсанд тарих

ДЭМЖИХ ЭМЧИЛГЭЭ:

- ЦЦБ (ДУБ, ЦЭДУЭ, ЯЭӨ, ШХС сэлбэсэн.
- Өргөн хүрээний хавсарсан антибиотик (Цефотаксим, цефтриаксан, Метронидазол, Тазобактам, имипенем, ванкомицин, ко-тримексазол)
- Мэс засал эмчилгээ

ХЭЛЦЭМЖ:

Энэхүү тохиолдол нь залуу насанд илэрсэн, AML-M5 дэд хэлбэр бөгөөд KMT2A:MLL10 олон давхар молекул-цитогенетикийн гажиг хавсарсан эрсдэл өндөртэй өвчний сонгодог жишээ юм. AML-M5 хэлбэрийн AML нь моноцитын ялгарал давамгайлсан, шавиа чөмгөөс гадуурх эрхтэн тогтолцоог хамрах хандлагатай.

Уг өвчтөний шавиа чөмгийн шинжилгээнд моноцитын эзлэх хувь 88% байсан бөгөөд MPO болон PAS урвал эерэг, урсгалт эс тоолуурын шинжилгээнд CD33, CD64, CD34, CD117, CD56 зэрэг моноцитын гаралтай AML-д нийцэх имунофенотип илэрсэн нь оношийг баталгаажуулсан.

Молекул-цитогенетикийн хувьд t(10;11)(p12;q23.3) KMT2A:MLL10 гений гажиг илэрсэн нь энэхүү тохиолдлын эмнэлзүйн ач холбогдлыг тодотгож байна. KMT2A гажигтай AML нь насанд хүрэгчдэд элбэг тохиолддог ч залуу насанд харьцангуй ховор бөгөөд стандарт засралд хүргэх хими эмчилгээнд үр дүн сул, дахилт өндөртэй, 5 жилийн амьд үлдэх хувь 28.1% байдаг нь олон судалгаагаар нотлогдсон. Түүнчлэн уг өвчтөнд dup(3)(q21q26) хромосомын гажиг, WT1 эерэг, мөн NRAS ба KRAS мутац илэрсэн нь лейкемийн эсийн пролифераци, амьдрах чадварыг нэмэгдүүлж, эмчилгээний үр дүнг улам дордуулах сөрөг хүчин зүйлд тооцогдоно.

Хими эмчилгээний явцад панцитопени, ялангуяа хүнд зэргийн нейтропени (ANC≈0) үүссэн нь халдварын эрсдэлийг нэмэгдүүлж, лабораторийн шинжилгээнд CRP, прокальцитонин огцом ихсэх, клиникийн хувьд арьсны идээт халдвар, мөн мухар олгойн цочмог үрэвслийн хүндрэл үүсэхэд хүргэсэн.

Эмчилгээний хувьд стандарт Cytarabine + Idarubicin (7+3) схемийг засралд хүргэх эмчилгээнд хэрэглэсэн боловч KMT2A:MLLT10 эерэг, олон молекул гажигтай AML-д зөвхөн стандарт хими эмчилгээ хангалтгүй байх нь элбэг. Иймд олон улсын удирдамжид уг бүлгийн өвчтөнүүдэд донороос цусны үүдэл эс шилжүүлэн суулгах (allo-HSCT) эмчилгээг төлөвлөх шаардлагатай байна.

ДҮГНЭЛТ:

Энэхүү тохиолдол нь залуу насанд илэрсэн, KMT2A:MLLT10 гений гажигтай, AML- M5 хэлбэрийн өндөр эрсдэлтэй цочмог лейкоемийн ховор жишээ юм.

Олон давхар молекул-цитогенетикийн гажиг (dup(3q), WT1, NRAS/KRAS мутаци) хавсарсан нь өвчний таагүй тавиланг тодорхойлж, эмчилгээний тактикийг эрт шатнаас зөв төлөвлөх шаардлагатайг онцолж байна. Ийм өвчтөнд иж бүрэн молекул-генетикийн оношилгоог хийснээр хувь хүнд чиглэсэн эмчилгээний төлөвлөгөөг боловсруулахад чухал ач холбогдолтой.

Цаашид донороос цусны үүдэл эс шилжүүлэн суулгах эмчилгээг цаг алдалгүй хэрэгжүүлэх нь эмчилгээний үр дүнг сайжруулахад чухал ач холбогдолтой. Иймд тохирох донорыг илрүүлэх зорилгоор донорын шинжилгээнд хамруулах, Монгол улсад донорын бүртгэлийн сан үүсгэх хэрэгцээ тулгарч байна.

НОМ ЗҮЙ:

1. Meyer C, Larghero P, Almeida Lopes B, Burmeister T, Gröger D, Sutton R, Venn NC, Cazzaniga G, Corral Abascal L, Tsaour G, Fechina L. The KMT2A recombinome of acute leukemias in 2023. *Leukemia*. 2023 May;37(5):988-1005.
2. Górecki M, Koziol I, Kopystecka A, Budzyńska J, Zawitkowska J, Lejman M. Updates in KMT2A gene rearrangement in pediatric acute lymphoblastic leukemia. *Biomedicines*. 2023 Mar 8;11(3):821.
3. Larson JK, Hunter-Schlichting DN, Crowgey EL, Mills LJ, Druley TE, Marcotte EL. KMT2A-D pathogenicity, prevalence, and variation according to a population database. *Cancer medicine*. 2023 Mar;12(6):7234-45.
4. Lavallée VP, Baccelli I, Kros J, Wilhelm B, Barabé F, Gendron P, Boucher G, Lemieux S, Marinier A, Meloche S, Hébert J. The transcriptomic landscape and directed chemical interrogation of MLL-rearranged acute myeloid leukemias. *Nature genetics*. 2015 Sep;47(9):1030-7.
5. Varotto E, Munaretto E, Stefanachi F, Della Torre F, Buldini B. Diagnostic challenges in acute monoclonal/monocytic leukemia in children. *Frontiers in Pediatrics*. 2022 Sep 28;10:911093.

3.6 НЯРАЙН МАРФАН ХАМШИНЖ

Б.Эрдэнэчимэг¹ Э, Дэлгэрцэцэг¹, Ч.Батням², Э.Тунгалаг², Ё.Бат-Өлзий², Ж.Ринчин², Н.Солонго², М.Билгүүндарь², М.Өнөрзаяа², З.Гэрэлмаа² /АУ-ны доктор, профессор, МУ-ын хүний гавьяат эмч. Т.Мөнхтүлгэ, Ө.Хишигбат

Эх, Нярай, Эмэгтэйчүүдийн Үндэсний Төв - II

ҮНДЭСЛЭЛ:

Марфаны хамшинж нь анх 1896 онд Антуан Марфан тодорхойлсон холбогч эдийн эмгэг бөгөөд 10,000 хүн тутмын 2-3-т нь тохиолддог гэж үздэг. Энэ нь аутосомын давамгайлсан хэлбэрээр удамшдаг бөгөөд голчлон 15-р хромосом дээрх фибриллин-1 уургийг кодчилдог FBN1 генийн мутациас үүдэлтэй байдаг. Марфаны хам шинж нь зүрх судасны, булчингийн тогтолцооны, уушигны болон нүдний тогтолцооны эмгэгүүд, мөн арьсны эмгэгүүдээр тодорхойлогддог.

Нярайн Марфаны хам шинж (nMFS) нь амьдралын эхэн үед илэрдэг бөгөөд сонгодог Марфаны хам шинжээс илүү хүнд хэлбэрийн эмнэлзүйн шинж тэмдэг, тавилан муутай байдаг. Өвчтөнүүдийн 95% нь амьдралынхаа эхний жилд нас бардаг. Ялангуяа зүрхний гэмтэл нь nMFS-д илүү хүнд байдаг бөгөөд митрал ба гурван хавтаст хавхлагын дутагдал нь бага наснаас нь зүрхний дутагдал үүсгэдэг.

Нярайн Марфан хам шинж нь Марфан хам шинжийн 1%-иас бага хувийг эзэлнэ. Өвчний ховор байдлаас шалтгаалан амьд төрөлтөнд тохиолдох нарийвчилсан давтамжийг тогтоосон судалгаа одоогоор байхгүй байгаа бөгөөд судалгааны эх сурвалжууд уг эмгэгийг маш ховор гэж тодорхойлж байна.

Түлхүүр үгс: Нярайн Марфаны хам шинж (nMFS), фибриллин-1 (FBN1),

ТОХИОЛДОЛ:

Эх 36 настай, дээд боловсролтой, жирэмслэлт-3, үр хөндөлт-1, зулбалт-1, төрөлт-1 Жирэмсний хяналтад хугацаандаа 7 долоо хоногтойд хяналтад орж товлолын дагуу 11 удаа үзүүлэн, шинжилгээ 4 удаа өгсөн. NT, НВ харуулан, 2л тест өгсөн, хэвийн гэж гарсан, ургийн бүтцийн эхо 5 сар, 8 сартайд харуулахад бүтцэд өөрчлөлттэй гарч байгаагүй гэж өгүүлсэн. Жирэмсний тээлтийн явц: тонус/+/ , эрт болон хожуу үеийн хордлого үгүй. Жирэмсний хяналтын шинжилгээнд: мазок- үрэвсэлтэй, лаа хэрэглэсэн. Цус багадалттай, цөс зогсонгишилтой. Бусад шинжилгээ өөрчлөлтгүй. Жирэмсний хугацаанд өвдсөн өвчин: үгүй, жирэмсэн үедээ эмнэлэгт хэвтэж байгаагүй. Эцэг 34 настай, архи хэргэлдэггүй, тамхи татна, Эрүүл мэндийн хувьд эрүүл, дээд боловсролтой, инженер мэргэжилтэй. Эцэг эхийн 2 талд өндөр хүмүүс болон нүдний шил зүүдэг харааны бэрхшээлтэй хүн байхгүй гэв. Удамшлын ямар нэгэн эмгэг байхгүй гэсэн өгүүлэмжтэй.

ТӨРЛӨГИЙН ЯВЦ:

2025 оны 11 сарын 28-нд ЭНЭҮТ-д 31 настай эхийн GrIII-I төрөлт 40+6 долоо хоногтойд, цөс зогсонгишилтой гэж Төрөлтийг 100мкг мизопропростол болон 7,5ед окситоциноор сэдээж сэдээлт үр дүнгүй төрөх хүчний сулралтай, ураг бүтэхийг завдсан тул яаралтай кесар хагалгаагаар Апгар 6/7/7 оноотой бүтэлттэй төрсөн, хүчилтөрөгч эмчилгээ авч, НЭЭТ шилжиж эмчилгээ авсан.

БОДИТ ҮЗЛЭГТ:

С.Нярай биеийн байдал хүнд, биеийн жин 3600гр (50-90th ферцентель), урт 56 см (>97th ферцентель). Ухаантай. Орчны харьцаа, хөдөлгөөний идэвхи сул. Царай өвөрмөц төрхтэй. Өвчүү хонхор. Булчингийн тонус сул, мөчдийн харьцаа тээлтийн насандаа урт, мөчид хагас тэнийсэн байдалтай. Нярайн рефлексүүд сул. Хөхөх, залгих рефлекс илрэхгүй. Тагнай гүн хонхор. Зулай 2,0*2,5см, заадсууд давхралдсан. Дагзны булчин хөшингөгүй. Арьс цэвэр, хуурай үрчгэр, цайвар ягаан цонхигордуу өнгөтэй, эрээн. Гүйцэд нярай. Зүрхний авиа тод, хэм жигд. Уушги 2 талд сулавтар амьсгалтай, цээж сулхан хонхолзоно. Хэвлий зөөлөн, цардгардуу, чагналтаар гүрвэлзэл сулхан сонсогдоно. Тэмтрэлтээр элэг баруун хавирганы нумаас 2,0см орчим тэмтрэгдэнэ, дэлүү томгүй. Хүй цэвэр. Шээс ховор. Мөчдөөр зөөлөн хавантай.

ЭМНЭЛЗҮЙД НЯРАЙН ГАДНА БИЕЙН ҮЗЛЭГЭЭР ДАРААХ СТИГМ ШИНЖҮҮД ИЛЭРНЭ.

Үүнд:

- Царай өвөрмөц төрхтэй, хөгшин, унжуу хамартай
- Хоёр чих том, дэлбэн том, хавтгай, дэлбэнгийн мөгөөрс хэлбэржээгүй
- Цээжний хэлбэр тэгш бус, өвчүү дотогшоо хонхор
- Мөчдийн харьцаа тээлтийн наснаас урт
- Гар хөлийн хуруунууд урт
- Хоёр гар бугалга хэсгээр дотогшоо бүрэн нугаларсан.
- Хоёр хөлийн тавхай шулуун
- Тагнай гүн хонхор



Зураг 1. Ерөнхий биеийн төрх байдал / Эцэг Эхээс зөвшөөрөл авсан болно/



Зураг 2. а.б.в.г.д.е а-цээжний өвчүүний хонхор, б,в-Хоёр чих урт, г-эрхий хурууны шинж, д,е-үений хэт уян байдал



Зураг 3. а,б а-хавтгай тавхай, б-урт хөл

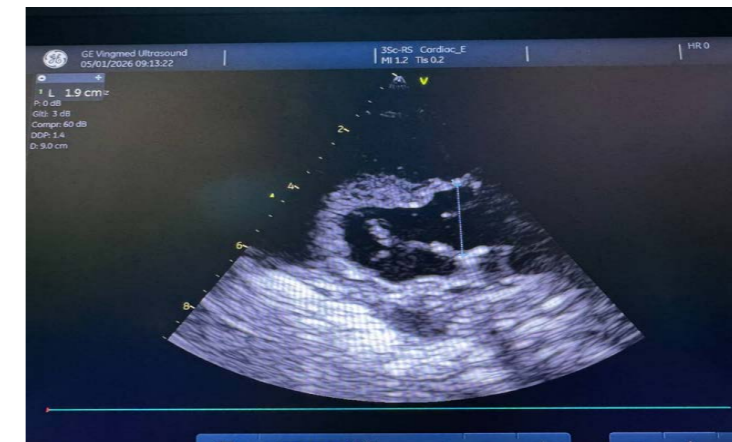
ШИНЖИЛГЭЭНД:

ЗҮРХНИЙ ЭХО:

XI/29 2 ховдлын байрлал хэвийн хөндийн харьцаа алдагдсан. Зүүн ховдлын ерөнхий агшилт буураагүй EF~63% FS~31%. Баруун ховдлын үйл ажиллагаа бүтэц хэвийн, бага зэрэг томорсон. Ховдол хоорондын таславч бүтэн. Зүрхний ерөнхий агшилт буураагүй сегментийн агшилт хөдөлгөөний алдагдаагүй. Гол судасны вальсальва 1.6см өргөн. Митрал хавхлаг унжилттай, митрал хавхлагийн дутуу хаагдал. Баталовын цорго нээлттэй 0,3-0,4см. зүүнээс баруунд шунттай Уушгины артерийн даралт ихэссэн /D shape/ peak vel~3.11m/sec Peak PG~31mmHg перикардийн шингэн хэвийн. кардитын шинж үгүй.

ДҮГНЭЛТ:

Q87.4 Марфаны хам шинж гол судасны суурь хэсгийн томрол, Баталовын цорго нээлттэй, Митрал хавхлагийн пролапс митрал хавхлагийн дутуу хаагдал, Уушгины артерийн даралт ихсэлт I зэрэг



Зураг 4. Гол судасны суурь хэсгийн өргөн

ЗҮРХНИЙ ЭХО: I/02

Зүрхний зүүн ховдлын хөндий тэлэгдэж томорсон. LVEF~26%. ЗХ-н сегментийн агшилт бүх ханаар гипокенезитэй. Тосгуур хоорондын таславчинд зууван цонх нээлттэй. Зүүнээс баруунд шунттай. Баруун тосгуур тэлэгдэж томорсон. гурван хавтаст хавхлаганд регургитацитай. митрал хавхлаганд унжилттай. регургитацитай. Уушгины артерийн даралт ихэссэн. mPAP тооцоолоход 35mmHg. Гол судасны вальсальва 1,9см өргөн. Аортын хавхлагд регургитаци нэмэгдсэн. Перикардийн шингэн ихсээгүй.

ДҮГНЭЛТ:

Тэлэгдлийн кардиомиопати, Зүрхний дутагдал IIIС, Уушгины артерын даралт ихсэлт I зэрэг, Зууван цонх нээлттэй, Митрал пролапс, митрал хавхлагийн дутагдал II зэрэг, Аортын хавхлагийн цагирагын тэлэгдэл, Аортын дутагдал I зэрэг

ЗҮРХНИЙ ЭХО: I/07

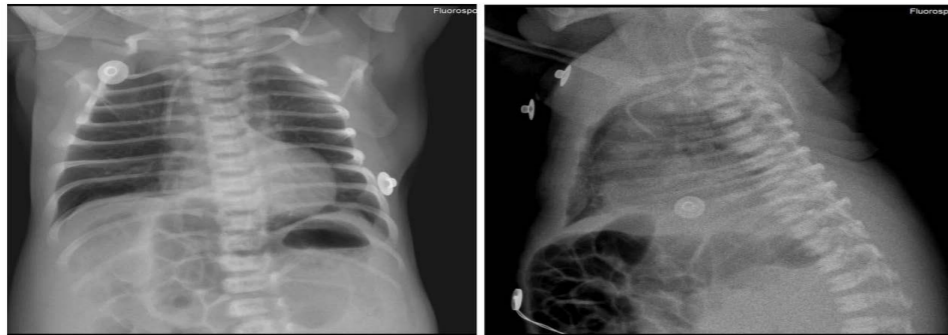
Зүрхний зүүн ховдлын хөндий тэлэгдэж томорсон. LVEF~56-62%. ЗХ-н сегментийн агшилт бүх ханын хөдөлгөөн өмнөх үзлэгээс сайжирсан.Тосгуур хоорондын таславчинд зууван цонх нээлттэй. Зүүнээс баруунд шунттай. Баруун тосгуурын хэмжээ бага зэрэг том гурван хавтаст хавхлагд регургитацитай митрал хавхлагд унжилттай. регургитацитай. Уушгины артерын даралт ихэссэн. хөнгөн зэрэг Гол судасны вальсальва 1,9см өргөн хэвээр. Аортын хавхлагд регургитацци хөнгөн зэрэг Перикардийн шингэн зурвас хэвийн

ДҮГНЭХЭД:

Аортын хавхлагийн цагирагын тэлэгдэл, Аортын дутагдал I зэрэг, Зууван цонх нээлттэй, митрал пролапс, митрал хавхлагийн дутагдал II зэрэг, Уушгины артерийн даралт ихсэлт I зэрэг

ЦЭЭЖНИЙ РЕНТГЕН ЗУРАГ:

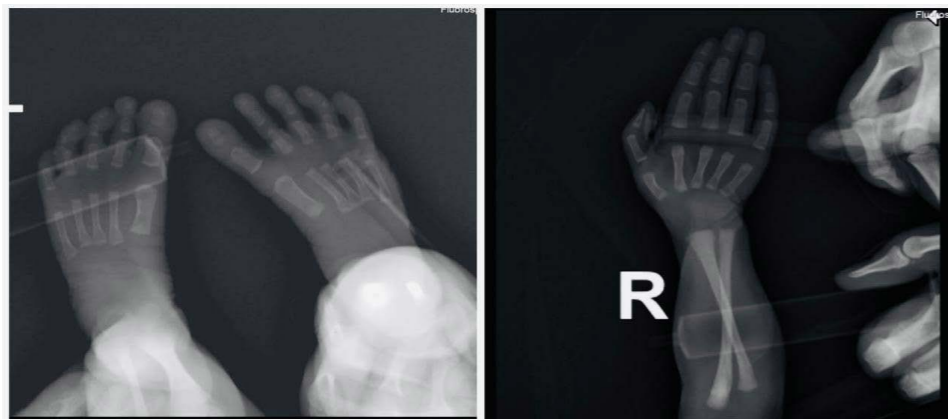
Баруун уушгины доод талбайн дотор зоноор болон зүүн угаар дунд тодролтой, нэгэн төрлийн бус сүүдэржилттэй. Баруун талын өрц дээшилсэн, арын VII хавирганы түвшинд тодорхойлогдоно. Зураглал олширсон. Угууд өргөн бус. 2 талын синус чөлөөтэй. Зүрхний байрлал ташуу, бэлхүүс тэгш, гол судасны багц өргөн бус. Тимус/+/. 2 талын II.III.IV хавирганы өмнөд төгсгөл бага зэрэг өргөн, хавтгай харагдана.



