

НӨАГ-ын Эх барих эмэгтэйчүүдийн ахлах зэргийн эмч,
Дурангийн мэс засалч Ц.Энхбат
Зөвлөх зэргийн эмч, Анагаах ухааны доктор Р.Уранчимэг

УМАЙН АРТЕРИ ВЕНИЙН МАЛЬФОРМАЦИ

Умайн артери венийн мальформаци /ABM/ маш ховор тохиолддог. Хэвлэл мэдээлэлд 150 орчим тохиолдол бичигдсэн байдаг. Dubreuil ба Loubat нар 1926 онд артери-венийн мальформацийн анхны тохиолдлыг нийтэлсэн. Уг эмгэгийн үед тохиолддог умайн цус алдалт нь эмчилгээнд үр дүнтэй байдаг тул ихэнхдээ оношилогдохгүй өнгөрдөг. Артери-венийн мальформацийн талаар гарсан ямар нэгэн удирдамж байхгүй. Хэт авиан болон доплер шинжилгээг өргөнөөр ашигладаг болсон нь умайн артери-венийн мальформаци гэдэг оношийг үндэслэлгүй ихээр тавих нөхцөлийг бүрдүүлсэн гэж зарим эрдэмтэд үздэг. Хэрэв цусан хангамж ихтэй, хуйларсан цусны урсгалтай эмгэг байвал умайн судасны мальформаци гэж үзэх нь зүйтэй гэсэн онол ч бий. Умайн артери-венийн мальформаци /ABM/ гэсэн оноштой умай цусан хангамжийн масс ихтэй дүүргэлттэй үед ангиографийн шинжилгээний эрт үеийн шинжилгээг ашиглах нь зөв гэжээ. Уг эмгэгийг оношлоход, эмчилгээнд үр дүнгүй их хэмжээтэй цус алдаж байгаа өвчтөнг оношлох, эмчлэх клиник ач холбогдолтой. Нөхөн үржихүйн насны эмэгтэйчүүд умайн хөндийг цэвэрлүүлсний дараа хүнд хэлбэрийн их хэмжээний цус алдах нь артери-венийн мальформацийг таамаглах нөхцөлийг бүрдүүлж байна. Хэрэв умайн өргөссөн судасны урсгалын хурд их, эмгэгээр өргөссөн үтрээний судаснууд харагдах мөн хоёр талын дайврын орчим лугшилт ихтэй судаснууд тэмтрэгдвэл энэ таамаг улам их болно. Тиймээс нөхөн үржихүйн насны эмэгтэй умайн мөчлөггүй цус алдаж, жирэмсний сорил сөрөг байвал ABM байж болохыг үгүйсгэхгүй.

Шалтгаан ба эрсдэлт хүчин зүйлс:

Жирэмслэлт нь уг эмгэгийн эмгэг жамд чухал үүрэг гүйцэтгэдэг ба ихэнхдээ нөхөн үржихүйн насны эмэгтэйчүүдэд тохиолддог. Ихэнхдээ төрсний дараах үе, эсвэл зулбаснаас хойш хэдэн сарын дараа, жирэмсэнтэй холбоотойгоор умайн хөндийг цэвэрлүүлсний дараа оношлогддог. Олдмол ABM нь халдвар, үрэвсэл, жирэмсний трофобластийн өвчин, эмэгтэйчүүдийн хорт хавдрын эмгэг, бага аарцгийн гэмтэл зэргээс болж үүсч болно. Мөн өсвөр насны охид, цэвэршилтийн дараах насны эмэгтэйчүүдэд үүссэн тохиолдол бичигдсэн байдаг. 1995 онд Kasznica and Nisar нар амьгүй ураг төрсөн эмэгтэй ургийн задлан шинжилгээг хийхэд өөр эрхтэн тогтолцоо хамраагүй төрөлхийн умайн артери-венийн мальформаци байсан тохиолдлыг бичсэн. Умайд босоо зүслэг хийхэд миометри болон эндометрийг

хамарсан олон тооны цусны судсууд тодорхойлогдоно. Энэ тохиолдолд умайн артери-венийн мальформацийн төрөлхийн хэлбэрийг харуулжээ.