Зураг 5. Цээжний рентген зураг

ХОЁР ТАЛЫН БУГАЛГА, ШУУ, БОГТ ЯС БОЛОН БАРУУН ГАРЫН САРВУУ, ХОЁР ТАЛЫН ТАВХАЙ ЯСНУУДЫН ЭГЦ БАЙРЛАЛД АВСАН РЕНТГЕН ЗУРАГТ:

Дээрх яснуудад деструкци өөрчлөлт үгүй. гадаргуу жигд, ясны хальс зузаангүй. Баруун гарын сарвуу болон бугуйн үе, Хоёр талын тавхайн үе үүсгэж буй яснуудын тохироо хадгалагдана. Үе хоорондын зай жигд. Ясанд илэрхий харагдах хугарал, мултрал үгүй. Баруун талын сарвуу болон хоёр талын тавхайн яснууд дөнгөж төрсөн нярайн ясны зурагтай харьцуулахад бага зэрэг урт харагдана.(S/O: Marfan Syndrome байж болох)



Зураг 6. Хөл, гарын рентген зураг

НҮДНИЙ ЭМЧИЙН ҮЗЛЭГ:

Хүүхдийн биеийн байдал хүнд Хэсэг газрын үзлэгээр: Хүүхэн харааг S.Tropicamidi-0,5 өргөгсгөв. Хоёр нүдний зовхи бага зэргийн хавантай. Зовхины арьсны өнгө цайвар сэлхгэр. Зовхи, алимны салст цайвар. Эвэрлэг нилэнхүйдээ хавантай. эвэрлэг D-11 хүүхэн хараа эмээр жигд тэлэгдсэн. 2 нүдний болор хамар гадагш дээш мулттарсан. Болрын циннийн шандас сулавтар. Харааны мэдрэлийн хөхлөг хил хязгаар тод судсан багц төвөөс артери вен харьцаа хэвийн. шар толбоны рефлекс сулавтар, торлогт цэвэр **Онош: 2 нүдний төрөлхийн болрын мултрал**

Удамзүй эмчийн үзлэг: DS. Marfan syndrome Q87.4

ЯЛГАН ОНОШ:

Нярайн Марфаны хам шинжийг дараах эмгэгүүдээс ялган оношлох шаардлагатай. Үүнд: Loeys-Dietz хам шинж (артерийн мушгирсан байдал, гипертелоризм давамгайлна), Ehlers-Danlos хам шинж (арьсны хэт суналт, амархан урагдах), Congenital contractural arachnodactyly (Beals syndrome – зүрхний хүнд өөрчлөлт багатай), Homocystinuria (оюуны хоцрогдол, тромбоз давамгайлна) зэрэг багтана. Манай тохиолдолд аортын үндэсний тэлэгдэл, митрал хавхлагийн пролапс, болрын мултрал, системийн оноо өндөр байгаа нь нярайн Марфаны хам шинжийг баталж байна.

ЭМЧИЛГЭЭ:

Нярайд амьдралын эхний өдрөөс эхлэн амьсгалын дутагдал илэрч, хүчилтөрөгч эмчилгээ хийсэн. Төрөлхийн олон стигм шинж илэрсэнтэй холбоотойгоор зүрх судас, нүд болон удамзүйн нарийн мэргэжлийн эмч нарт үзүүлж, Нярайн Марфан хам шинж оношлогдсон. Зүрхний митрал хавхлагийн өөрчлөлт, уушгины артерийн даралт ихсэлттэй тул фуросемид, каптоприл эмчилгээг эхлүүлсэн. Төрөх үеэс цусны хийн шинжилгээнд өөрчлөлт илэрч, бодисын солилцооны архаг алдагдал, бөөрний дутагдал, анасарка үүсч, иж бүрэн эмчилгээ хийлээ.

1 сар 4 хоногтойд биеийн хаван нэмэгдэж, амьсгалын байдал муудан, зүрхний эхокардиографийн давтан шинжилгээгээр зүрхний дутагдал оношлогдсон тул амьсгалын аппаратаар 4 хоног удирдан амьсгалуулж, инотроп, дигоксин, фуросемид, каптоприл, силденафил эмчилгээг хийсэн.

ҮР ДҮН:

Эмчилгээний үр дүнд зүрхний дутагдал намжиж, эрхтэн тогтолцооны үйл ажиллагаа аажмаар сэргэж, нярай 52 хоногтойд эмнэлгээс гарсан. Хөхөх, залгих рефлекс хангалттай бүрэлдээгүй тул гуурсаар хооллож эмнэлгээс гарсан бөгөөд гэрийн нөхцөлд каптоприл тогтмол хэрэглэж байна. Одоогоор уг нярайг хүүхдийн эмч, зүрх судасны эмч, нүдний эмч, мэдрэлийн эмч, удамзүйн эмч нарын олон салбарын хамтарсан хяналтад тогтмол авч байна.

ХЭЛЦЭМЖ:

Нярайн Марфаны хам шинж (nMFS) нь Марфаны хам шинжийн хүнд хэлбэрийн, хурдан явцтай хэлбэр юм. Ихэвчлэн эцэг эхээс удамшсан биш, харин FBN1 генийн de novo (шинэ) мутациас үүдэлтэй байдаг. FBN1 генийн мутаци, ялангуяа **23-32 экзонд** бөөгнөрснөөс үүдэлтэй бөгөөд энэ нь сонгодог удамшдаг Марфаны хам шинжээс ялгардаг. Сонгодог Марфан нь аутосомын давамгайлсан хэв маягаар удамшдаг.

Энэ эмгэгийг сонгодог нүдний, зүрх судасны болон булчингийн тогтолцооны гажиг гэж үздэг ч эдгээр өвчтөнүүдэд уушги, арьс, төв мэдрэлийн системд мэдэгдэхүйц нөлөө үзүүлдэг.

Гэр бүлд MFS-ийн түүх байхгүй бол MFS-ийн гэр бүлийн түүхгүй хүмүүсийн хувьд дараах шалгууруудын аль нэг нь MFS-ийг оношлоход тусална.

- Аортын шалгуур (аортын голч $Z \geq 2$ эсвэл голын үндэс задрах) ба болор мултрал
- Аортын шалгуур (аортын голч $Z \geq 2$ эсвэл голын үндэс задрах) ба дээр дурдсан шалтгааны FBN1 хувилбар.
- Аортын шалгуур (аортын голч $Z \geq 2$ эсвэл гол судасны задрал) ба системийн оноо ≥ 7 .
- Аортын аневризмтай хүнд илэрсэн дээр дурдсан болор мултрал ба FBN1 хувилбар.

Системийн оноо

| | |
|--|---|
| Wrist +Thumb sign /хоёулаа эерэг/ | 3 |
| Зөвхөн Wrist sign эсвэл Thumb sign | 1 |
| Цээж хонхойсон /pectus excavatum/ | 1 |
| Цээж товгойсон /pectus carinatum/ | 2 |
| Нуруу бөгтийх /scoliosis $\geq 20^\circ$ / | 1 |
| Spondylolisthesis | 1 |
| Arm span /Height >1.05 / | 1 |
| Upper/ Lower segment ratio багассан | 1 |
| Хавтгай тавхай /pes planus/ | 1 |
| Доод мөчдийн гажиг /valgus deformity/ | 2 |
| Шөрмөс сул, үе хэт суналт | 1 |
| Нүүрний онцлог ≥ 3 /доорх/ | 1 |

Universal Mutation Database- FBN1 мутацийн мэдээллийн сангаас авсан мэдээллээс харахад нярайн Марфан хам шинж мутацийн 92% нь шинээр үүссэн. Нярайн Марфан хам шинж генотип-фенотипийн шинжилгээгээр ихэнх мутац (88.4%) нь зөвхөн нярайн Марфан хам шинжтэй өвчтөнүүдэд илэрдэг болохыг харуулсан.

Нярайн Марфаны хам шинжийн тавилан мүү. 86 тохиолдлын тоймд нас баралтын дундаж нас 16.3 сар байсан бол сонгодог Марфаны хам шинжтэй өвчтөнүүд хэдэн арван жил амьдардаг. Сонгодог Марфаны хам шинжийн нас баралтын гол шалтгаан нь аортын задрал эсвэл урагдал байдаг бол нярайн Марфаны хам шинжтэй өвчтөнүүд ихэвчлэн митрал болон гурван хавтаст хавхлагийн регургитацитай холбоотой зүрхний дутагдлаас болж нас бардаг.

ДҮГНЭЛТ:

Нярайн Марфаны хам шинж нь маш ховор, амь насанд аюултай эмгэг юм. Энэхүү тохиолдол нь нярайн Марфаны хам шинжийн сонгодог бус, хүнд хэлбэрийн эмнэлзүйн илрэлтэй байсныг харуулж байна. Эрт үеийн нарийн мэргэжлийн тусламж, тасралтгүй хяналт нь амьдралын чанар, хугацааг уртасгах боломжтой юм.

НОМЗҮЙ:

- https://www.uptodate.com/contents/genetics-clinical-features-and-diagnosis-of-marfan-syndromeandrelateddisorders?search=marfan%20syndrome&source=search_result&selectedTitle=1~49&usage_type=default&display_rank=1
- <https://publications.aap.org/pediatrics/article/132/4/e1059/64837/Health-Supervision-for-Children-With-Marfan?autologincheck=redirected>
- <https://marfan.org/marfan/2576/Aortic-Root-Dilatation-Nomogram>
- [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(19\)30389-0/fulltext](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(19)30389-0/fulltext)
- <https://marfan.org/dx/zscore-children/#formtop>
- https://marfan.org/wp-content/uploads/2021/01/Neonatal_Marfan_Syndome.pdf
- https://en.wikipedia.org/wiki/Marfan_syndrome
- https://journals.lww.com/nijc/fulltext/2015/12010/neonatal_marfan_syndrome__a_rare_presentation.14.aspx
- <https://secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/lnx/0423022468https://link.springer.com/article/10.1186/s13052-024-01756-0>

3.7 ЭДИЙН ШИНЖИЛГЭЭГЭЭР ОНОШИЛСОН ГАДНА БЭЛЭГ ЭРХТНИЙ ЭПИТЕЛИОИД САРКОМА

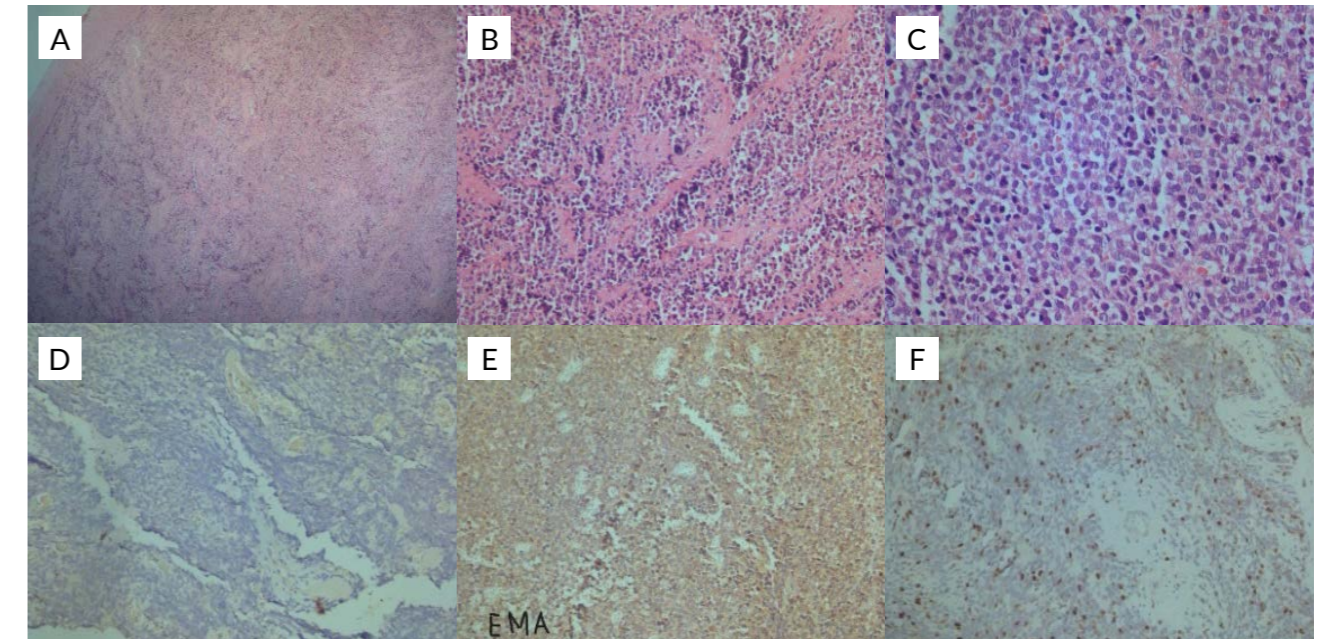
Т.Мөнхбат¹, Э.Ундармаа²¹Өвөрхангай аймаг дахь бүсийн оношилгоо эмчилгээний төв²Эмгэг судлалын үндэсний төв

ТОДОРХОЙЛОЛТ:

Эпителиоид саркома нь их биеийн зөөлөн эд ялангуяа аарцаг хэвлийн хөндий, бэлэг эрхтэн болон дотор эрхтэн, өгзөг ташааны хэсэгт илүү түгээмэл тохиолддог мезенхимийн хортой хавдар юм. Эсийн морфологи шинжээрээ эпителиоид төрхийг илэрхийлдэг [1]. Эмнэлзүйн хувьд ганц эсвэл олон үүсгэвэр байдаг, аажим томордог, зангилаа хэлбэрээр илэрч, дахих хандлагатай, тунгалгийн зангилааны болон алсын үсэрхийлэл ялангуяа уушгинд үсэрхийлдэг нас баралт өндөр хортой хавдар юм [2-5]. Уг хавдар нь эмнэлзүй болон дүрс оношилгоонд өвөрмөц шинжгүй тул эдийн болон иммуногистохимийн шинжилгээгээр эцсийн оношийг тогтоодог.

ТОХИОЛДОЛ:

24 настай эмэгтэй, 2024 оны Өвөрхангай аймгийн БОЭТ-д мэс заслаар хэсэгчлэн авсан сорьцод эдийн шинжилгээ хийхэд эдийн гарвалаараа саркома-н шинжийг агуулсан боловч хавдрын эсийн төрлөөр эпителиоид төрлийн мезенхимийн хортой хавдар сэжиглэсэн тул хавдрын эсийн эд гарвалыг тогтоох зорилгоор Эмгэг судлалын үндэсний төвийн лабораторит илгээж иммуногистохимийн Cytokeratin, EMA, CD34, Vimentin, Ki67, MelanA, S100, CD99 будгуудаар будуулсан. Уг тохиолдлыг Японы Хирошима их сургуулийн эмнэлгийн эмгэг судлалаас зөвлөгөө авагдсан ба иммуногистохимийн Cytokeratin, EMA, CD34, Vimentin, маркеруудад хавдрын эсийн бөөм, сийвэн эерэг, Ki67 маркерт хортойшлын зэрэг 20% будагдсан байна (Зураг 1).



Зураг 1: А; В; С. Нэвчсэн маягийн ургалттай, төвдөө үхжил бүхий жижиг зангилаа үүсгэсэн хавдрын эсүүд. D. Cytokeratin маркерт хавдрын эсүүдийн бөөм, сийвэнгийн эерэг будагдалт. E. EMA маркерт хавдрын эсүүдийн бөөм, сийвэнгийн эерэг будагдалт, F. Ki67 маркерын бөөмийн будагдалт 20%.

ХЭЛЦЭМЖ.

Гадна бэлэг эрхтний эпителиоид саркома нь эпителиоид эсийн морфологитой, голчлон хучуур эдийн фенотипийг харуулдаг мезенхимийн хортой хавдар бөгөөд нийт мезенхимийн хавдрын 1%-с багагүй, нас харгалзахгүй хүүхэд болон насанд хүрэгчдэд тохиолддог [6-9]. Эмнэлзүйн явцыг урьдчилан таамаглах боломжгүй. Хүүхдэд тавилан сайтай байдаг [10]. Бидний оношилсон уг тохиолдолд 24 настай харьцангуй залуу насны бүлэгт хамаарч байна. Үүсгэж буй шалтгаан, эмгэг жам нь одоогоор сайн судлагдаагүй боловч INI1/SMARCB1 генийн мутацаар

үүсдэг гэж үздэг [4, 11]. Энэ хавдрын үед дүрс оношилгооны өвөрмөц шинж байхгүй тул зөвхөн эдийн шинжилгээгээр оношлогддог тухай “Khin Thway, Robin L Jones, Jonathan Noujaim, Cyril Fisher” нарын “Epithelioid Sarcoma: Diagnostic Features and Genetics” гэх судалгаанд дурдсан байна [12]. Өнөөгийн байдлаар олон улсад батлагдсан эмчилгээний удирдамж байхгүй боловч мэс засал, эсвэл хими, туяа эмчилгээтэй хавсруулах аргууд байдаг [13]. Гадна бэлэг эрхтний эпителиоид саркома нь тавилан харьцангуй муутай бөгөөд насанд хүрэгчдэд 5 жил амьдрах хувь нь 50-80%, хүүхдэд тавилан сайтай учир амьдрах хувь нь 92.4% байдаг хэмээн судалгааны ажлуудад дурджээ.

ДҮГНЭЛТ.

Гадна бэлэг эрхтний эпителиоид саркома нь мезенхимийн гаралтай хортой хавдар бөгөөд микроскопийн шинжилгээгээр гажигшилтай эпителиоид эсүүдээс тогтсон нэвчдэст хавдар харагдах бөгөөд зарим нь рабдоид цитоплазмтай байна. Иммуногистохимийн шинжилгээгээр хавдрын эсүүд Cytokeratin, EMA болон CD34-д эерэг, S100, CD99 болон CD31 сөрөг байдаг түрэмгий хортой хавдар бөгөөд бидний практикт уг хавдрыг эдийн шинжилгээгээр анх удаа оношлов.

НОМЗҮЙ

1. WHO Classification of Tumours Editorial Board. *Female genital tumours*
2. Moore RG, Steinhoff MM, Granai CO, DeMars LR. *Vulvar epithelioid sarcoma in pregnancy. Gynecol Oncol.* 2002 Apr;85(1):218-22. doi: 10.1006/gyno.2002.6610. PMID: 11925150.
3. Rai H, Odunsi K, Kesterson J, Morrison C, Chan A, Mhawech-Fauceglia P. *Epithelioid sarcoma of the vulva in a 17-year-old pregnant woman. Appl Immunohistochem Mol Morphol.* 2009 May;17(3):270-3. doi: 10.1097/PAI.0b013e31818eca8b. PMID: 19384081; PMCID: PMC5049510.
4. Folpe AL, Schoolmeester JK, McCluggage WG, Sullivan LM, Castagna K, Ahrens WA, Oliva E, Biegel JA, Nielsen GP. *SMARCB1-deficient Vulvar Neoplasms: A Clinicopathologic, Immunohistochemical, and Molecular Genetic Study of 14 Cases. Am J Surg Pathol.* 2015 Jun;39(6):836-49. doi: 10.1097/PAS.0000000000000397. PMID: 25651469.
5. Tholpady A, Lonergan CL, Wick MR. *Proximal-type epithelioid sarcoma of the vulva: relationship to malignant extrarenal rhabdoid tumor. Int J Gynecol Pathol.* 2010 Nov;29(6):600-4. doi: 10.1097/PGP.0b013e3181e31f94. PMID: 20881848.
6. Hasegawa T, Matsuno Y, Shimoda T, Umeda T, Yokoyama R, Hirohashi S. *Proximal-type epithelioid sarcoma: a clinicopathologic study of 20 cases. Mod Pathol.* 2001 Jul;14(7):655-63. doi: 10.1038/modpathol.3880368. PMID: 11454997.
7. Guillou L, Wadden C, Coindre JM, Krausz T, Fletcher CD. *“Proximal-type” epithelioid sarcoma, a distinctive aggressive neoplasm showing rhabdoid features. Clinicopathologic, immunohistochemical, and ultrastructural study of a series. Am J Surg Pathol.* 1997 Feb;21(2):130-46. doi: 10.1097/00000478-199702000-00002. PMID: 9042279.
8. Perrone T, Swanson PE, Twiggs L, Ulbright TM, Dehner LP. *Malignant rhabdoid tumor of the vulva: is distinction from epithelioid sarcoma possible? A pathologic and immunohistochemical study. Am J Surg Pathol.* 1989 Oct;13(10):848-58. PMID: 2476944.
9. Ulbright TM, Brokaw SA, Stehman FB, Roth LM. *Epithelioid sarcoma of the vulva. Evidence suggesting a more aggressive behavior than extra-genital epithelioid sarcoma. Cancer.* 1983 Oct 15;52(8):1462-9. doi: 10.1002/1097-0142(19831015)52:8<1462::aid-cnrcr2820520821>3.0.co;2-y. PMID: 6352000.
10. Rodrigues AI, Lopes HI, Lima O, Marta S. *Proximal-type epithelioid sarcoma-unusual presentation: unilateral vulvar mass. BMJ Case Rep.* 2015 Apr 9;2015:bcr2014208488. doi: 10.1136/bcr-2014-208488. PMID: 25858929; PMCID: PMC4401904.
11. Tajima S, Takahashi Y, Hikoaki M, Goto R. *A SMARCB1-deficient vulvar neoplasm with prominent myxoid stroma: report of a case showing ERG and FLI1 expression. Int J Clin Exp Pathol.* 2015 Jun 1;8(6):7526-32. PMID: 26261664; PMCID: PMC4525998.
12. Thway K, Jones RL, Noujaim J, Fisher C. *Epithelioid Sarcoma: Diagnostic Features and Genetics. Adv Anat Pathol.* 2016 Jan;23(1):41-9. doi: 10.1097/PAP.0000000000000102. PMID: 26645461.
13. Hall DJ, Grimes MM, Goplerud DR. *Epithelioid sarcoma of the vulva. Gynecol Oncol.* 1980 Apr;9(2):237-46. doi: 10.1016/0090-8258(80)90032-3. PMID: 7372196

3.8 ТӨРСНИЙ ДАРААХ ХОРИОНКАРЦИНОМА: ОНОШИЛГОО БА ЭМЧИЛГЭЭНИЙ МЕНЕЖМЕНТ

Б.Батзул¹, Б.Өлзийдэлгэр¹, П.Отгонбаяр¹, Б.Балдандорж¹, Э.Зандан¹, Б.Мандал¹, Г.Баттулга¹
¹ЭХЭМҮТ, Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлэг

ҮНДЭСЛЭЛ:

Хорионкарцинома нь жирэмслэлтийн дараах хурдан метастаз үүсгэх чадвартай хорт хавдар бөгөөд ихэвчлэн зулбалт, гадуурх жирэмслэлт эсвэл бүрэн ба бүрэн бус цулцан хураагийн дараа илэрдэг. Төрсний дараах хорионкарцинома маш ховор (1/160,000 төрсөн эмэгтэй) боловч эмэгтэйчүүдийн амь насанд аюул учруулдаг. Энэ өвчнийг оношлох нь төвөгтэй, учир нь төрсний дараах цус алдалт, үргүүдэл, хэвлийн өвдөлт зэрэг шинж тэмдгүүд нь бусад өвчинтэй андуурагдах боломжтой. Монголд эмнэлзүйн тохиолдлын мэдээлэл ховор бөгөөд эмчилгээний менежментийн туршлага, зөвлөмж дутмаг байдаг тул судалгаа хийх шаардлагатай.

ТОХИОЛДОЛ:

30 настай, жирэмслэлт 3, өмнө нь 2 удаа хүндрэлгүй төрсөн эмэгтэй. 2025 оны 1 дүгээр сард хүндрэлгүй төрсний дараа 4 сарын дараа цээж, толгойн өвдөлт, гар хөл сулрах, хэл ярианы өөрчлөлт илэрсэн. Шинжилгээгээр тархи, умай, уушгинд олон төвшний эзлэхүүнтэй өөрчлөлт илэрч, β-hCG >10,000 mIU/ml байсан. Умайн КТ, тархины MRI-д олон тооны метастаз, цус хуралт, умайн болон тархины хавантай өөрчлөлтүүд тодорхойлогдсон. Эмэгтэйд хорионкарцинома оношлогдсон бөгөөд тавиланг үнэлэх оноогоор 7-оос дээш буюу эндэх эрсдэл өндөртэй гэж тодорхойлогдсон.

ДҮГНЭЛТ:

Төрсний дараах хорионкарцинома нь оношлох, эмчлэхэд хүндрэлтэй, өндөр эрсдэлтэй өвчин юм. Эмч нар төрсний дараах ховор цус алдалт, мэдрэлийн өөрчлөлт, амьсгал болон хэвлийн шинж тэмдгийг анхаарч, β-hCG, тархи болон умайн дүрс оношилгоог цаг алдалгүй хийх шаардлагатай. Эрт оношилгоо, эмчилгээний зөв менежмент нь амь насыг аврахад чухал ач холбогдолтой байна.

3.9 ХЭЙ-УЭЛЛСИЙН ХАМШИНЖ

М.Пүрэвжаргал, Б.Мөнхсайхан, А.Буянбат, Ё.Бямбасүрэн, Г.Боролдойхүү
ЭХЭМҮТ

УДИРТГАЛ:

“АЕС” синдром (анкилоблефарон-эктодермийн дисплази-уруул тагнайн сэтэрхийн синдром) гэгддэг Хэй-Уэллсийн хам шинжийг анх 1976 онд Хэй ба Уэллс нар тодорхойлсон. Тус хам шинж нь TR63 генийн мутациас үүдэлтэй аутосомын доминантаар удамшдаг ба 100 000 амьд төрөлтөд 1-70 тохиолдох тархалттай гэх хэдий ч маш цөөн тохиолдол бүртгэгдсэн ховор эмгэг юм. Хэй-Уэллсийн хам шинж болох ecto-дермийн дисплази нь үр хөврөлийн ecto-дермээс гаралтай эрхтэн тогтолцооны гажигтай холбоотой бөгөөд арьс, үс, хумс, шүд, хөлсний булчирхай, уруул, тагнай, гар болон хөлийг ecto-дермийн эмгэгшил үүссэн байна.

ЭМНЭЛЗҮЙН ТОХИОЛДОЛ:

Өвчтөн Г.М, 6 сартай, эмэгтэй. 37 настай эхийн 4 дэх жирэмслэлтийн 4 дэх төрөлт, жирэмсний 36 долоо хоногтойд төрөх замаар 2900 гр жинтэй, 47 см урттай, Апгарын 7/8 баллтай төрсөн. Жирэмсний 30 долоо хоногтойд тэмбүү өвчнөөр өвдөж эмчлэгдсэн. Төрөлт хэвийн явагдсан. Хүүхэд 1 хоногтойд эмчилгээнд орж 14 хоног эмчилгээ хийлгэсэн. Хүүхэд төрснөөс хойш 2 удаа Уушгины хатгалгаа оношоор эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлсэн. Хүүхдийн эцэг, эхийн талаас ижил зовууртай хүн одоогоор байхгүй гэнэ.

БИЕ БЯЛДРЫН ҮЗҮҮЛЭЛТ:

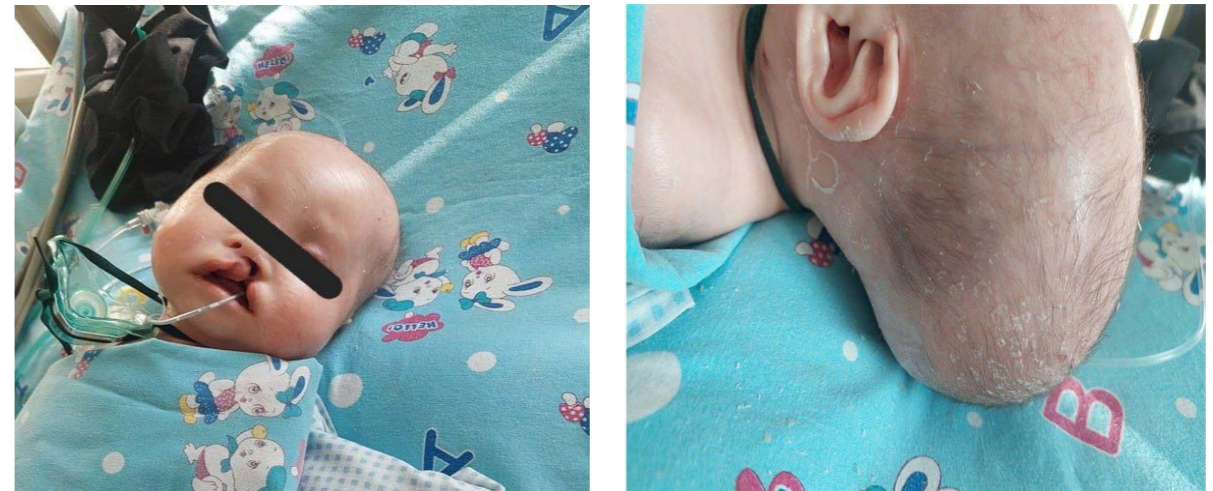
3900 гр жинтэй, 59 см урттай. Жин-насны харьцаагаар < 0.02 перцентиль, өндөр-насны харьцаагаар 0.31 перцентиль, жин-өндрийн харьцаагаар < 0.02 перцентиль тус тус хэмжигдсэн.

БОДИТ ҮЗЛЭГТ:

Биеийн арьс нэлэнхүйдээ хуурайшиж уян чанар алдагдсан, улайж гуужсан, амархан хагарах хандлагатай. Толгой, их бие, дээд, доод мөчдөөр тархмал шаргал өнгийн тавтай, хивгэн хайрсжилттай. Их бие, дээд, доод мөчдөөр тархмал энэ тэнд, арьсны түвшинээс дээш өргөгдсөн, улаан ягаан өнгийн, дугариг хэлбэрийн улаан ягаан өнгийн гүвдүүнүүдтэй. Дермографизм улаан илэрнэ. Царай өвөрмөц төрхтэй, үс тачир, шингэн, нүдний зовхины төрөлхийн наалдцаас (ankyloblepharon) шалтгаалж нүд бүрэн анигдахгүй, уруулын сэтэрхийтэй, гарын алганд хөндлөн зураастай. Мах мариа сул. Цээжний хэлбэр зөв. Амьсгалд туслах булчингууд сул оролцоно. Цээж хонхолохгүй. Чагналтаар уушги 2 талын ширүүн амьсгалтай, нойтон хэржигнүүртэй. Зүрхний авиа тод, хэм жигд, эмгэг шуугиангүй. Хэвлий дүүрэнгидүү, тэмтрэлтээр зөөлөн. Элэг, дэлүү томгүй.



Зураг 1. Хүүхэд уруулын сэтэрхийтэй, их бие, дээд, доод мөчдөөр тархмал энэ тэнд, арьсны түвшинээс дээш өргөгдсөн, улаан ягаан өнгийн, дугариг хэлбэрийн улаан ягаан өнгийн гүвдүүнүүдтэй ба дермографизм илэрнэ.



Зураг 2. Толгой, их бие, дээд, доод мөчдөөр тархмал шаргал өнгийн тавтай, хивгэн хайрсжилттай.

ШИНЖИЛГЭЭНД:

1. Цусны дэлгэрэнгүй шинжилгээнд WBC-27.95 $10^3/uL$, MONO%-12.8%, PLT-653 $10^3/uL$, LYMPH%-31.6%, RBC-4.59 $10^6/uL$, HGB-12.6 г/дл, NEUT%-53.7%, BASO%-0.5%, EO%-1.4% буюу лейкоцитоз, тромбоцитоз, моноцитоз өөрчлөлттэй байв.
2. Биохимийн шинжилгээнд нийт уураг 52.3 г/л, альбумин 30.9 г/л с-урвалж уураг 0.9мг/л, хлор 135.9ммоль/л, фосфор 2.8 ммоль/л, лактат 5.5 ммоль/л, мочевин 55.5 мг/дл, магни 3.00 мг/дл, сахар 11.3 ммоль/л, натри 172 ммоль/л, лактат дегидрогеназа 354 нэгж/л, кальци 1.8 ммоль/л буюу нийт уураг, альбумин буурч, лактат дегидрогеназа ихэссэн байна.
3. Цус бүлэгнэлтийн шинжилгээнд зориуд идэвхжүүлсэн тромбопластины хугацаа- 37.2 сек, протомбины хугацаа-16.0 сек, тромбины хугацаа-20.0 сек, INR-1.30 буюу цус бүлэгнэлтийн алдагдалгүй байсан.
4. TORCH халдварыг илрүүлэх шинжилгээнд энгийн герпес вирус 1,2-ын эсрэг үүсэн IgM 0.01, улаанууд үүсгэгч вирусийн эсрэг үүсэн IgG 0.01, токсоплазмын эсрэг үүссэн IgG 0.7 хэмжигдсэн.
5. Иммунологийн шинжилгээнд тэмбүүгийн халдваргүй, хүний дархлал хомсдолын вирус, гепатит В вирус сөрөг, бамбай булчирхайн дааврын үзүүлэлт өөрчлөлтгүй хэвийн байв.
6. Удамзүйн хромосомын кариотипийн шинжилгээнд 46XX хүйстэй тохирч буй. Генетикийн шинжилгээ хийгдээгүй.

ТӨРӨЛЖСӨН МЭРГЭЖЛИЙН ЭМЧ НАРЫН ҮЗЛЭГТ:

Арьсны эмчийн үзлэгт Гуужихай (эксфолатив) дерматит оношлогдсон. Нүдний эмчийн үзлэгээр харааны мэдрэлийн хөхлөгийн хил хязгаар тод, шар толбо рефлектстэй судсан багц төвдөө хэвийн байсан.

ЯЛГАН ОНОШИЛГОО:

РаппХоджкины синдром, “CHAND” хамшинж, Эктродактили-эктодермийн дисплази-уруул/тагнайн сэтэрхий (“ЕЕС”) синдром, “ADULT” синдром.

ОНОШ:

“АЕС” синдром (анкилоблефарон-эктодермийн дисплази-уруул тагнайн сэтэрхийн синдром) буюу Хэй-Уэллсийн синдром (Q82.4)

ЭМЧИЛГЭЭ:

Тухайн хүүхдэд илэрч буй шинж тэмдгээс хамааран эмийн болон эмийн бус эмчилгээ хийгдсэн.

ХЭЛЦЭМЖ:

Аутосомын доминантаар удамшдаг ховор тохиолддог Хэй-Уэллсийн хам шинжийн үед эмнэлзүйд илрэх үндсэн шинжүүд буюу өвчний оношилгооны шалгуур болох анкилоблефарон буюу нүдний зовхины төрөлхийн наалдац, ecto-дермисийн дисплази, уруул ба/эсвэл тагнайн сэтэрхий байна. Эдгээр гурван эмнэлзүйн шинжүүд манай тохиолдолд илэрсэн.

Анкилоблефарон нь дээд ба доод зовхины ирмэгүүдийн бүрэн эсвэл хагас наалдцыг хэлэх ба ихэвчлэн санамсаргүй байдлаар аль нэг нь тохиолддог. Жирэмсний эхний 5 долоо хоногт дээд ба доод зовхи нийлсэн байдаг ба 5 дахь долоо хоногос салдаг. Тиймээс жирэмсний 7-15 дахь долоо хоногийн хооронд үүссэн гажиг нь зовхины наалдац эмгэгийг үүсгэдэг. Олон эрхтнийг хамарсан эктодермийн дисплази нь бусад гажигтай хавсарч байвал эктодермийн дисплазийн хам шинж болдог. Хэй-Уэллсийн хамшинж оношлогдсон өвчтөнүүдэд үс халцралд, шингэн цайвар үс, хумсны дистрофи, алга-ульни гиперкератоз, арьсны пигментацийн эмгэг, хөлсний булчирхайн дутуу хөгжил, шүдний дутуу хөгжил, шүдний гажиг, чихний дэлбэнгийн гажиг зэрэг илэрч болно. Нулимсны сувгийн битүүрэл мөн нийтлэг тохиолддог. Эмнэлзүйд илэрч болох бусад шинжүүдэд олон тооны хөх, дунд чихний урэвсэл, гипоспади, нүүрний дунд хэсгийн гипоплази, гипертелоризм, намхан бие, оюуны хомсдол, гипоакузи, нүдний эмгэг зэрэг орно.

ДҮГНЭЛТ:

Хэй-Уэллсийн хам шинжийг эрт оношлох шаардлагатай. Ингэснээр эцэг эхчүүдэд удам зүйн зөвлөгөө өгөх, эритродермаг эхэн үед оношилж эмчлэх, арьсны халдвараас урьдчилан сэргийлэх зэрэг ач холбогдолтой. Түүнчлэн нүдний болон шүдний эмчилгээг эрт эхлүүлж, уруул болон тагнайн сэтэрхийг мэс заслын аргаар эмчлэх боломжтой бөгөөд өвчтөний амьдралын чанарыг нэмэгдүүлэхэд маш чухал юм.

НОМ ЗҮЙ:

1. Douka A, Goutzanis L, Vlachakis D, Chrousos GP, Yapijakis C. Molecular Modeling Analysis Provides Genotype-Phenotype Correlation Insights in a Patient with Ankyloblepharon-Ectodermal Dysplasia-Clefting Syndrome. *Genes (Basel)*. 2023 Jun 10;14(6):1246. doi: 10.3390/genes14061246. PMID: 37372427; PMCID: PMC10298433.
2. Zhang Z, Cheng R, Liang J, Lu Z, Wang Y, Li M, Yu H, Yao Z. Ankyloblepharon-ectodermal dysplasia-clefting syndrome misdiagnosed as epidermolysis bullosa and congenital ichthyosiform erythroderma: Case report and review of published work. *J Dermatol*. 2019 May;46(5):422-425. doi: 10.1111/1346-8138.14837. Epub 2019 Feb 27. PMID: 30809829.
3. Hossain RR, Ng SGJ, Chong C, Botha VE, Ferguson R, McKelvie J. Ankyloblepharon-ectodermal dysplasia-clefting syndrome: Surgical and medical management in an infant with bilateral corneal perforations. *Indian J Ophthalmol*. 2022 Jul;70(7):2633-2635. doi: 10.4103/ijo.IJO_2534_21. PMID: 35791181; PMCID: PMC9426061.
4. Macias E, de Carlos F, Cobo J. Hay-Wells syndrome (AEC): a case report. *Oral Dis*. 2006 Sep;12(5):506-8.
5. Rosa DJ, Machado RF, Martins Neto MP, Sá AA, Gamonal A. Hay-Wells syndrome: a case report. *An Bras Dermatol*. 2010 Mar-Apr;85(2):232-5.
6. Khalfi L, Hamama J, Mahroug L, Arrob A, Sabani H, El Khatib K. Syndrome de Hay-Wells : à propos d'un cas [Hay-Wells syndrome: A case report]. *Arch Pediatr*. 2016 Feb;23(2):163-6. French.
7. Hans van Bokhoven, Frank McKeon, Mutations in the p53 homolog p63: allele-specific developmental syndromes in humans, *Trends in Molecular Medicine*, Volume 8, Issue 3, 2002, Pages 133-139, ISSN 1471-4914.