Эмгэг жам ба ялган оношилгоо:

Төрөлхийн ба олдмол артери-венийн мальформаци, миометрийн судасжилт ихсэлтийг ялган оношловол зохино.

Төрөлхийн артери-венийн мальформаци нь артери болон венийн судаснуудыг агуулсан төвийн судасны голомттой байдаг. Эдгээр судаснууд нэмэлт маш олон артериудаас тэжээлээ авч мөн олон венийн судасыг дүүргэж байдаг. Төрөлхийн АВМ ихэнхдээ умайн судаснаас гадна бага аарцгийн хөндийн судаснуудыг хамардаг. Үр хөврөлийн үеийн судасны ялгаран хөгжих үеийн гажуудлаас болж АВМ үүсдэг гэж үздэг. Уг эмгэгийн шинж тэмдэг илэрсэн ихэнх эмэгтэйчүүдэд эмчилгээний эхний шатанд артерийн эмболизаци хийхийг илүүд үздэг ба хэрэв энэ нь амжилтгүй байвал гистерэктоми хийх шаардлагатай болдог. Анх 1986 онд умайн судасны гажигшлыг эмболизаци эмчилгээ хийж эмчилсэн гэж тэмдэглэгдсэн байна.

Олдмол артери-венийн мальформаци нь цэлмэнгийн некроз (chorionic villi) болсны дараа венийн синусууд сорвитой холбогдсоноос болдог гэж үздэг. Олдмол артери-венийн мальформацийн үед умайн хөндий дотор жижиг олон тооны артери венийн шунт байдгаараа төрөлхийн АВМ-аас ялгаатай. Олдмол АВМ нь 1 юм уу 2 умайн артериас тэжээлээ авдаг бөгөөд төрөлхийн АВМ шиг төвийн судасны голомт агуулдаггүй. Умайн АВМ-ийн үеийн цус алдалтыг бусад жирэмсэнтэй холбоотой нөхцөлийн үеийн цус алдалтаас ялган оношлох нь чухал. Трофобластик өвчний үед мөн бүрэн бус зулбалтын үед хийгддэг мэс ажилбарт эмчилгээ нь АВМ эмгэгийн үед эсрэг заалт болж байдаг, тиймээс оношоо зөв тавих нь маш чухал.

Миометрийн судасжилт ихсэлт нь умайн хөндий хүртэл миометрийн давхаргыг тэр чигээр нь хамарсан цусны урсгал тодорхойлогдохыг хэлнэ. Van Schoubroeck төрсний дараах үед байгаа 93 эмэгтэйд проспектив судалгаа хийхэд, миометрийн судасжилт ихсэх нь төрсний дараах үед элбэг тохиолддог гэсэн үр дүн гарсан. Миометрийн судасжилт ихэссэн хэсэг нь жирэмсний үед ихэс бэхлэгдэж байсан талбайд тодорхойлогдсон ба энэ нь улмаар 6 долоо хоногийн дараа байхгүй болж байжээ. Хэт авиан шинжилгээгээр миометрийн судасжилт ихсэх нь АВМ-тай төстэй харагдаж болох ч, АВМ-тэй адил ямар нэгэн эмчилгээ шаардагддаггүй. Timmerman судалгаагаар физиологийн миометрийн судасжилт ихсэх үед (төрсний дараах үед энгийн үзэгдэл) хүнд цус алдалтанд хүргэж байгаа, 10-аас дээш долоо хоног хадгалагдаж байгаа эмгэг судасжилт ихсэхээс ялган оношлох хэрэгтэй гэжээ. Хэрэв умайн хөндийд ихсийн эд үлдсэнээр хэт авиан шинжилгээнд миометрийн

судасжилт ихсэж харагдаж байвал умайн хөндийг цэвэрлэх нь оновчтой эмчилгээ болж байгаа юм.