3.10 ЭМНЭЛЗҮЙГЭЭР ОНОШЛОГДСОН ЦЭВРҮҮТ ТОГТОЛЦООНЫ УЛААН ЯР (BSLE)

Э.Хөлгөн¹ Э.Билгүүн¹
УНТЭ-Хэрх үе судлал, үе сэргээх төв

ХУРААНГУЙ

Тогтолцооны улаан яр (SLE) нь олон эрхтэн тогтолцоог хамардаг хүнд явцтай аутоиммуны эмгэг бөгөөд аль эрхтэн тогтолцооны гэмтэл үүссэнээс хамаарч өргөн хүрээний төрөл бүрийн эмнэлзүйн шинж илэрдэг. Судалгаанд нийтлэгдсэн цөөн тооны ижил сэдэв бүхий эмнэлзүйн тохиолдлоос харахад цэврүүт тогтолцооны улаан яр (BSLE) эмнэлзүйд тохиолдох нь нэн ховор аж.

ОРШИЛ

Цэврүүт тогтолцооны улаан яр (BSLE) нь тогтолцооны улаан яр (SLE)-тэй өвчтөнүүдийн 1%-иас бага хувьд тохиолддог маш ховор төрөл. Энэ нь арьсны дерм болон эпидермийн зааг дээрх VII төрлийн коллагены эсрэг аутоэсрэгбие үүссэнээр илэрдэг, эпидермийн доорх цэврүүт эмгэг юм.^{1,2}

Тархвар зүйн хувьд жилд 1,000,000 хүн амд 0.5-аас бага тохиолдол шинээр оношлогддог. Ихэнхдээ BSLE нь 40-50 насны африк-америк гаралтай, SLE өмнө нь оношлогдож байсан эмэгтэй хүнд үүснэ.¹

Цэврүүт төрөл нь ховор тохиолдолд залуу насны SLE оношлогдсон хүнд эхний илрэл шинж болж болдог. BSLE-тэй өвчтөнүүд дунд олон эрхтэн тогтолцооны хүндрэл үүсэх давтамж өндөр бөгөөд люпус нефриттэй (LN) ойрын хамааралтай байсан.³

ТОХИОЛДЛЫН ТАНИЛЦУУЛГА

ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ:

19 настай, эмэгтэй.

Хорт зуршил: Архи (-), Тамхи (-) Мэргэжил: Оюутан. Архаг хууч өвчин: Байхгүй.

ЗОВУУРЬ:

Нүүр болон цээжээр цэврүүт тууралт гарна. Доод мөчдөөр цусархаг тууралт гарна. Оройдоо халуурна. Хэвтэх үед давчдан, ачаалал авах үед амьсгаадна. Халуурах үед гарын үеэр хавдаж доод мөчдөөр гарсан тууралт тодорч нэмэгдэнэ. Алхаж чадахгүй тамирдана. Хаая дэмийрнэ.

ӨВЧНИЙ ТҮҮХ:

2025 оны 12 сараас цочмогоор арьсны цэврүүт тууралт эхэлж, богино хугацаанд нүүр, их биеэр тархсан. Үүний зэрэгцээ биеэр хавагнах, халуурах, үе мөчөөр өвдөж хавдах, амьсгаадах зовууриуд илэрсэн. Харьяа аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт онош тодруулах зорилготой хандсан ч үр дүнд хүрээгүй. Биеийн байдал сайжраагүй тул онош тодруулах зорилгоор УНТЭ-Хэрх үе судлалын амбулаторид үзүүлж Цэврүүт тогтолцооны улаан яр (BSLE) оношлогдсон.

Бодит үзлэг

1. Амьсгалын эрхтэн тогтолцоо: Өөрчлөлтгүй. - Халуурна 37.7c
2. Цусны эргэлтийн тогтолцоо: Тогтвортой, дэмжлэггүй. Гүрээний лугшилт 2 талд ажиглагдахгүй. Захын судасны хүчдэл дүүрэлт дунд зэрэг. Хялгасан судасны эргэн дүүрэлт 2 сек>. Зүрхний авиа бүдэг, хэм жигд. АД- 129/89 мм.муб. Зүрхний цохилтын тоо-101 удаа/минут.
3. Шээс дамжуулах эрхтэн тогтолцоо: Хөлийн шилбээр зөөлөн хавантай, шээс бага зэрэг тод шар хөөсөрхөг, шээсний гарц хэвийн.
4. Арьс салстын өөрчлөлт: Нүүр, уруул болон их биеэр цэврүүт тууралттай /ЗУРАГ 1/, хөлийн гуя шилбээр цусархаг тууралттай. /ЗУРАГ 2/
5. Үе мөч: Баруун гарын MCP - II, III үеэр синовит өгч хавдсан.
6. Төв мэдрэлийн тогтолцоо: Babinski/Hoffman sign, дагзны хөшингө үгүй, бөөлжиж суулгах шинжгүй. Толгойн өвдөлттэй. Утга уялдаагүй зүйл хааяа ярьж, инээнэ.



ЗУРАГ 1 Туурсан цэврүүт тууралт

ЗУРАГ 2 Доод мөчдөөр туурсан цусархаг тууралт

ШИНЖИЛГЭЭНД:

Лабораторийн шинжилгээнд микроцитын, гипохромын дунд зэргийн цус багадалттай.

Биохимийн шинжилгээнд нийт уургийн хэмжээ хэвийн боловч хүнд зэргийн гипоальбумин үүсч, цусны мочевин 112мг/дл хүртэл ихэссэн. Үрэвслийн хурц үеийн уураг СРБ 6.4 mg/dl болж бага зэрэг нэмэгдсэн ч прокалцитонин 0.04ng/ml байсан нь идэвхтэй халдварын шинжийг үгүйсгэнэ.

Шээсний ерөнхий шинжилгээнд уураг алдалт (4+), гематури, лейкоцитури илэрсэн. Шээсний бактериологийн хариунд эмгэг төрөгч ургаагүй нь халдварын шалтгаан үгүйсгэж биохими, иммунологийн шинжилгээтэй уялдуулан люпус нефритын эмнэлзүйтэй тохирно.

| Иммунологи | 2026.01.07 | ANA-9-LINE | |
|-------------------------------------|------------|------------|-----------------|
| ANA-detect | 7.8 H | Rib-p | 2.02 H |
| Anti-dsDNA | >200.0 H | CENP-P | 0.02 |
| Complement C3 | 0.29 L | Jo-1 | 0.00 |
| Complement C4 | 0.13 L | Scl-70 | 0.02 |
| Anti-CCP | 44.9 H | RNP/Sm | 1.01 H |
| Anti-phospholipid IgG | 7.3 | Sm | 0.49 borderline |
| Anti-phospholipid IgM | 2.1 | SS-b | 1.64 H |
| Anti-cardiolipin IgG | 4.6 | SS-A52 | 1.18 H |
| Anti-cardiolipin IgM | 1.5 | SS-A60 | 1.66 H |
| Anti-beta2-Glycoprotein IgA IgM IgG | 4.0 | RF | 46.78 H |

Тархи нугасны шингэний шинжилгээгээр (CSF) цус илрээгүй, цагаан эс 20/ul, нейтрофил давамгайлсан (PMN 85%), уургийн бага зэргийн ихсэлт, IgG 176.9мг/дл, лактат, глюкоз хэвийн гарсан. Нөгөөтээгүүр (GSF) нян судлалын шинжилгээнд эмгэг төрөгч ургаагүй нь бактерийн менингитийн шинж бус SLE-н үеийн идэвхжил төв мэдрэлийн тогтолцоог хамрах эмнэлзүйтэй уялдаж байв.

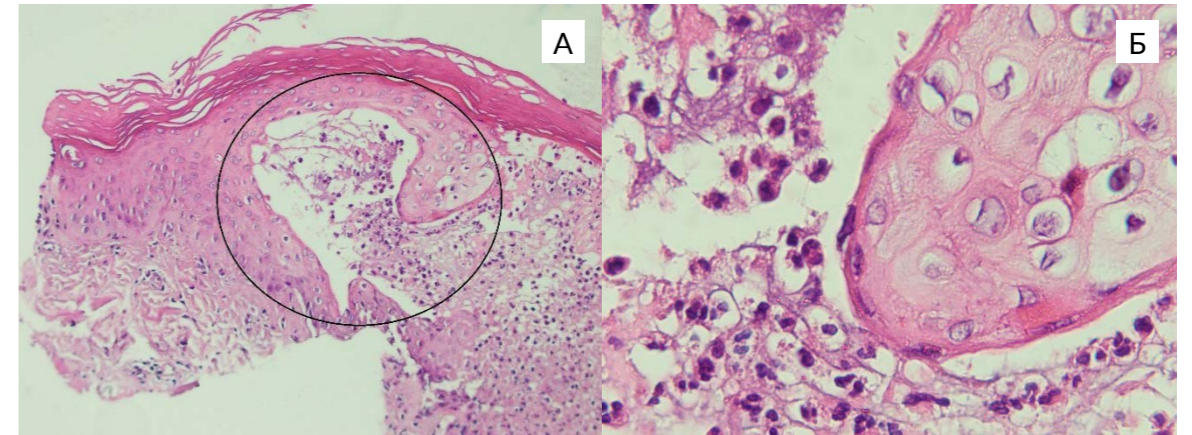
ЗҮРХНИЙ ЭХО: 2026.01.08

Зүүн ховдлын ар хананд систолын үед 2,3см, диастолын үед 1,5см, Баруун тосгуур орчимд 1,5см хэмжээтэй шүүдэстэй.

Хэвлийн хэт авиан шинжилгээ: Бага аарцгийн хөндийд бага зэрэг сул шингэнтэй.

Цээжний рентген шинжилгээ: Өөрчлөлтгүй

АРЬСНЫ БИОПСИ: 2026.02.03



А. Хавтай хучуур эсийн цэврүү үүссэн (subepidermal blister formation) (хар дүгүү)

Б. Хавтай хучуур эсийн цэврүү үүссэн тухайн цэврүүний доод хэсгээр нейтрофил эсийн нэвчдэс.

ҮНДСЭН ОНОШ:

DS: Systemic lupus erythematosus with organ or system involvement M32.1+
 SELENA SLEDAI- 35 severe flare
 Bullous cutaneous involvement
 Polyserositis with severe pericardial effusion
 Suspected CNS lupus and lupus nephritis

ЯЛГАН ОНОШИЛГОО:

DDX: Bullous pemphigoid
 Dermatitis herpetiformis
 Epidermolysis bullosa acquisita
 Linear IgA BD

ЭМЧИЛГЭЭ:

2025 оны АCR-н зөвлөмжийн дагуу өндөр идэвхжил бүхий бусад эрхтэн буюу тогтолцоог хамарсан тогтолцоот улаан яр гэж үзэн нөлөөлөх эмчилгээнд:

1. Кортикостеройд цохилтын тунгаар 5 хоног индукц хийсэн ба цаашид 1мг/кг/хоног тунгаар эмнэлзүйн үр дүн гартал эмчилгээг үргэлжлүүлэхээр тооцоолсон.
2. Суурь DMARD-д HCQ 400mg/хоног, индукц DMARD-д MMF 2000mg /хоног тунгаар авч эмнэлзүй болон шинжилгээнд тулгуурлан цаашид хяналтаар эмчилгээг үргэлжлүүлэхээр төлөвлөсөн.
3. Бусад шинж тэмдгийн эмчилгээний хүрээнд (Prophylactic antibiotic, colchicine, nsaid, anti-psychiatric, iron product, PPI) эмчилгээг ашигласан.

ХЯНАЛТ:

Индукц эмчилгээ амжилттай хийгдсэнээс хойш өвчтөний эмнэлзүйн шинж тэмдэг (арьсны өөрчлөлт, шээсний өөрчлөлт, сэтгэл санааны өөрчлөлт) болон лабораторийн шинжилгээг (цдш, креатинин, шээс, шээсний уураг, antidsDNA, хавсарга)г үнэлж, дурдсан үзүүлэлтүүдийн өөрчлөлттэй уялдуулан эмийг аажмаар багасгах ёстой. Эхний 3–6 сар дотор преднинозолонг ≤5 mg/өдөр хүртэл багасгах зорилтод хүрэхийг эрмэлзэх буюу намжмалд хүрсэн тохиолдолд преднинозолонг бүрмөсөн зогсоох талаар төлөвлөгөө гаргах болно. Эмчилгээнд HCQг насан туршид уулгаж үргэлжлүүлэн хянах ба HCQ өвчний идэвхжил болон дахин сэдэрлээс хамгаалдаг нь судалгаагаар нотлогдсон.⁴



Тайлбар: Эмчилгээний дараах 14 дах хоногийн хяналт дээр нүүрний цэврүүт тууралт болон уруулын салстын гэмтэл илт сайжирсан. Мөн эмнэлзүйд сэтгэц хөөрлийн шинж арилсан.

ХЭЛЦЭМЖ

BSLE хурц хэлбэрээр илэрдэг ба цэврүү нь гэмтэлтэй эсвэл хэвийн арьсан дээр үүсч болдог. Цэврүү нь нарны гэрэлд ил гардаг хэсэгт илүү ажиглагддаг ч бусад арьс болон салстын хэсэгт гарч болно. Голчлон их бие, нүүр, хүзүү, уруулын хил, амны салст зэрэг байрлалд давамгайлдаг.⁵

VII коллаген нь эпидермис хэсгийг дермистэй холбодог бэхлэгээний фибрил (anchoring fibril)-н үндсэн бүрэлдэхүүн хэсэг. BSLE-н эмгэг жамд VII коллагений эсрэг үүссэн аутоэсрэгбие чухал үүрэгтэй. Энэ аутоэсрэгбие нь суурийн мембраны бүсэд байрлах VII коллагены домайн 1 ба 2 (NC1, NC2)-т холбогддог. Үүний улмаас суурийн мембран холбоос суларч, эмнэлзүй болон гистологийн хувьд цэврүүдэлт үүсдэг.^{2,9}

BSLE-н үед гистопатологийн хувьд цэврүү ба нейтрофил эс давамгайлсан нэвчдэс болон торлог хэсэгт (reticular dermis)-д их хэмжээний муцин хуримтлагдсан байх явдал юм.⁶

(Bullous pemphigoid, dermatitis herpetiformis, epidermolysis-bullosa-acquisita, Linear-IgA-BD) зэрэг өвчнүүдээс BSLE-г шууд иммунофлуоресценц (DIF)-н тусламжтай ялгаж онош батлах боломжтой.⁷ BSLE-н үед DIF шинжилгээнд VII коллагений эсрэг үүссэн аутоэсрэгбие - (Linear/granular deposits of IgG, IgA, IgM, C3 at the basement membrane zone)-д олдох онцлогтой.⁸

BSLE-н хувьд арьсны цэврүүт өөрчлөлт нь нейтрофилийн давамгайлсан эмгэг жамтай тул дапсон (dapson) эмчилгээнд хамгийн үр дүнтэй байдаг.¹¹ Мөн SLE хүндрэлээс шалтгаалсан нөлөөлөх эмчилгээ ялангуяа MMF нь цэврүүт тууралтын үед үр дүнтэй эмчилгээ.⁹

Олон судалгаанд BSLE нь идэвхтэй люпус нефриттэй хавсрах хандлагатайг харуулсан байдаг. Нэгэн судалгаанд бичсэнээр нийт BSLE-н 128 тохиолдлыг хянаж үзэхэд 50%-д class III, IV – люпус нефрит, 7%-д төв мэдрэлийн тогтолцооны гэмтэл үрэвсэл, 45%-д цусны тогтолцооны өөрчлөлт илэрсэн байжээ.¹¹

SLE-н үед 15.5%-д RF, 6.7%-д anti-ccp эерэг гардаг. SLE-тэй өвчтөнд RF болон antiCCP эерэг гарах нь цаашид эрозив артрит хөгжих эрсдэл нэмэгдүүлж, Rhupus хам шинж сэжиглэх үндэслэл болдог. Одоогоор цахим орчимд Rhupus + цэврүүт тууралт хэлбэрийн ижил тохиолдол бүртгэгдээгүй байна.¹²

SLE-тэй өвчтөнүүдийн 10–17%д арьсны васкулит илэрдэг ба дийлэнх нь лейкоцитокластик васкулит байна.¹³ SLE үед үүсэх лейкоцитокластик судасны үрэвсэл нь эмгэг жам, гистологийн хувьд BLSE ялгагдахуйц өөр юм.¹⁴ BSLE-н гистопатологийн онцлог нь SLE-ийн эрвээхий тууралт (malar rash), зээрэнцэг тууралт (discoid rash) зэрэг классик фенотипүүдээс ялгаатай зураглалтай.¹⁵ Antiribosomal P эсрэг бие (antiRibP) нь төв мэдрэлийн тогтолцооны люпус-н онцлог биомаркерийн нэг гэж олон судалгаанд тэмдэглэгдсэн. 2009 оны судалгаанд SLE-тэй өвчтөнүүдийн 21%д antiRib-P илэрсэн бөгөөд төв мэдрэлийн тогтолцооны үрэвслийн шинж тэмдгүүдтэй нягт холбоотой байсан.¹⁶

12 жилийн хянасан судалгаанд ихэнх өвчтөнүүдийн арьсны тууралт нь сорви үүсгэлгүй эдгэрсэн, зарим тохиолдолд нөсөө, толбо үлдэх боломжтой. Мөн BSLE нь маш ховор тохиолдолд дахин давтагддаг байна.¹⁷

ДҮГНЭЛТ:

Цэврүүт тогтолцооны улаан яр нь мэдэгдэж буй тоо баримтаар Монгол улсад өмнө нь бүртгэгдэж байгаагүй тохиолдол юм. Бидний нөхцөлд DIF шинжилгээ боломжгүй байсан тул арьсны тууралтын морфологи, гистологийн шинжилгээ, системийн SLE үрэвслийн эмнэлзүйн шинж болон нөлөөлөх эмчилгээний үр дүнд тулгуурлан оношилсон. Энэхүү тохиолдол нь нөөц хязгаарлагдмал орчинд BSLE-г эмнэлзүй-гистологийн нэгдмэл үнэлгээгээр оношлох

боломжтойг харуулж, ховор тохиолдлын аутоиммунуны цэврүүт өвчний оношилгоонд клиникийн сэтгэлгээний ач холбогдлыг харуулж байна.

НОМ ЗҮЙ:

- Bernard P, Vaillant L, Labeille B, Bedane C, Arbeille B, Denoeux JP, Lorette G, Bonnetblanc JM, Prost C. Incidence and distribution of subepidermal autoimmune bullous skin diseases in three French regions. *Bullous Diseases French Study Group. Arch Dermatol.* 1995 Jan;131(1):48-52.
- Contestable JJ, Edhegard KD, Meyerle JH. Bullous systemic lupus erythematosus: a review and update to diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2014 Dec;15(6):517-24.
- Fujimoto W, Hamada T, Yamada J, Matsuura H, Iwatsuki K. Bullous systemic lupus erythematosus as an initial manifestation of SLE. *J Dermatol.* 2005 Dec;32(12):1021–1027. doi:10.1111/j.1346-8138.2005.tb00894.x.
- Aringer M, Johnson SR, Rovin BH, van Vollenhoven RF, et al. 2025 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Care & Research.* 2025; (in press / published online). doi:10.1002/acr. (2025 ACR SLE guideline)
- Yell JA, Allen J, Wojnarowska F, Kirtschig G, Burge SM. Bullous systemic lupus erythematosus: revised criteria for diagnosis. *Br J Dermatol.* 1995 Jun;132(6):921-8.
- Anyanwu CO, Ang CC, Werth VP. Oral mucosal involvement in bullous lupus. *Arthritis Rheum.* 2013 Oct;65(10):2622.
- Bhandari SK, Gautam N, Pandeya A, Jha S. “A case of bullous systemic lupus erythematosus: Diagnostic challenges and clinical implications.” *Clin Case Rep.* 2023 Nov 8;11(11):e8167. doi:10.1002/ccr3.8167. PMID:37953897; PMCID: PMC10632556
- Tullia de Risi-Pugliese, et al. Clinical, histological, immunological presentations and outcomes of bullous systemic lupus erythematosus: 10 new cases and a literature review of 118 cases. *Semin Arthritis Rheum.* 2018 Aug;50(1):83-89. Key point
- Chow KW, Sweis JGG, Alawneh D, Jetanalin P, Ascoli C, Kuschel S, Hoyer S, Braniecki M, Sweiss N. Bullous Systemic Lupus Erythematosus Successfully Treated with Intravenous Immunoglobulin and Mycophenolate Mofetil. *Cureus.* 2023 Sep 22;15(9) e45800. doi:10.7759/cureus.45800. PMID: 37876389; PMCID: PMC10590829.
- Bain EE, Grover RK, Plunkett RW, Beutner EH. Detection of collagen VII autoantibodies to NC1 and NC2 domains of collagen VII by ELISA in suspected epidermolysis bullosa
- de Risi-Pugliese T, Cohen Aubart F, Haroche J, Moguelet P, Grootenboer-Mignot S, Mathian A, Ingen-Housz-Oro S, Hie M, Wendremaire N, Aucouturier F, Lepelletier F, Miyara M, Bader-Meunier B, Rémy P, Fabien N, Francès C, Barete S, Amoura Z. Clinical, histological, immunological presentations and outcomes of bullous systemic lupus erythematosus: 10 New cases and a literature review of 118 cases. *Semin Arthritis Rheum.* 2018 Aug;48(1):83-89.
- Rom J Intern Med The significance of rheumatoid factor and anticyclic citrullinated peptide antibodies in systemic lupus erythematosus. 2013;51(34):179–187
- Jallouli M, et al. Cutaneous vasculitis in systemic lupus erythematosus: Clinical and immunological features in 68 patients. *Lupus.* 2007;16(5):370375. doi:10.1177/0961203307078142. PMID:17554027
- Miyagawa F, Ogawa K, Hashimoto T, Asada H. A Case of Systemic Lupus Erythematosus with Cutaneous Leukocytoclastic Vasculitis Mimicking Bullous SLE. *Case Rep Dermatol.* 2021;13(3):464469. doi:10.1159/000519022. PMID:34720919; PMCID:PMC8525288
- Grant Sprow, Mohsen Afarideh, Joshua Dan, Matthew L. Hedberg, Victoria P. Werth. Bullous systemic lupus erythematosus in females. *JAAD International.* 2022;8(3):e034. PMCID: PMC9324630.
- Briani C, Lucchetta M, Ghirardello A, et al. Neurolupus is associated with antiribosomal P protein antibodies: an inception cohort study. *J Autoimmun.* 2009;32(2):79–84.
- Chanprapaph K, Sawatwarakul S, Vachiramon V. A 12-year retrospective review of bullous systemic lupus erythematosus in cutaneous and systemic lupus erythematosus patients. *Lupus.* 2017 Oct;26(12):1278-128

Канефрон® Н



- ✓ Үрэвслийн болон нянгийн эсрэг үйлдэлтэй
- ✓ Гөлгөр булчин сулруулах, шээс хөөх үйлдэлтэй
- ✓ Бөөрөнд чулуу үүсэхээс сэргийлнэ

Бөөр болон шээсний замын өвчний эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэлтийн жинхэнэ зохицол !

| Нас | Дотуур ууж хэрэглэх дусаалга 100мл | Бүрхүүлтэй шахмал №60 |
|---|------------------------------------|---------------------------|
| 1-6 насны хүүхдэд | 10-15 дуслуар хоногт 3 удаа | - |
| 6 дээш насны хүүхдэд | 25 дуслуар хоногт 3 удаа | 1 шахмалаар хоногт 3 удаа |
| Насанд хүрэгсдэд | 50 дуслуар хоногт 3 удаа | 2 шахмалаар хоногт 3 удаа |
| Өвчний хурц шинж тэмдэг арилсны дараа эмчилгээг 2-4 долоо хоног үргэлжлүүлнэ. | | |

НАЙРЛАГА: 100 мл уусмал нь ус-спиртийн хандмал байдлаар Centaurium herba 6.0mg, Levistici radix 18.0mg, Rosmarini folia 6.0mg агуулдаг бол үрэл нь найрлагадаа Centaurium herba 18.0mg, Levistici radix 18.0mg, Rosmarini folia 18.0mg тустус агуулна. **ЭМИЙН ХЭЛБЭР:** Шахмал болон дусаалга хэлбэртэй. **ЭМИЙН ШИНЖ ЧАНАР:** Ургамлын гаралтай нийлмэл найрлагатай Канефрон® бэлдмэл нь гөлгөр булчинг сулруулах, шээс хөөх, үрэвслийн болон нянгийн эсрэг, цусны ерөнхий эргэлтийг сайжруулах зэрэг үйлдэлтэй. **ХЭРЭГЛЭХ ЗААЛТ:** Хурц болон архаг цистит, пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициаль нефритийн эмчилгээнд үндсэн болон нэмэлт бэлдмэлээр хэрэглэнэ. Бэлдмэлийг бөөр, шээсний замын чулуу үүсэхээс урьдчилан сэргийлэхэд, мөн чулууг авах мэс ажилбарын дараагаар хэрэглэнэ. **ГАЖ НӨЛӨӨ:** Бэлдмэлийн найрлаганд орсон аль нэг бодист харшлын урвал өгч болзошгүй. Харшлын урвал илэрсэн тохиолдолд хэрэглэхийг нэн даруй зогсооно. **ЦЭЭРЛЭЛТ:** Бэлдмэлийн найрлага дахь аль нэг бодист хэт мэдрэг бол хэрэглэж болохгүй. **ТУСГАЙ АНХААРУУЛГА:** Бөөрний хэвийн үйл ажиллагаа алдагдсан өвчтөнд уг бэлдмэлийг бусад эмтэй хавсруулан хэрэглэнэ. Бөөрний үрэвсэл эсвэл бөөрний хэвийн үйл ажиллагаа алдагдсан өвчтөнд уг бэлдмэлийг хэрэглэхийн өмнө эмчийн зөвлөгөөг авна уу. Цустай шээх, шээхэд зовиуртай байвал яаралтай эмчид хандана. Чихрийн шижинтэй хүмүүст: Бүрхүүлтэй 1 ширхэг үрэл нь ойролцоогоор 0,04 талхны нэгж агуулна. Жирэмсэн, хөхүүл үед: Эхэд үзүүлэх эмчилгээний нөлөө нь хүүхдэд учирч болох эрсдлээс илүүтэй гэж үзсэн тохиолдолд л хэрэглэж болно. Бэлдмэл нь автомашин жолоодох болон анхаарал шаардах машин механизмтай ажиллахад сөрөг нөлөөгүй. **ОЛГОЛТ:** Эмийн сангаас жоргүй олгоно. **УЛСЫН БҮРТГЭЛ:** F141119G004083

Бэлдмэлийг хэрэглэхийн өмнө заавартай анхааралтай танилцана уу !



Этимиб-Денк 10



Үйлчлэгч бодис: Эзетимиб

Хэрэглэх заалт:

1. Удамшлын дислипидеми буюу гэр бүлийн гомозигот болон гетерозигот хэлбэрийн гиперхолестеролеми
2. Хоёрдогч дислипидеми
 - Зүрх судасны эмгэг ба түүний хүндрэлээс (зүрхний шигдээс, тархины судасны хатуурал, харвалт, захын судасны эмгэг) сэргийлэх
 - Бодисын солилцооны хам шинж, чихрийн шижин, элэгний өөхлөлт



QR кодыг уншуулан бүтээгдэхүүний дэлгэрэнгүй мэдээлэлтэй танилцаарай

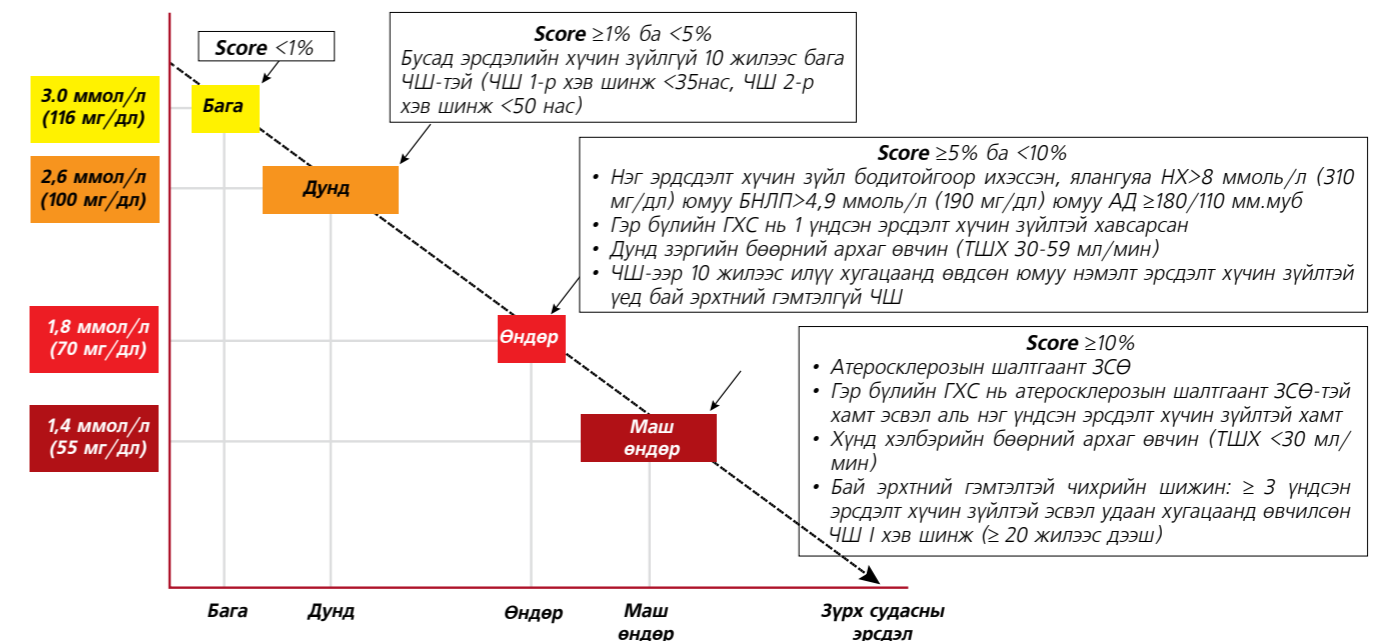
Хэрэглэх арга:

Этимиб-Денк 10mg шахмалыг хоногт 1 удаа ууна. Хоногийн аль ч үед хоолноос хамааралгүй хэрэглэнэ.

ESC/EAS-2019, ACC/ANA-2018, AACE Consensus Statement: Comprehensive Type 2 Diabetes Management Algorithm 2023, Монгол улсын Дислипидемийн оношилгоо, эмчилгээний эмнэлзүйн заавар 2024 удирдамжуудад:

- + БНЛП-Х зорилтот түвшинд хүртэл бууруулах нь зүрх судасны эмгэгийн эрсдэл, судасны хатуурлын шалтгаант ЗСӨ, эмнэлэгт хэвтэлт, түүний хүндрэл, нас баралтаас сэргийлнэ.
- + Статиныг зөвшөөрөгдсөн өндөр тунгаар хэрэглэхэд БНЛП-Х зорилтот түвшин хүртэл бууруулж чадахгүй бол эзетимибтэй (**Этимиб-Денк**) хослуулан хэрэглэхийг 1В түвшнээр зөвлөж байна.
- + Чихрийн шижин, титмийн хурц хам шинж, бөөрний архаг дутагдал, захын судасны эмгэг зэрэг липид бууруулах шаардлагатай өндөр болон маш өндөр эрсдэлтэй өвчтнүүдэд эзетимибийг (**Этимиб-Денк**) зөвлөнө.
- + Статин+ Эзетимиб хавсарсан эмчилгээ нь олон судалгаануудад өндөр тунтай статин эмчилгээнээс илүү үр дүнтэйгээр БНЛП-Х зорилтот түвшинд хүртэл бууруулж, гаж нөлөөг бууруулсан байна.

Зүрх судасны эрсдэлийн зэргээс хамаарсан БНЛП-Х зорилтот түвшин



4.1 МЭС ЗАСЛЫН АНАГААХ УХААНЫ САЛБАР**ЭЛЭГНИЙ НЭМЭЛТ БАРУУН ЦОРГОНООС САЛААЛСАН ЦӨСНИЙ ХҮҮДИЙН ӨВӨРМӨЦ ТОХИОЛДОЛ /ХИСАЦУГУ ХЭЛБЭР/**

Б.Алтанхүяг¹, Л.Мишигдорж¹, М.Эрдэмтүлхүүр¹, Б.Баяндүүрэн¹, Ч.Булган¹, Е.Ауганбек¹, Д.Энхбаяр¹, Б.Батхүү¹, Б.Төгөлдөр¹, Д.Гончигсүрэн¹

¹Грандмед эмнэлэг, ЕМЗ тасаг

ЧАЦАРХАЙН ТУНГАЛГИЙН УЙЛАНХАЙ

М.Эрдэмтүлхүүр¹, Б.Алтанхүяг¹, Л.Мишигдорж¹, Ч.Булган¹, Д.Энхбаяр¹, Б.Баяндүүрэн¹, Г.Батбаатар¹

¹Грандмед эмнэлэг, ЕМЗ тасаг

ЧАЦАРХАЙН ВЕНИЙН ТРОМБОЗ

Б.Сумъяа¹, Б.Мөнхпүрэв¹, М.Эрдэмтүлхүүр¹, Э.Тэгшжаргал², Б.Түвшинбаяр¹, Ж.Отгонбаяр¹, М.Отгонзаяа¹

¹Хан уул дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, Мэс заслын тасаг

²АШУУИС Дотрын анагаах судлалын резидент

ГАДНЫ БИЕТЭЭС ШАЛТГААЛСАН НАРИЙН ГЭДЭСНИЙ ЦООРОЛ ЭЛЭГНИЙ БУГЛААГААР ХҮНДЭРСЭН ТОХИОЛДОЛ

Б.Мөнхпүрэв¹, Б.Сумъяа¹, М.Эрдэмтүлхүүр¹, Э.Тэгшжаргал², Ц.Болдбаатар¹,

Б.Түвшинбаяр¹, Ж.Отгонбаяр¹

¹Хан-Уул дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, Мэс заслын тасаг

²АШУУИС Дотрын анагаах судлалын резидент

НЭГ ӨВЧТӨНД ХООЛ БОЛОВСРУУЛАХ ЗАМЫН ХАВДРЫН ХОЁР ТУСДАА ДУРАНГИЙН МЭС ЗАСАЛ ХИЙСЭН ТОХИОЛДОЛ

Б.Мөнхпүрэв¹, М.Эрдэмтүлхүүр², Б.Сумъяа¹, Б.Халиунаа², Д.Баямурат², Э.Тэгшжаргал³

¹Хан уул дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, Мэс заслын тасаг

²Хавдар судлалын үндэсний төв, Ерөнхий мэс заслын тасаг

³АШУУИС Дотрын анагаах судлалын резидент

АВАРГА ТОМ ЦӨСНИЙ ЧУЛУУ БҮХИЙ ЦӨСНИЙ ХҮҮДИЙГ ДУРАНГИЙН АРГААР АВСАН ТОХИОЛДОЛ: ОНОШИЛГОО БА МЭС ЗАСЛЫН ШИЙДЭЛ

Л.Ганчөдөр^{1,2}, М.Амарбаяр², Б.Монголжин², Д.Лхагвасүрэн², Ж.Амарсанаа², Н.Доржсүрэн³,

Б.Янжинлхам⁴, Б.Уянга⁴, Н.Баасанжав^{1,2}

¹-»АЧ» АУИС-ийн Мэс заслын тэнхим

²-»Ач» Интернэшнл Эмнэлэг, Мэс заслын тасаг

³-»Ач» Интернэшнл Эмнэлэг, Мэдээгүйжүүлгийн тасаг

⁴-»Ач» Интернэшнл Эмнэлэг, Дүрс оношилгооны тасаг

ГИСТОЛОГИЙН ТҮРГЭВЧИЛСЭН ШИНЖИЛГЭЭНД ТУЛГУУРЛАН ӨНДГӨВЧИЙН ХАВДРЫН ҮЕИЙН ЭРХТЭН ХАДГАЛСАН МЭС ЗАСЛЫН ДАРААХ ЖИРЭМСЛЭЛТИЙН ТОХИОЛДОЛ

П.Сэргэлэн¹, Б.Сарантунгалаг¹, Б.Нямцэцэг¹, Д.Одончимэг¹, Н.Төгсбаяр¹, Н.Ганболд¹, Б.Үрэлцэцэг¹,

Ш.Энхтүяа², Ц.Батболд¹

¹НААГ ²ЕТЕМО

МЮЛЛЕРИЙН СУВГИЙН ГАЖ ХӨГЖЛИЙН ЭМНЭЛЗҮЙН ТОХИОЛДОЛ

Н.Төгсбаяр¹, П.Сэргэлэн¹, А.Хонгорзул¹, Ц. Байгалмаа¹, Э.Анударь¹,

Ж.Беулах¹, Ө.Түвшинжаргал¹, Д.Маралмаа¹, Б.Должинжав¹, Б.Түвшин-Эрдэнэ¹, О.Батсүх¹,

С.Ганболд¹

¹НААГ

АРХИНЫ ХУРЦ ХОРДЛОГЫН УЛМААС ҮҮССЭН ТАРХИНЫ ХОЁР ТАЛЫН СУУРИЙНЗАНГИЛААГ ХАМАРСАН ГЭМТЭЛ: ЭМНЭЛЗҮЙН ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

Б.Алтангэрэл¹, Б.Дуулим¹, Т.Хажидмаа¹, Ц.Батзаяа¹, Г.Гантөмөр¹

¹Мэдээгүйжүүлэг, эрчимт эмчилгээний тасаг, Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг

ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН МЭС ЗАСЛЫН ПРАКТИКТ РАДИО ДОЛГИОНООР УМАЙН ХОРГҮЙ ХАВДРЫН ЗАНГИЛААГ ТҮЛЭХ (RFA) ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ДАРААХ ЖИРЭМСЛЭЛТ ТӨРӨЛТИЙН ТОХИОЛДОЛ

Б.Нямцэцэг¹, П.Сэргэлэн¹, Б.Бадамцэцэг¹, Т.Бавуугарьд¹, Д.Бадамгарав¹, Н.Ганболд¹, О.Батсүх¹,

Д.Авирмэд¹, Ц.Батболд¹

¹НААГ

ХЭВЛИЙН ХӨНДИЙН ДУРАНГААР ӨНДӨР НАСТАЙ, ХАВСАРСАН ОЛОН ЭМГЭГТЭЙ ӨВЧТӨНД ӨРЦНИЙ ХАВЧИГДСАН ИВЭРХИЙ НӨХӨХ МЭС ЗАСАЛ ХИЙСЭН ТОХИОЛДОЛ

Б. Баяндүүрэн^{1*}, Б. Алтанхүяг¹, Д. Энхбаяр¹, Ч. Булган¹, А. Батхүү¹, Е. Ауганбек¹,

Л. Мишигдорж¹, Б. Эрдэмбилэг², Э. Гэрэлтуяа³, О. Нэргүй³ Д. Гончигсүрэн³

Грандмед эмнэлэг, Ерөнхий мэс заслын тасаг¹

Грандмед эмнэлэг, Мэдээгүйжүүлгийн тасаг²

Грандмед эмнэлэг, Дүрс оношлогооны тасаг³

ЭЛЭГНИЙ УРАГДАЛ

Ч.Мягмарсүрэн¹, Б.Бямбарагчаа², П.Өлзийням³, Л.Хангай⁴

^{1,2,3,4}БДЭМТ, Дүрс оношлогооны тасаг

БАРУУН ГАРЫН МЕГАПРОТЕЗ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ҮР ДҮН