Шинж тэмдэг:

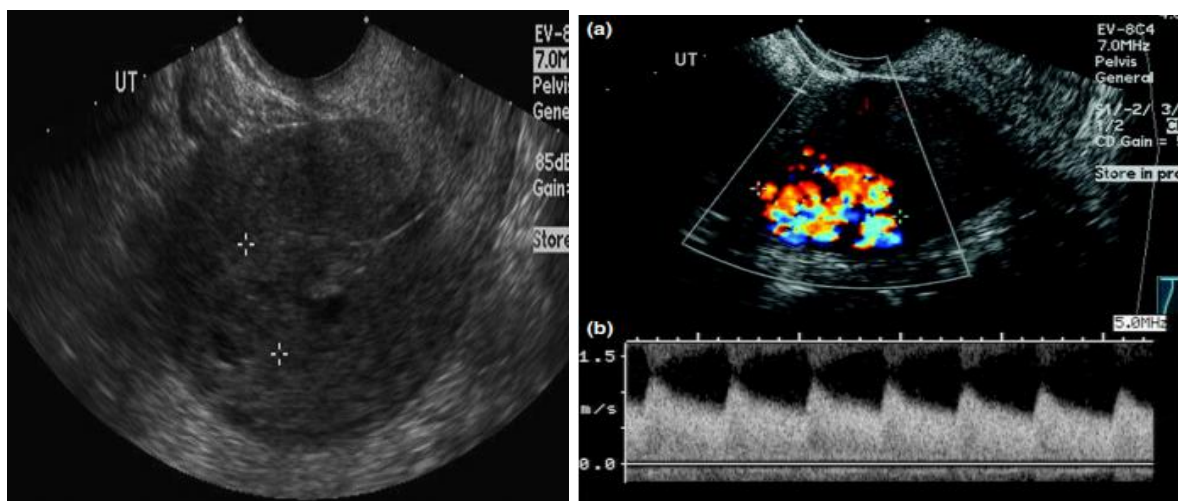
Нөхөн үржихүйн насны эмэгтэйд төрсний дараах үед эсвэл умайн хөндийг цэвэрлэсний дараа хүнд хэлбэрийн цус алдалт үүсвэл ялган оношлогоонд АВМ оруулах хэрэгтэй. Хэдийгээр төрөлхийн болон олдмол артери-венийн мальформацууд ялгаатай байдаг ч илрэх шинж тэмдэг төстэй байж болно. Төрөлхийн гажигийн үед эмчилгээнд тэсвэртэй менорраги үүсдэг. Харин олдмол эсвэл гэмтлийн АВМ нь дээр дурдагдсан аль нэг эрсдэлт хүчин зүйлстэй холбоотой байдаг. Шинж тэмдэгүүд гэнэт эсвэл аажмаар үүсч болно. АВМ үед судасны эндотелийн давхарга гэмтэхэд цус алдалт үүсдэг, тодруулбал сарын тэмдэгийн үед эсвэл умайн хөндийг цэвэрлэсний дараа үүснэ. АВМ үед өвчтөн маш их хэмжээний цус алдаж, бүр дайрлаганд ч орж болно. Тиймээс их хэмжээний цус алдаж байгаа хүнд ялган оношлогоог зөв хийж умайн хөндийг цэвэрлэх арга хэмжээг авахгүй байх нь цаашид гарч болох хүндрэлээс урьдчилан сэргийлж байгаа явдал юм. Цус алдалтын онцлог, жирэмсний сорил сөрөг, доплер шинжилгээний онцлог зураглалд үндэслэн АВМ оношийг таамаглаж болно. Ихэнхдээ төрөлхийн гажиг байдаг ба жирэмслэлттэй холбоотой цус алдалтаар илэрдэг. Уг гажгийн үед мөчлөггүй их хэмжээний цус алддаг тул өвчтнийг эмнэлэгт хэвтүүлж цус сэлбэх ч шаардлага гарч болно. Өмнө нь зөвхөн гистерэктоми суурь эмчилгээ байсан. Орчин үеийн анагаах ухаанд шинэ техник технологи нэвтэрсэнтэй холбоотой эмчилгээ оношлогооны шинэ шинэ аргууд нэвтэрсээр байна.

Оношлогоо:

Умайн артери венийн мальформацийг оношлох алтан стандарт бол бага аарцгийн ангиографийн шинжилгээ юм. Хэрэв эмчилгээнд эмболизаци хийхээр төлөвлөгдөж байвал ангиографи нь оношийг батлахаас гадна үндсэн тэжээгч судаснуудыг тодорхойлж өгдөг. Хэт авиан шинжилгээ нь хямдхан бөгөөд үнэ цэнэтэй илрүүлэг оношилгооны арга юм.

Хэт авиан шинжилгээ:

Миометри олон тооны хөндийтэй, сэвсгэр анэхоген болон гипоехоген хэсгийг агуулдаг.



Зураг 1. Умайн артери венийн мальформацийн хэт авиа шинжилгээ

Зураг 2. Допплерийн шинжилгээгээр илэрсэн байдал

Өнгөт доплер. Энгийн чанд авиан шинжилгээний үед өнгөт доплер ашиглах нь маш үр дүнтэй инвазив бус оношлогооны арга юм. Допплер шинжилгээгээр миометрийн судасжилт ихсэлт харагдах ба өндөр хурдтай цусны урсгал тодорхойлогдоно. Хэрэв чанд авиан шилжилгээ болон доплероор умайн судасжилт ихсэлт болон артеривенийн шунт илэрвэл АВМ эмгэгийг таамаглаж болно. Эдгээр зураглал үр хөврөлийн эд умайд үлдэх, трофобластик өвчин, судасжилттай эндометрийн хавдар гэх мэт эмгэгүүдийн үед илэрч болно.

Spectral Doppler analysis:

Олон талт чиглэлтэй, хуйларсан, хурдтай судасжилт тодорхойлогдоно. Энэ хэсэгүүд өнгөт урсгалын олон янзын чиглэлтэй махир судаснуудаас тогтоно. Судаснууд өндөр PI (дундаж PI 136 см/с), бага RI (дундаж RI 0.3) харуулдаг. Олон удаагийн давтамжтай цус алдаж байгаа эмэгтэй болгонд доплер шинжилгээ хийхийг зөвлөдөг.

Ангиографи:

Хэрэв АВМ оношлогдож байвал ангиографийг оношлогооны болон тэжээгч судсанд эмболизаци хийх зорилгоор төлөвлөнө.

Эмчилгээний ерөнхий зарчмууд:

Умайн артери венийн мальформацийн эмчилгээний тактик нь:

- Нас
- Гемодинамикийн байдал

- Гажгийн хэмжээ болон байрлал
- Цус алдалтын зэрэг
- Ирээдүйд хүүхэд төрүүлэх хүсэлтэй эсэх зэргээс хамааралтай

Хэрэв эмэгтэй их хэмжээний цус алдаж байвал эхний ээлжинд цус алдалтыг зогсоож гемодинамикийг тогтвортой болгох зорилгоор шингэн болон цусыг судсаар сэлбэнэ. Хэрэв амь насанд аюултай их хэмжээний цус алдаж байвал Фолейн катетерийг цус тогтооход хэрэглэж болно. АВМ эмчилгээнд дааврын эмийн эмчилгээ, умайн артерийн эмболизаци, гистерэктоми зэрэг эмчилгээний аргуудыг хэрэглэж болно. Трофобластик өвчний үед үүссэн АВМ нь ихэнхдээ хими эмчилгээ хийлгэсний дараа алга болдог ч зарим хүнд тохиолдолд гистерэктоми хийх шаардлага гардаг. Хэрэв эмэгтэйд аюултай цус алдалт үүсэх өндөр магадлалтай эсвэл гемодинамикийн хувьд тогтворгүй байвал яаралтай ангиографи болон эмболизаци хийх шаардлагатай. Эмэгтэйд анх удаа цус алдалт үүсч, энэ нь гемодинамикийн хувьд тогтвортой байвал эмийн эмчилгээ хийж болно, эмийн эмчилгээний дараа цус алдалт олон удаа давтагдаж байвал эмболизаци хийх нь зөв.