Санжаасүрэн Ц¹, Нанжид Л¹, Мөнхдэлгэр М²,

¹ГССҮТ, Гар сарвууны мэс заслын тасаг

УЛААН ХООЛОЙН ТӨРӨЛХИЙН НАРИЙСАЛТ

М.Зоригтбаатар¹, Г.Эрдэнэбилгүүн¹, Г.Отгонсүрэн², С.Лхагвадулам³, М.Пагамдулам⁴,

Ц.Буянтөгс^{1*}

¹Цээжний мэс заслын тасаг, ЭХЭМҮТ

²Хоол боловсруулах эрхтний эмгэг судлалын тасаг, ЭХЭМҮТ

³Эмгэг судлалын II дамжааны резидент, ЭМХТ

⁴Хүүхдийн эмгэг судлалын тасаг, ЭСҮТ

ШИНЖ ТЭМДЭГГҮЙ ЗҮҮН ТОСГУУРЫН ЧИХЭВЧНИЙ ТӨРӨЛХИЙН ЦҮЛХЭН (АНЕВРИЗМ) МАШ ХОВОР ЭМНЭЛЗҮЙН ТОХИОЛДОЛ

Ж.Өлзийбүян¹, Н.Баясгалан², Х.Чингэрэл², Б.Бурмаа², Ц.Сумъяа², Д.Даваадалай^{1,2}, Х.Төгөлдөр¹,

О.Минжбадгар¹, Г.Мижидсүрэн³

¹АШУУИС-ийн Монгол-Японы эмнэлэг

²АШУУИС-ийн АУС- Зүрх судлалын тэнхим

³Улсын Гуравдугаар Төв Эмнэлэг

ӨВЧҮҮНИЙ АРЫН БАЙРЛАЛТАЙ БАМБАЙ БУЛЧИРХАЙН ДАХИСАН ХОРГҮЙ ХАВДРЫН ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

*М.Баярмагнай Б.Ганзориг С.Отгонбаяр Л.Амгалан О.Ганбат Ю.Чинбат

Б.Санчир-эрдэнэ С.Дулмаа Б.Баярхүү Б.Цэрэнбат Т.Жамбал-иш С.Түдэвдорж

Улсын Нэгдүгээр Төв эмнэлэг, Мэс заслын тасаг

МЕЛАНОМА

Баярмагнай Ж Нанжид Л¹, Эрхэмбаяр БМандухай Б²,

¹ГССҮТ, Гар сарвууны мэс заслын тасаг

ГАЛТ ЗЭВСГИЙН ШАРХНЫ УЛМААС ХАТУУ ТАГНАЙД ҮҮССЭН СОГОГИЙГ, ШУУНЫ ЧӨЛӨӨТ ДАЛБАНГААР БОЛОН АРТЕРИ-ВЕНИЙН АНАСТОМОЗ АШИГЛАН НӨХӨН СЭРГЭЭСЭН ЭМНЭЛ ЗҮЙН ТОХИОЛДОЛ

Г.Баярмөнх¹, Б.Хонгор¹, Х.Анударь¹, Э.Уламбаяр¹, П.Булган¹, М.Болд¹
Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг, Эрүү Нүүрний Мэс Заслын Тасаг.¹

ЗҮРХНИЙ ЗҮҮН ХОВДЛЫН БЭТЭГ БУЮУ ЭХИНОКОККИЙН ХАЛДВАРЫН ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

Д.Болортуяа¹, Н.Хонгорзул², Б.Туул², Б.Хашчулуун², Ц.Рэгзэдмаа²
Улаанбаатар-Сонгдо эмнэлэг, Эмнэлзүй-Эмгэг судлалын нэгдсэн тасаг¹
АШУУИС, Био-Анагаахын Их Сургууль, Эмгэг Судлал Шүүх эмнэлгийн тэнхим²
Улаанбаатар-Сонгдо эмнэлэг, Зүрхний мэс заслын тасаг²
Улаанбаатар-Сонгдо эмнэлэг, Дүрс оношилгооны тасаг²

ЭЛЭГНИЙ ЭСИЙН ГАРАЛТАЙ ХАВДАР НУРУУНЫ НУГАЛМЫН ОЛОН ТҮВШИНД ҮСЭРХИЙЛСЭН ТОХИОЛДОЛ

Д.Дөлгөөн¹, П.Батнаран¹, П.Нинжмаа¹
¹ Гэмтэл согог судлалын үндэсний төв

ТӨРӨЛХИЙН ХҮНД ХЭЛБЭРИЙН МАЙГА ТАВХАЙН ЧИГ ЗАСАХ АНХ УДААГИЙН ЦОГЦ МЭС ЗАСАЛ

П.Батнаран¹, Д.Дөлгөөн¹, П.Нинжмаа¹
¹ Гэмтэл согог судлалын үндэсний төв

ӨРЦНИЙ СААЖИЛТЫН УЛМААС БҮДҮҮН ГЭДЭС ТЭЛЭГДЭН ТҮГЖИРСЭНИЙГ ДУРАНГЫН АРГААР ӨРЦИЙГ ФЛИКАЦИ ХИЙН ЭМЧИЛСЭН ТОХИОЛДОЛ

Б.Дэмбэрэл¹, Г.Гантогтох¹, Б.Батбилэг¹, Г.Барсандорж¹, М.Санчир¹, Б.Дагва¹, О.Бүрэнжаргал¹,
Б.Анхзаяа¹, Б.Бямбасүрэн¹, Б.Сайнзаяа¹, Б.Баатарсүрэн¹
¹ Ерөнхий мэс заслын тасаг, АШУУИС-ийн Монгол-Япон Эмнэлэг

ХҮЗҮҮНИЙ БАРУУН ТАЛЫН ГҮРЭЭНИЙ БИЕНЦЭРИЙН ХАВДРЫГ ТАЙРЧ, ГҮРЭЭНИЙ ДОТОР АРТЕРИЙН СУДСЫГ НӨХӨН СЭРГЭЭХ МЭС ЗАСАЛ АМЖИЛТТАЙ ХИЙСЭН ТОХИОЛДОЛ

Л.Тамир¹, Б.Цэрэнлхам¹, Г.Пүрэвдорж¹, А.Цэнд-Аюуш¹, С.Пүрэвдорж¹, Л.Нямдулам¹,
П.Долгорцэрэн¹, Х.Билгүүнтөр¹, П.Мөнхбаатар^{1,2}, Ц.Базармаа^{1,2}, Э.Жаргалхүү^{1,2}
А.Алтанзул³, Л.Саямаа⁴, С.Бямбасүрэн⁵
¹ АШУУИС, Монгол Япон эмнэлэг, Чих Хамар Хоолойн мэс заслын тасаг
² АШУУИС, Анагаах ухааны сургууль, Чих Хамар Хоолойн тэнхим
³ АШУУИС, Монгол Япон эмнэлэг, Судасны мэс заслын тасаг
⁴ АШУУИС, Монгол Япон эмнэлэг, Эмгэг судлалын тасаг
⁵ АШУУИС, Монгол Япон эмнэлэг, Мэдээгүйжүүлэг хагалгааны нэгдсэн тасаг

УЛААНХООЛОЙ ХОДООДНЫ ЗААГИЙН БАЙРЛАЛТАЙ ТӨРӨЛХИЙН ХОДООДНЫ УЙЛАНХАЙГ ХЭВЛИЙН ХӨНДИЙН ДУРАН БОЛОН УЛААН ХООЛОЙ ХОДООДНЫ ДУРАН(LECS)ИЙН ХОСОЛСОН АРГААР ЭМЧИЛСЭН ТОХИОЛДОЛ

О.Баатархуяг, Х.Алтангэрэл
Хавдар Судлалын Үндэсний Төв

ХОДООДНЫ ХОРТ ХАВДРЫН МЭС ЗАСЛЫН ҮЕД ИЛЭРСЭН 12 ХУРУУ ГЭДЭСНИЙ ЭРГЭЛТИЙН ГАЖ ХӨГЖИЛ: НАРИЙН ГЭДЭСНИЙ СЕГМЕНТИЙГ ЦУСАН ХАНГАМЖИЙГ ХАДГАЛАН НӨХӨН СЭРГЭЭХ /JEJUNAL INTERPOSITION/ МЭС ЗАСАЛ ХИЙСЭН ТОХИОЛДОЛ

О.Баатархуяг, О.Өнөрбилэг, Я.Эрдэнэ-Очир
ХСҮТ-ийн ЕМЗ-ийн тасаг

PANCREATIC HYDATID DISEASE IN A CHILD: A RARE CASE REPORT ХҮҮХДЭД НОЙР БУЛЧИРХАЙН БЭТЭГ ОНОШИЛСОН ХОВОР ТОХИОЛДЛЫН ТАНИЛЦУУЛГА

Л.Энхсайхан¹, Ө.Цэрэнлхам¹, Ц.Мөнхтуяа¹, А.Цэнджав², Д.Мөнхбаатар²,
ЭХЭМҮТ, Дүрсношилгооны тасаг¹
ЭХЭМҮТ, Ерөнхий мэс заслын тасаг²
АШУУИС, АУС-ийн Радиологийн тэнхим²

ХАМРЫН СУУРЬ ХӨНДИЙГӨӨС АЯНДАА ГООЖИХ ТАРХИ НУГАСНЫ ШИНГЭНИЙГ ДУРАНГИЙН АРГААР ЗАСАН ТОХИОЛДОЛ

П.Мөнхбаатар^{1,2,3}, А.Цэнд-Аюуш², Б.Баярсайхан³, Б.Цэрэнлхам¹, Г.Амина¹, Д.Адъяажаргал¹
¹ АШУУИС, АУС, ЧХХС-ын тэнхим,
² Монгол-Японы эмнэлэг, ЧХХ мэс заслын тасаг
³ Мед-Арт ЧХХМЗ-ын эмнэлэг

ГЭМТЛИЙН ДАРААХ КИФОЗ ТҮҮНИЙ МЭС ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭ

Л.Бат-Эрдэнэ¹, М.Цэлмэг¹, Д.Цэлмэг¹
ГССҮТ Нурууны мэс заслын тасаг

ХЭВЛИЙН КОКҮҮН ХАМ ШИНЖ ӨВЧНИЙ ҮЕД ҮҮССЭН ГЭДЭСНИЙ ТҮГЖРЭЛИЙГ НЭЭЛТТЭЙ МЭС ЗАСЛЫН АРГААР НАРИЙН ГЭДСИЙГ КАПСУЛААС САЛГАН ТҮГЖРЭЛ ЗАСАХ МЭС ЗАСАЛ ХИЙСЭН ТОХИОЛДОЛ

Б.Дэмбэрэл¹, Х.Цэвэлноров¹, Л.Алтанзул¹, Б.Батбилэг¹, Н.Энхтүвшин¹, М.Санчир¹, Б.Дагва¹, Ц.Энх-Амгалан¹, Б.Баатарсүрэн¹,
Ерөнхий мэс заслын тасаг, АШУУИС-ийн Монгол-Япон Эмнэлэг

БАМБАЙН ДЭРГЭДЭХ БУЛЧИРХАЙН АВАРГА АДЕНОМА ШАЛТААНТ АНХДАГЧ ГИПЕРПАРАТИРЕОДИЗМ

Б.Санчир-Эрдэнэ¹, Б.Дамдиндорж², Б.Нямгэрэл², Б.Соёл-Эрдэнэ³, Х.Жанибек⁴, Б.Оюунбилэг⁴,
Ц.Энхсаруул⁵, Г.Мөнхцэцэг², М.Баярмагнай¹, Г.Болормаа², Э.Аззаяа², Ж.Түвшинбаяр³,
Ж.Ариунболд³, С.Отгонбаяр¹
Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг - Ерөнхий Мэс Заслын Тасаг¹
Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг - Цөмийн Онош Зүйн Тасаг²
Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг - Бөөрний Төв³
Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг - Эмнэлзүйн Эмгэг Судлалын Нэгдсэн Лаборатори⁴
Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг - Дэмжих төв⁵

НАТКРАКЕР ХАМ ШИНЖ БОЛОН ЗҮҮН БҮСЭЛХИЙ ОРЧМЫН ГЕМАНГИОМ ХАВСАРСАН ТОХИОЛДОЛД БӨӨРНИЙ ВЕН ШИЛЖҮҮЛЭН СУУЛГАХ МЭС

Б.Энэрэл¹, Ж.Эрдэнэсүрэн²
¹ Зүрх судасны мэс заслын тасаг, ШУГТЭ, Улаанбаатар хот

ЭПИДЕРМОЛИЗ БУЛЛЁЗА ЭМГЭГИЙН ХҮНД ЯВЦТАЙ ДИСТРОФИК ХЭВШИНЖ: УЛААН ХООЛОЙН НАРИЙСЛААР ХҮНДЭРСЭН ТОХИОЛДОЛ

Б.Сайнхишиг¹, Л.Булган¹, Б.Мандуул², М.Энхзол¹
¹ АШУУИС, АУС, Хүүхдийн анагаахын тэнхим,
² ЭХЭМҮТ, Хүүхдийн эмнэлэг, ХБЭЭСТ

ДООД ХӨНДИЙН ВЕНД БАЙРЛАЛТАЙ БҮЛЭНТ ҮҮСГЭВЭРТ ХИЙГДСЭН МЭС ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ҮР ДҮН

С.Нямсүрэн¹, В.Ганбат², Б.Энэрэл³
^{1,2} Зүрх судасны мэс заслын тасаг, ШУГТЭ, Улаанбаатар хот

УЛААН ХООЛОЙН АДЕНОКАРЦИНОМЫГ АМЖИЛТТАЙ ЭМЧИЛСЭН ТОХИОЛДОЛ Ш.Алтаннур

Эх нярай эмэгтэйчүүдийн үндэсний төв

ДЕЗОГЕСТРЕЛЭЭС ҮҮССЭН УУШГИНЫ АРТЕРИЙН ТРОМБОЭМБОЛИ, ДООД МӨЧНИЙ ГҮНИЙ ВЕНИЙН БА ХҮЗҮҮНИЙ ВЕНИЙН ТРОМБОЗИЙГ ЭМЧИЛСЭН ҮР ДҮН

Х.Сонин¹, Н.Алтанчимэг¹, Б.Мөнхтулга¹, Б.Амартүвшин¹, Г.Мөнх-Эрдэнэ¹, Ц.Нармандах¹, М.Батмөнх², Г.Цэнгэл³, Г.Гантөмөр³, Д.Энхжаргал⁴

1. Ерөнхий мэс заслын тасаг, Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг
2. Судсан дотуурх оношилгоо эмчилгээний төв, Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг
3. Мэдээгүйжүүлэг, Эрчимт эмчилгээний тасаг, Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг
4. Дүрс оношилгооны тасаг, Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг

УУШГИНЫ КАРЦИНОСАРКОМА

Б.Амартүвшин¹, М.Буян-Өлзий¹, Ц.Бүжидмаа¹, Т.Хулан¹, Д.Мэргэн²
Т.Лхагва-Очир¹, Ц.Нармандах¹

¹Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг
²Хавдар судлалын үндэсний төв

ПСОАС БУЛЧИНГИЙН БУГЛАА НЭЭСЭН ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

Н.Гансүх, Р.Баасанхүү, Л.Ганхуяг, М.Давааням, Ц.Балжинням
Увс аймгийн Нэгдсэн эмнэлэг Мэс заслын тасаг

ПЕЙТЦА-ЕЙГЕРСА ХАМ ШИНЖИЙН /PJS/ УЛМААС ҮҮССЭН ГЭДЭСНИЙ ЦОЧМОГ ЧИХЭЛДЭХ ТҮГЖРЭЛ

Ц.Балжинням, Р.Баасанхүү, М.Давааням, Л.Ганхуяг, Н.Гансүх
Увс аймгийн Нэгдсэн эмнэлэг Мэс заслын тасаг

САМАР БУТЛУУРЫН ХАМ ШИНЖ (NUTCRACKER SYNDROME)

Г.Сосорбурам¹, Ц.Намхайдорж¹, Ш.Зоригоо¹, Э.Солонго¹ М.Дунгаамаа¹, Б.Оюунчимэг²
1-Улаанбаатар Сонгдо Эмнэлэг

ЦЭЭЖНИЙ ГОЛ СУДАСНЫ ХАЛДВАРЛАГДСАН ХУУРАМЧ ЦҮЛХЭНГ УСТГАЖ, ГОЛ СУДАСНЫ НУМЫГ БҮХЭЛД НЬ СОЛИХ, ТИТЭМ СУДАС НӨХӨН СЭРГЭЭХ МЭС ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭ

С.Нямсүрэн^{1*}, Ц.Зориг¹, Г.Эрдэнэбаяр¹ Д.Батбаатар¹, Б.Энэрэл¹ О.Ундармаа², Э.Туул², С.Мөнхзул³

- 1 УГТЭ-Зүрх судасны мэс заслын тасаг
- 2 УГТЭ-Мэс засал мэдээгүйжүүлэгийн тасаг
- 3 УГТЭ- БДДШТ

СҮРБЕЭГИЙН ШАЛТГААНТ ХУРУУНЫ АРХАГ ЯВЦТАЙ ШАРХНЫ ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

Хишигжаргал Бөхбат¹, Ананд Энхболд¹, Хүдэрчулуун Энхбаяр¹, Цэдэн-Иш Базаргүр¹, Билгүүн Чулуунгэрэл¹, Худабай Асилбек¹, Азбилгүүн Энхтайван¹, Санчин Үржин¹
Ерөнхий мэс заслын тасаг, Натүл эмнэлэг, Улаанбаатар²

ЦАГААН МӨГӨӨРСӨН ХООЛОЙН НАРИЙСАЛ ЗАСАЖ, АМЬСГАЛЫН ЗАМЫГ ЧӨЛӨӨЛӨХ МЭС ЗАСЛЫН АМЖИЛТТАЙ БОЛСОН ТОХИОЛДОЛ

Л.Тамир¹, Б.Цэрэнлхам¹, Г.Пүрэвдорж¹, А.Цэнд-Аюуш¹, С.Пүрэвдорж¹, Л.Нямдулам¹, П.Долгорцэрэн¹, Х.Билгүүнтөр¹, П.Мөнхбаатар^{1,2}, Ц.Базармаа^{1,2}, Э.Жаргалхүү^{1,2}
Б.Оюунтуул³, А.Ижилмөрөн³ Л.Алтанзул⁴

- 1 АШУУИС, Монгол Япон эмнэлэг, Чих Хамар Хоолойн мэс заслын тасаг
- 2 АШУУИС, Анагаах ухааны сургууль, Чих Хамар Хоолойн тэнхим
- 3 АШУУИС, Ахисан түвшний сургууль, ТДС-ын төв, Чих хамар хоолой судлал
- 4 АШУУИС, Монгол Япон эмнэлэг, Мэдээгүйжүүлэг хагалгааны нэгдсэн тасаг

БЭТЭГНИЙ ХӨНДИЙ БОЛОН ЦӨСНИЙ ЗАМ ХООРОНД ҮҮССЭН ЦОРГОНООС ҮҮДЭЛТЭЙ БЭТЭГНИЙ АГУУЛАМЖААР ЦӨСНИЙ ЕРӨНХИЙ ЦОРГО БӨГЛӨРСӨН ҮЕД НЭЭЛТТЭЙ АРГААР БЭТЭГНИЙ ХӨНДИЙГ НЭЭЖ АГУУЛАМЖИЙГ ГАДАГШЛУУЛАХ БОЛОН ЦӨСНИЙ ЕРӨНХИЙ ЦОРГЫГ НЭЭЖ БЭТЭГНИЙ АГУУЛАМЖИЙГ ГАДАГШЛУУЛЖ Т ГУУРСААР СЭРГЭЭГЭЭД, БЭТЭГНИЙ ХӨНДИЙ РҮҮ НЭЭГДСЭН ЦӨСНИЙ ЗАМЫН ЦОРГОНУУДЫГ ОЁОХ МЭС ЗАСАЛ ХИЙСЭН ДҮН.

Б.Цэрэнбат¹ Л.Амгалан² Ү.Түвшин³ А.Еркетай³
Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг, Ерөнхий мэс заслын тасаг

TERATOMA OF THE PREPONTINE CISTERN IN AN 8-YEAR-OLD BOY

G.Ariunbold¹, G.Munkh-Erdene¹, E.Dulam²

¹Department of Radiology, Asralt Med Hospital,
²Department of Neurosurgery, The Third Central Hospital

ХОДООД БҮТЭН ТАЙРАГДСАН ӨВЧТӨНД ЦӨСНИЙ ЕРӨНХИЙ СУВГИЙН ЧУЛУУГ ХЭВЛИЙН ХӨНДИЙН ДУРАНГИЙН АРГА БА ХОЛЕДОХОСКОПИГИЙН ТУСЛАМЖТАЙ ЦӨСНИЙ СУВГААР ДАМЖУУЛАН АВСАН ТОХИОЛДОЛ

Б.Амартүвшин¹, А.Баянзул¹, М.Буян-Өлзий¹, Т.Цэндсүрэн², Э.Марал³, Н.Шаравжамц⁴, Ц. Нармандах¹

- 1 Ерөнхий мэс засал судлалын тасаг, Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг
- 2 Дурангийн төв, Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг
- 3 Эрчимт эмчилгээ мэдээгүйжүүлгийн тасаг, Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг
- 4 Дүрс оношилгоо судлалын тасаг, Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг

УЛСЫН НЭГДҮГЭЭР ТӨВ ЭМНЭЛЭГТ БҮРТГЭГДСЭН АНХНЫ PEUTZ-JEGERS ХАМ ШИНЖИЙН ТОХИОЛДОЛ

Т.Хайбар^{1*}, М.Лхагвасайхан², Ю.Чинбат³, С.Түдэвдорж³

¹Интермед эмнэлэг, Ерөнхий мэс заслын тасаг
²АШУУИС, Ахисан түвшний сургууль
³Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг, Ерөнхий мэс заслын тасаг

ХАМАР-ЗАЛГИУРЫН АРЫН БУГЛААНААС ШАЛТГААЛСАН С1/С2 ТОГТВОРГУЙТЛИЙГ ЭМЧИЛСЭН НЬ

С.Алтан-Очир¹, Г.Баттулга¹, М.Золбоо¹, Д.Оюунцэцэг¹, Э.Есөн-Эрдэм¹, М.Лутзул,² Б.Эрдэнэсүвд³, Т.Чинзориг³, А.Анхболор⁴, М.Ауганбай⁴, Б.Маралмаа⁴, Б.Тэмүүжин⁵, Б.Мөнх-Очир,⁵ Д.Энхболд^{1,6}

- 1 Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг, Мэдрэлийн эмнэлзүйн төв
- 2 Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг, Чих хамар хоолойн мэс заслын тасаг
- 3 Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг, Мэдээгүйжүүлэг хагалгааны нэгдсэн тасаг
- 4 Анагаахын Шинжлэх Ухааны Үндэсний Их Сургууль, Мэргэжил Дээшлүүлэх Институт
- 5 Гэмтэл Согог Судлалын Үндэсний Төв, Нурууны мэс заслын тасаг
- 6 Улсын Гуравдугаар Төв Эмнэлэг, Ж.Хайруллагийн нэрэмжит Мэдрэлийн мэс заслын тасаг

УЛААН ХООЛОЙ, БРОНХЫН ТӨРӨЛХИЙН ФИСТУЛ БОЛОН БАРУУН УУШГИНЫ ДООД ДЭЛБЭНГИЙН БРОНХОЭКТАЗ МЭС ЗАСЛЫН АРГААР ЭМЧИЛСЭН НЬ

Б.Мөнхтулга¹, Б.Батхишиг¹, Т.Цэндсүрэн², Д.Энхцэцэг², Ц.Отгончимэг⁴, П.Отгончимэг⁵, С.Батцэрэн⁵ Ц.Нармандах¹

- 1 Ерөнхий мэс засал судлалын тасаг, Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг
- 2 Дурангийн төв, Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг
- 3 Мэдээгүйжүүлэг-эрчимт эмчилгээний тасаг, Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг
- 4 Дүрс оношлоггоны төв, Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг
- 5 Ерөнхий мэс засал судлалын тасаг-мэс заслын сувлагч, Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг

ХӨНДЛӨН ГЭДЭСНИЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫН ШАЛТГААНТ ГАСТРОКОЛИК ФИСТУЛ ТОХИОЛДОЛ

Э.Баярбат¹ Н.Алтанчимэг¹ Б.Онон¹ Х.Алмагүль¹ Б.Цацрал² Ц.Нармандах¹

¹ Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг- Ерөнхий мэс заслын тасаг
² Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг- Эрчимт эмчилгээ мэдээгүйжүүлэг тасаг

ХЭВЛИЙН ДУРАНГИЙН ХҮРЦЭЭР ДЭЛҮҮНД ХЭСЭГЧИЛСЭН ТАЙРАЛТ ХИЙСЭН МЭС ЗАСАЛ

С.Батжаргал¹, Н.Тайван², Б.Санжбат², Б.Ган-Эрдэнэ², Ц.Нармандах²

¹ Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлгийн ерөнхий мэс заслын тасаг,

² Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлгийн, Ерөнхий мэс заслын тасаг, Зөвлөх эмч

МЮЛЛЕРИЙН СУВАГ ХАДГАЛАГДАХ ХАМ ШИНЖ

Б.Бат-Эрдэнэ¹⁻², Ц.Бадамсэд¹⁻³, Г.Нарангарав⁴, Б.Дэлгэрмаа¹⁻², Б.Аздэлгэр⁵, Ч.Чулуунцэцэг⁵

¹⁻²Хөдөлмөрийн гавьяаны улаан тугийн одонт ШУГТЭ-ийн Монгол Улсын Төрийн соёрхолт, Ардын эмч, Хүндэт профессор Р.Пүрэвийн нэрэмжит Дүрс оношилгооны лавлагаа төв

¹⁻²“Гэрлийн Пүрэв” сан

³Академич Т.Шагдарсүрэнгийн нэрэмжит Анагаах Ухааны Хүрээлэн

⁴Хөдөлмөрийн гавьяаны улаан тугийн одонт ШУГТЭ-ийн Дүрс оношилгооны резидент эмч

⁵Хөдөлмөрийн гавьяаны улаан тугийн одонт ШУГТЭ-ийн Урологи- Андрологийн тасаг

ДУРАНГИЙН ХҮРЦЭЭР ЭЛЭГНИЙ БАРУУН УРД СЕГМЕНТҮҮДИЙГ ТАЙРСАН ТОХИОЛДОЛ

Б.Ган-Эрдэнэ¹, Б.Амартүвшин¹, М.Нямзаяа⁴, Р.Биндэръяа¹, Г.Мөнх-Эрдэнэ¹, Э.Чимэдцэцэг²,

Д.Хүслэн³, Ш.Болортуяа³, Ц.Нармандах¹

Ерөнхий мэс заслын тасаг, Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг¹

Мэдээгүйжүүлэг, Эрчимт эмчилгээний тасаг, Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг²

Лаборатори, Эмгэг судлалын тасаг, Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг³

Ерөнхий мэс заслын тасаг, Орхон аймгийн Бүсийн Оношилгоо Эмчилгээний Төв⁴

ТӨРӨЛХИЙН ТӨВӨНХИЙН АТРЕЗИ ОНОШТОЙ НЯРАЙД ЯАРАЛТАЙ ТРАХЕОСТОМ ТАВИХ МЭС ЗАСЛЫН ҮЕИЙН СЭХЭЭН АМЬДРУУЛАХ АРГА ХЭМЖЭЭГ МЭДЭЭГҮЙЖҮҮЛЭГ РҮҮ ШИЛЖҮҮЛЭХ ҮЙЛ ЯВЦ

С.Энхтайван, М.Ундрэм

Мэдээгүйжүүлэг хагалгааны нэгдсэн тасаг, ЭХЭМҮТ, ХЭ

ГЭМТЛИЙН ГАРАЛТАЙ FEMORAL ARTERY-ИЙН УРАГДЛЫН ДАРААХ AAST IV ЗЭРЭГЛЭЛИЙН БӨӨРНИЙ ГЭМТЭЛ, БҮХ ЭРХТНИЙ ЭСРЭГ БАЙРЛАЛТАЙ ӨВЧТӨНИЙГ ЭМЧИЛСЭН ТОХИОЛДЛЫН ТАНИЛЦУУЛГА

Э.Номин¹, Г.Болормаа¹, Д.Болормаа, Д.Мөнхнасан¹

¹Өвөрхангай аймаг дахь Бүсийн оношлогоо, эмчилгээний төв эрчимт эмчилгээний тасаг, дүрс оношилгоо ангиографи тасаг, мэс заслын тасаг

ХУРУУНЫ ЭДГЭХГҮЙ УДСАН ШАРХ СҮРЬБЭГИЙН ГАРАЛТАЙ БАЙСАН ТОХИОЛДОЛ

Э.Азбилгүүн¹, Э.Ананд², Э.Хүдэрчулуун², Б.Цэдэн-Иш², Ч.Билгүүн², А.Худабай¹, Ү.Санчин²

АШУҮИС, Ахисан Түвшний Сургууль-Төгсөлтийн дараах сургалтын төв¹

Мэс заслын тасаг, Натул эмнэлэг, Улаанбаатар²

МЭДЭЭГҮЙЖҮҮЛГИЙН ЭМИЙН БОДИСТ ХАРШИЛТАЙ ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИД ХАМРЫН МЭС ЗАСЛЫН АСУУДЛЫГ ШИЙДСЭН ТОХИОЛДОЛ

Б.Бямбадорж¹, Г.Батбилэг¹, Д.Зул¹, Г.Алтангинж¹, А.Нямсүрэн¹, Г.Азбаяр², Г.Хонгорзул²

¹Чих хамар хоолойн мэс заслын эмч, Сонгинохайрхан Нэгдсэн Эмнэлэг, Нэгдсэн Гэмтэл Мэс Заслын Тасаг

²Мэдээгүйжүүлэгийн эмч, Сонгинохайрхан Нэгдсэн Эмнэлэг, Мэдээгүйжүүлэг Хагалгааны Нэгдсэн Тасаг

ХОДООД-БУДУУН-НАРИЙН ГЭДЭСНИЙ ЦОРГЫГ МЭС ЗАСЛААР ЭМЧИЛСЭН НЬ

З.Сонор^{1,2}, Н.Алтанчимэг¹, Д.Энхжаргал³, Б.Онон¹, Б.Ган-Эрдэнэ^{1,2}, М.Түвшинбаяр¹, Н.Тайван¹,

Э.Баярбат¹, Х.Сонин¹, Б.Амартүвшин¹, Н.Нарансайхан¹, С.Батжаргал¹, Б.Мөнхтулга¹, М.Буян-Өлзий¹, А.Баянзул¹, Г.Гэрэлмаа¹, Т.Түвшинжаргал¹, Ц.Нармандах¹

¹ Ерөнхий мэс заслын тасаг, Улсын хоёрдугаар төв эмнэлэг

² Эрдмийн сургууль, АШУҮИС

³ Дүрс оношилгооны төв, Улсын хоёрдугаар төв эмнэлэг

OPEN SURGICAL REPAIR OF ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM IN A PATIENT WITH HORSESHOE KIDNEY AND TRANSIENT POSTOPERATIVE RENAL DYSFUNCTION

Nyamsuren.S¹, Batbaatar.D¹, Zorig.Ts¹, Enerel Batbayar²

¹Department of Cardiovascular Surgery, The Third State Central Hospital

Corresponding author: Nyamsuren Sainbayar, MD. Department of Cardiovascular Surgery

4.2 ДОТРЫН АНАГААХ УХААНЫ САЛБАР**CLOSTRIDIUM DIFFICILE INFECTION AND ANTIBIOTIC STEWARDSHIP CASES**

Nasanbuyan.G¹ Baasandolgor.T¹ Munkhbayar.M¹ Sarantuya.Ts¹ Kherlenchimeg²

¹Internal medicine department, ²Intensive care unit, Intermed Hospital

АНХДАГЧ НЬ ТОДОРХОЙГУЙ ТОЛГОЙ ХҮЗҮҮНИЙ БАЙРЛАЛЫН ХОРТ ХАВДРЫНХИМИ-БАЙ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ҮР ДҮНГ ТАНИЛЦУУЛАХ НЬ

Б.Болорцэцэг¹, Н.Орхон² ¹Хавдар судлал-Хими эмчилгээ, Өдрийн эмчилгээний

тасаг, Сонгинохайрхан Нэгдсэн эмнэлэг, ХСҮТ- Хими эмчилгээний тасаг

НЭГ ГЭР БҮЛД ТОХИОЛДСОН ХОРТОЙ ХАВДАР (MPNST) ХОВОР ТОХИОЛДЛЫГ ЭМНЭЛЗҮЙН ҮЗЛЭГ ШИНЖИЛГЭЭГЭЭР ОНОШИЛСОН ТОХИОЛДОЛ

Б.Золзаяа¹, Б.Булган, Б.Баттүвшин, Н.Гансүх²

Увс АНЭ, Амбулатори тасаг¹ Увс АНЭ, Дотрын нэгдсэн тасаг² Үйл онош зүйн тасаг² Мэс засал

нэгдсэн тасаг²

ЗҮҮН ХОВДОЛЫН ГИПЕРТРАБЕКУЛЯЦИ LEFT VENTRICULAR HYPERTRABECULATION

Э.Болорхүү, Дотрын анагаах ухаан судлалын резидент,

С.Зориг, Улсын гуравдугаар төв эмнэлэг Г.Мижидсүрэн, Улсын гуравдугаар төв эмнэлэг

ХУУРАЙ ХАНИАЛГАХ, ЯДАРЧ СУЛДАХ, ХООЛОНД ДУРГУЙ БОЛОХ ЗОВУУРЬТАЙ ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧ

Б.Болорцэцэг¹, Н.Орхон²

¹Хавдар судлал-Хими эмчилгээ, Өдрийн эмчилгээний тасаг, Сонгинохайрхан Нэгдсэн эмнэлэг

ХСҮТ- Хими эмчилгээний тасаг

ТАКАЦУБО СИНДРОМИЙН ЭМНЭЛЗҮЙН ТОХИОЛДОЛ (TAKOTSUBO CARDIOMYOPATHY CASE)

Б.Дэмбэрэлмаа¹, С.Энхсайхан¹ Ш.Энх-амгалан¹ М.Пүрэвцэрэн² Т. Эрдэнчимэг² П.Уугантуяа²

Г.Мижидсүрэн³ М.Ганбаатар⁴, Б.Батдэлгэр³

^{1,2}Эрчимт эмчилгээний нэгдсэн тасаг, УГТЭ ⁴Зүрхний эмгэг судлалын тасаг, УГТЭ

⁵Ерөнхий мэс заслын тасаг, УГТЭ

УЛААНБУРХАНЫ ЭСРЭГ ВАКЦИНЫ БҮРЭН ТУНТАЙ, ХУГАЦААНДАА ДАРХЛААЖУУЛАЛТ ХИЙЛГЭСЭН ХҮҮХДЭД ТОХИОЛДСОН УЛААНБУРХАН ӨВЧНИЙ ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

Цэрэнжаргал.С¹, Нарангоо.С¹, Цэлмэг.Э¹

¹Баянзүрх дүүргийн “Эрүүл мэндийн төв”

АНХДАГЧ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМТОЙ ӨВЧТӨНИЙГ МИНЕРАЛКОРТИКОИД РЕЦЕПТОР АНТАГОНИСТООР БОЛОН АДРЕНАЛЭКТОМИ МЭС ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ҮР ДҮНД ХҮНД ЗЭРГИЙН ГИПОКАЛИЕМИ ЭМЧЛЭГДСЭН ТОХИОЛДОЛ

Т.Ариунтуяа¹, А.Ханхонгор¹ С.Байгалмаа¹ Mohamed G Atta, M.B.B.Ch., M.D., M.P.H.²

Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг Бөөр Дотоод Шүүрэл Судлалын Тасаг¹ JOHNS HOPKINS MEDICINE²

ХҮЧИЛТӨРӨГЧ ДУТАГДАЛ, ЦУС ХОМСРОЛЫН ШАЛТГААНТ ЭНЦЕФАЛОПАТИ

Ч.Мягмарсүрэн¹, Б.Бямбарагчаа², П.Өлзийням³, Л.Хангай⁴

^{1,2,3,4}БГДЭМТ, Дүрс оношлогооны тасаг

42 НАСТАЙ АНХДАГЧ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМЫН ШАЛТГААНТ ХОЁРДОГЧ АРТЕРИЙН ДАРАЛТ ИХСЭЛТТЭЙ ЭМЭГТЭЙ

М.Дунгаамаа¹, Н.Баярмаа¹, Г.Сосорбурам¹, А.Тулуй,¹ Ц.Намхайдорж¹, Б.Оюунчимэг¹
УБ Сонгдо эмнэлэг¹

БАРЬЦАЛДААТ СПОНДИЛИТ ӨВЧНИЙ ЭХЭН БОЛОН ХОЖУУ ҮЕИЙН ОНОШИЛГОО, ОНОШИЛГООНЫ АЛДАА БОЛОН HLA-B27 ГЕНИЙН АСУУДЛУУД

Н.Алтанхундага¹, Б.Ганзаяа¹, Б.Гэрэл¹, Б.Энхмөнх¹, П.Сод², Ж.Хулан²

¹Алтанмед эмнэлэг, ²МУИС, Функционал геномын лаборатори

ИДИОПАТИК СКОЛИОЗ ГЭЖ ОНОШЛОГДСОН ТӨРӨЛХИЙН НУРУУНЫ ГАЖ ХӨГЖИЛ: ОНОШИЛГООНЫ ХОЦРОГДОЛ БА ТҮҮНИЙ ШАЛТГААН

Н.Алтанхундага¹, Б.Ганзаяа¹, Б.Гэрэл¹, Б.Энхмөнх¹

¹Алтанмед эмнэлэг

ЭМНЭЛЗҮЙН ХОВОР ТОХИОЛДОЛ ХЕТЕРОТАКС ХАМШИНЖ

Э.Тунгалаг¹, Ж.Ринчин¹, Ч.Батням², Н.Солонго², Э.Дэлгэрцэцэг², М.Билгүүндарь², Б.Эрдэнэчимэг², Ё.Бат-Өлзий², М.Өнөрзаяа², Т. Мөнхтулга², Т.Тэгшжаргал²

Эх Нярай Эмэгтэйчүүдийн Үндэсний Төв II

ХӨХНИЙ ХОРТ ХАВДАР ОЛОН ЭРХТЭНД ҮСЭРХИЙЛСЭН ҮЕД TRASTUZUMAB+LAPATINIB БАЙ ЭМЧИЛГЭЭГ ХИМИ ЭМЧИЛГЭЭТЭЙ ХОСЛУУЛАН ХЭРЭГЛЭСЭН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ҮР ДҮН

Т.Урансайхан¹, Т. Хулан¹, Э.Мандуул², С.Эрдэнэчимэг², Т.Лхагва-Очир¹

Хавдрын хими эмчилгээний тасаг¹, Цөмийн оношзүйн тасаг²,

Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг

МОНГОЛ УЛСАД АНХ УДАА БҮРТГЭГДСЭН ГАХАЙН СТРЕПТОКОКК (B95) ТОХИОЛДЛЫН СУДАЛГАА

Роломжав Л.¹, Буянхишиг Ч.¹, Бат-Ирээдүй Ч¹, Дашнанжид Б¹, Сарнай Я¹, Баяр Ц.¹, Даваажав

Н.¹, Наранбат Н²

¹Зоонозын өвчин судлалын үндэсний төв, ²Гялс анагаах ухааны төв,

ХӨХНИЙ НЭМЭЛТ БУЛЧИРХАЙН ЭДЭД ҮҮССЭН АНХДАГЧ СУВГИЙН НЭВЧИЛТЭД ӨМӨН, ЭМНЭЛЗҮЙН ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

А.Урандарь¹ Т.Аззаяа¹ П.Тунсаг¹ Э.Буяннэмэх² Г.Мөнгөншагай² Н. Лүдэвдорж² Б.Одбаяр³

Б.Баярт-Үйлс⁴

Хөхний Клиник Дүрс оношилгооны тасаг¹ Хөхний Клиник Мэс заслын тасаг² ХСҮТ Хөхний төв³

ХСҮТ Эмгэг судлалын тасаг⁴

ЗҮРХНИЙ ЗУУВАН ЦОНХНЫ ЦООРХОЙН ШАЛТГААНТ ТАРХИНЫ ЦУС ТАСАЛДАХ ХАРВАЛТЫН ТОХИОЛДОЛ

П.Дуламрагчаа¹, Д.Уянга¹, А.Солонго², Б.Наранзул², А.Ахбике², А.Жавзанхүү³, Б.Батболд³

¹Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг, Мэдрэлийн төв ²Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг, Мэдрэл судлалын резидент эмч ³Улсын Хоёрдугаар Төв Эмнэлэг, Зүрхний төв

EOSINOPHILIC MYOCARDITIS ЭМНЭЛЗҮЙН ТОХИОЛДОЛ

С.Энхсайхан¹, О.Мөнхбат¹, Н. Нямдаваа¹, Б.Дэмбэрэлмаа¹, Ж. Эрдэнэтуяа¹, С.Сүх-Эрдэнэ²

¹Эрчимт эмчилгээний нэгдсэн тасаг, УГТЭ ²Зүрхний шигдээсийн тасаг, УГТЭ

БӨӨРНИЙ ВЕНИЙН ЦОЧМОГ ТРОМБОЗЫН ТОХИОЛДОЛД БҮЛЭН ХАЙЛУУЛАХ ЭМЧИЛГЭЭ

Э.Сайнжаргал, Б.Жамъянчүлтэм, Т.Дамбадаржаа

Эрчимт эмчилгээний тасаг, Өвөрхангай бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв

ЗҮРХНИЙ АМИЛОИДОЗ

Г.Хонгорзул², Ө.Нуржайна², Б.Мөнхцэцэг³, М.Дунгаамаа¹, Г.Сосорбурам¹, Б.Оюунчимэг¹, Э.

Тэгшжаргал², Т.Нямсүрэн², М.Уранзаяа², Ж.Ууганболор², Ц.Намхайдорж¹

УБ Сонгдо эмнэлэг¹ АШУҮИС-Ахисан түвшний сургууль² ЭМЖЖ эмнэлэг³

ТАРХИНЫ СЭРҮҮН (AWAKE CRANIOTOMY BRAIN) МЭС ЗАСЛЫН ДАРААХ СААЖИЛТАД ХИЙСЭН ЗҮҮ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ДҮН

Б.Бат-Эрдэнэ¹, Б.Ариунболд¹

¹Монгол Хьюндай эмнэлэг

НЭГ НАСТАЙ ХҮҮХДЭД ТОХИОЛДСОН НҮҮРНИЙ СААЖИЛТЫН ТОХИОЛДОЛ

Г.Дээжмаа, Б.Золзаяа

Увс аймгийн Нэгдсэн эмнэлэг

ЭМНЭЛЗҮЙН ХОВОР ТОХИОЛДЛЫН ТАНДАЛТЫН ДҮН ШИНЖИЛГЭЭ

Чинболд Батчингис¹, Мөнхсайхан Буянбаатар², Ганзориг Дамба¹

Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, их өгөгдөл судалгааны алба¹;

Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг, зүрхний төв²

ЭБШТЕЙНИЙ ГАЖИГ: НЯРАЙН ТОХИОЛДОЛ

С.Халиун¹, Х.Гүнболор¹, Б.Өлзийхишиг²

АШУҮИС², НӨАГ²

ТӨРӨЛХИЙН ЭЛГИЙГ БҮХЭЛД НЬ ХАМАРСАН МУУ ЯЛГАРАЛТАЙ НЕЙРОБЛАСТОМА

Г.Майцэцэг¹, Б.Ариунтунгалаг¹, Ч.Наранцэцэг¹, С.Мөнгөнцэцэг², Б.Энхчулуун²

ЭХЭМҮТ¹, ЭСҮТ²

ХОЁРДОГЧ ГИПЕРПАРАТИРЕОДИЗМИЙН СУУРИН ДЭЭР ҮҮССЭН ГУРАВДАГЧ ГИПЕРПАРАТИРЕОДИЗМ

Т.Анударь¹, Д.Галмөнх², Б.Цэвэгмэд², Д.Чулуунцэцэг³, Д.Хурцбаяр³, Д.Мөнхзул³

“Медвик” диализийн төв, Бөөрний төв, УНТЭ, Бөөр дотоод шүүрлийн тасаг, УГТЭ

STREPTOCOCCUS SUIS-ИЙН ШАЛТГААНТ МЕНИНГИТ

Б.Болор-эрдэнэ¹, Ц.Бэрцэцэг², М.Буджав²

Баянзүрх эмнэлэг

ХОДООД ГЭДЭСНИЙ ДЭЭД ЗАМЫГ ХАМАРСАН БИЕЙН ХЭЛБЭРИЙН ЭМГЭГ

Г.Гантулга¹, Д.Баттөр¹, Э.Мягмарцэрэн¹, Т.Энхсайхан¹, Э.Хэрлэнзаяа¹, С.Одонгэрэл, Т.Ганцэцэг¹

¹Сэтгэцийн эрүүл мэндийн үндэсний төв

MEIGE'S SYNDROME-ТОЙ ДҮЙЦЭХ ЭМНЭЛЗҮЙН ШИНЖ ИЛЭРСЭН ХИЙН ЯЗГУУРЫН ӨВЧНИЙ ҮЕД ЗҮҮ ЭМЧИЛГЭЭ ХИЙСЭН ЭМНЭЛЗҮЙН ТОХИОЛДОЛ

А.Гэрэлтуяа

Уламжлалт сэргээн засах эмчилгээний тасаг, Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг

ХОЛЕСТАЗТАЙ ХАВСАРСАН ЭЛЭГНИЙ ХОРДЛОГОТ ӨВЧИН

В.Номин², В.Дулгуун¹, Т.Bayarnyam¹, Е.Одмаа¹, Р.Шинекхуу¹, М.Оюунгерел¹

¹National Center for Communicable Diseases

²Department of Infectious Diseases, Mongolian National University of Medical Sciences

ЦОЧМОГ ЭРИТРОИД ЛЕЙКЕМИЙН (M6) ТОХИОЛДОЛ

Мядагсүрэн Сүхбаатар¹, Урангэрэл Хажид², Балжинням Пүрэвсүрэн¹, Нүрээдулам Дэмбэрэл²,

Оюундэлгэр Норов¹

¹Цусны эмгэг судлал, чөмөг шилжүүлэн суулгах төв, Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг

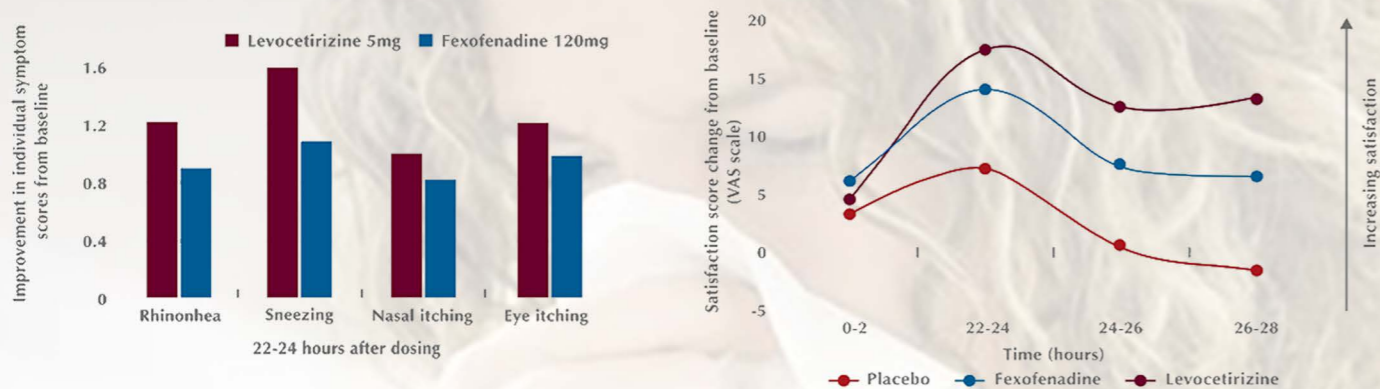
²Эмнэлзүй, эмгэг судлалын нэгдсэн лаборатори, Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг

Levozine

(Левоцетиризин 5 мг)
Шинэ үеийн H₁ рецепторын антагонист

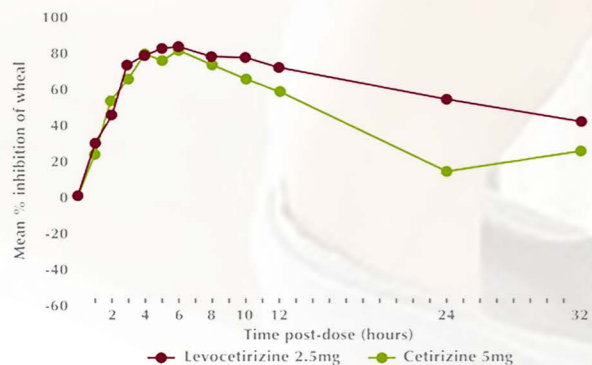
Эмийн үр нөлөө нь 24 цаг хүртэл үргэлжилж, хэрэглэгчдийн сэтгэл ханамж өндөр байсан

Левоцетиризинийг өдөрт 1 удаа хэрэглэх үед харшлын шинж тэмдгийг 24 цаг хүртэл намдааж, үйлчлүүлэгчдийн амьдралын чанарыг сайжруулж байсан.



Нойр хүргэхгүйгээр харшлын шинж тэмдгийг хурдан намдаана

Судалгааны дүнд: Левоцетиризиний эмчилгээний үр нөлөө нь 30 минутаас 1 цагийн дотор илэрч Цетиризинтэй харьцуулахад илүү үр дүнтэй байсан ба тогтолцоонд илрэх гаж нөлөө нь илүү бага хэмжээтэй байсан.



Хэрэглэх заавар:

Хэрэглэх заалт: Харшлын ринит, чонон хөрвөс болон бүх төрлийн харшлын шинж тэмдгийг намдаах зорилгоор хэрэглэнэ.

Тун: Эмчийн зааврын дагуу тунг тааруулна. Эмийг хоолны өмнө ба дараа усаар даруулан залгиж хэрэглэнэ.

12-с дээш насны хүнд хэрэглэх тун 5мг (хоногт 1 шахмал).

Шинэ үеийн H₁ рецепторын антагонист

Levozine

(Левоцетиризин) 5мг бүрхүүлтэй шахмал

- Харшлын ринит, чонон хөрвөс болон бусад харшлын шинж тэмдгийг хурдан намдаана.
- Илүү бага тун, илүү бага гаж нөлөөтэй тул таны өдрийн эрч хүчинд тань илүү бага нөлөөлнө.
- Эмийн үр нөлөө нь 24 цаг үйлчлэх тул өдөрт 1 удаа, илүү хялбар.

Импортлогч:
Эффект ХХК
Улаанбаатар хот, Баянгол дүүрэг, 4-р хороо,
UB Platinum, 201 тоот
Утас: 70118883

Үйлдвэрлэгч
STANDARD CHEM. & PHARM.CO.,LTD



Эмнэлзүйн ховор тохиолдлын үндэсний VI чуулган

Элгээ хамгаалж,
Биеэ хоргүйжүүлье!

Ливер АКТИВ



- ✓ Элэгний үйл ажиллагааг сайжруулна
- ✓ Биенийг хоргүйжүүлнэ
- ✓ Жин хасахад тусална

| Найрлага | Өдөрт 1 капсул |
|-------------------------------|--------------------|
| Милк тистл (үүнээс Силимарин) | 187,5 мг 150 мг |
| Холин | 50 мг |

liver active

- Өдөрт 1-2 капсулыг хоолны дараа хэрэглэнэ.
- Шаардлагатай тохиолдолд илүү өндөр тунгаар хэрэглэж болно.

ХЭН ХЭРЭГЛЭХ ВЭ?

- Архины болон архины бус шалтгаант элэг өөхлөлт
- Элэгний эмгэг (вирусын ба хордлогын шалтгаант архаг гепатит, элэгний хатуурал, хавдар)
- Зохисгүй хоол ундны хэрэглээ

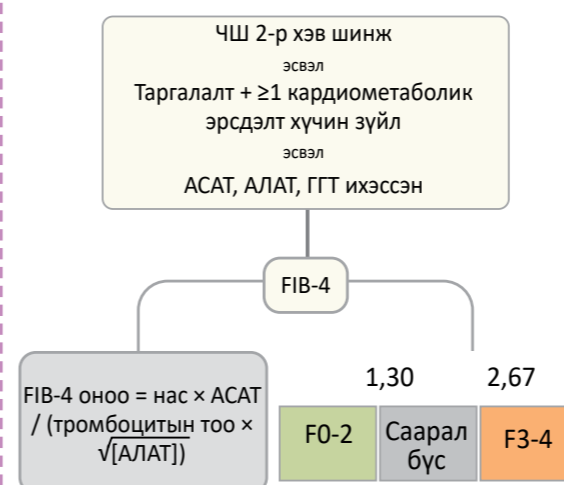
Liver active Denk – Силимарин ба Холины хосолсон антиоксидант нь элэгний үйл ажиллагааг дэмжиж, элэгний эсийг хамгаална.

Милк тистл – Элэгний хоргүйжүүлэх үйл явцыг сайжруулдаг бөгөөд холестерин өндөр хүмүүсийн хувьд эерэг нөлөөтэй байдаг. Элэгний цөс ялгаруулах чадварыг нэмэгдүүлж, хоол боловсруулах үйл явцад дэмжлэг үзүүлдэг.^{1,2,3}

Холин – Элэгний эсэд өөх тос хуримтлагдахыг бууруулна. Хэвийн хомоцистейны солилцоонд чухал үүрэгтэй.⁴

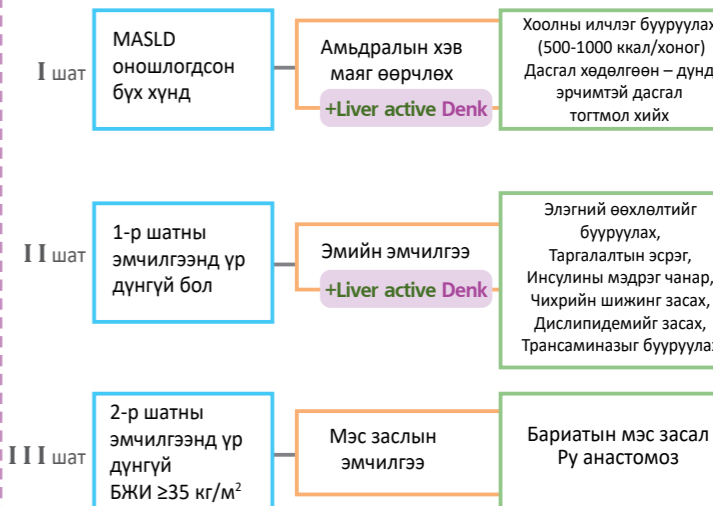
1 Vargas-Mendoza N, Madrigal-Santillán E, Morales-González A, et al. Hepatoprotective effect of silymarin. World J Hepatol. 2014;6(3):144-149.
2 National Center for Complementary and Integrative Health (2016): Milk Thistle.
3 Natural Medicine (2017): Milk thistle.
4 European Commission (2012): Commission Regulation (EU) No 432/2012

EASL/EASD/EASO удирдамж (элэгний фиброзын үнэлгээ)



<https://doi.org/10.1016/j.jhep.2024.04.031>

Бодисын солилцооны алдагдлын шалтгаант элэг өөхлөх эмгэг (MASLD) + таргалалт



115

DORENEM

Амь насанд аюултай халдваруудын үед шаардлагатай
Хэт өргөн хүрээний антибиотик

Өмнөх бүлгийн карбапенемуудтай харьцуулахад *Ps.aeruginosa*-ийн эсрэг
4 дахин илүү идэвхтэй

Бусад антибиотиктой харилцан үйлчлэлцэж эмчилгээний үр нөлөөг нэмэгдүүлдэг

Хэрэглэх заалт:

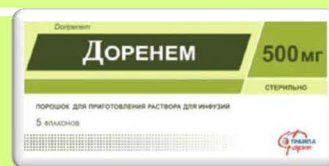
- Эмнэлгийн нөхцөлд үүссэн хатгаа
- Уушгины зохиомол амьсгалын аппараттай холбоотой үүссэн хатгаа
- Шээсний замын хүнд хэлбэрийн халдварууд
- Хэвлийн хөндийн халдварууд

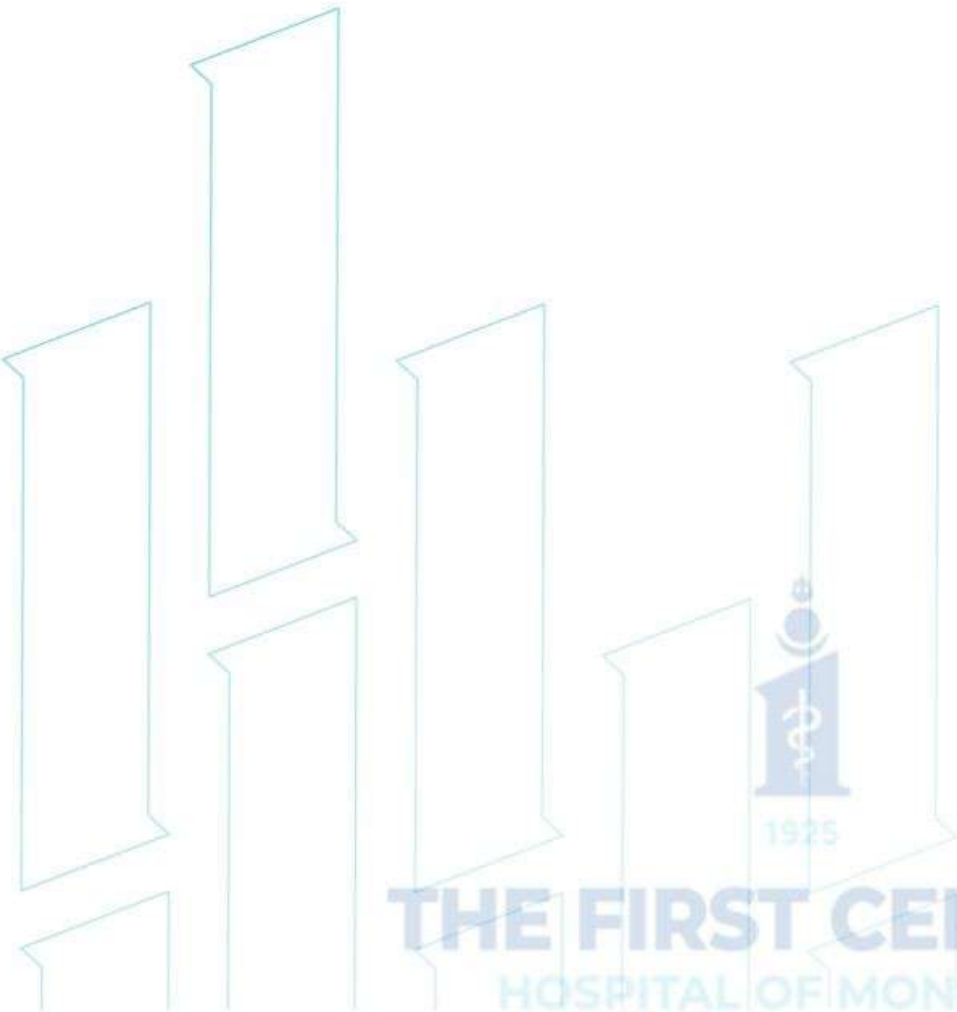
Doripenem 500 mg

DORENEM

Цаг хожиж, амь насыг аврахын тулд
Дорипенемийг аль болох эрт эхлүүлээрэй

Жороор олгох тарилгын уусмал бэлтгэх нунтаг





1925

THE FIRST CENTRAL
HOSPITAL OF MONGOLIA