Мэс засал эмчилгээ:

АВМ-ийн үед ташааны дотор артери эсвэл умайн артерийг боох, гистерэктоми хийх нь үндсэн эмчилгээ байжээ. Одоо үед бага аарцгийн ангиографи болон сонгомол артерийн эмболизаци нь умайн АВМ эмчлэх нь үндсэн эмчилгээ болж байгаа юм. Мэс засал эмчилгээний үед:

- АВМ голомтыг бүхлээр нь авах шаардлагатай
- Хэрэв голомтыг бүхлээр нь авахгүй бол АВМ нь эмчилгээний өмнөх хэмжээнээс хэд дахин томорч болно

Одоо үед эмболизаци эмчилгээ үр дүн үзүүлээгүй, цаашид жирэмслэж төрөх хүсэлгүй, байнга хянагдаж чадахгүй эмэгтэйд гистерэктоми үр дүн сайтай эмчилгээний арга гэж зөвлөж байна. Peitsidis 1994 оноос 2011 он хүртэл умайн хөндийг цэвэрлүүлсний дараа үүссэн АВМ-тай 100 эмэгтэйд судалгаа хийжээ. Умайн артерийн эмболизаци нь хамгийн их (59%), гистерэктоми (29%) тохиолдож байна гэжээ. Эдгээр эмэгтэйчүүдийн 6%-д олдмол АВМ өөрөө алга болсон үр дүн гарсан. Умайн артерийн эмболизаци хийсний дараа 17% д өвчний шинж тэмдэг дахин илэрсэн.

Эмийн эмчилгээ:

Methylergonovine maleate-г 1 жилийн турш хэрэглэх нь үр дүнтэй байсан. Takeuchi судалгаандаа: амжилтгүй болсон эмболизацийн дараа өвчтөнд 12 долоо хоногийн турш Даназолын курс эмчилгээ хийхэд (400 мг өдөрт 1 удаа) умайн АВМ алга

болсон тухай нийтэлсэн. Даназол АВМ үед ирэх цусны урсгалыг багасгаж, гажгийг тэжээлгүй болгодог. Хавсарсан дааврын бэлдмэлийг 3 сарын турш хэрэглэж хэт авиан шинжилгээ хийхэд АВМ хэмжээ багассан тохиолдол байна. Мөн 6 сарын турш гонадотропин-рилизинг даавар эмчилгээ хийлгэсний дараа АВМ голомт бүрмөсөн байхгүй болж дараа нь эмэгтэй жирэмсэлсэн тухай бичсэн байдаг.

Balloon-occluded retrograde transvenous obliteration:

Умайн АВМ үед эмийн эмчилгээ үр дүнгээ үзүүлээгүй, умайн артерийн эмболизаци хийх боломжгүй байсан эмэгтэйд *Balloon-occluded retrograde transvenous obliteration* хийсэн тохиолдлын тухай бичидсэн. 1988 онд Beller судалгаандаа АВМ-тай эмэгтэйчүүдэд жирэмслэхгүй байхыг зөвлөсөн. Яагаад гэвэл жирэмсний үед умайн цусан хангамж ихэссэнээр өвчнийг даамжруулж, үхэлд ч хүргэх шалтгаан болж болно. Сармас 2013 онд миометрийг тэр чигээр нь хамарсан умайн АВМ эмэгтэй амжилттай жирэмслэсэн 2 тохиолдлын тухай бичсэн. Артерийн сонгомол эмболизаци хийгддэг учир өндгөвчний цусан хангамж болон сарын тэмдэгийн мөчлөг алддаггүй. Эмэгтэйн жирэмслэх боломж гажгийн хэмжээнээс шалтгаална. АВМ эмэгтэй эмэгтэйчүүд жирэмсэлсэн цөөхөн тохиолдлууд бичигдсэн байдаг учир жирэмсний үед тохиолдох хүндрэлүүд бүрэн тодорхойгүй байна. Жирэмслэсэн тохиолдолд эдгээр эмэгтэйчүүдэд зулбалт, ургийн өсөлт баригдах, ихсийн дутмагшил, умай задрах, дутуу төрөх, төрсний дараах цус алдах эрсдэлүүд тулгарч болно.

Тохиолдолын танилцуулга:

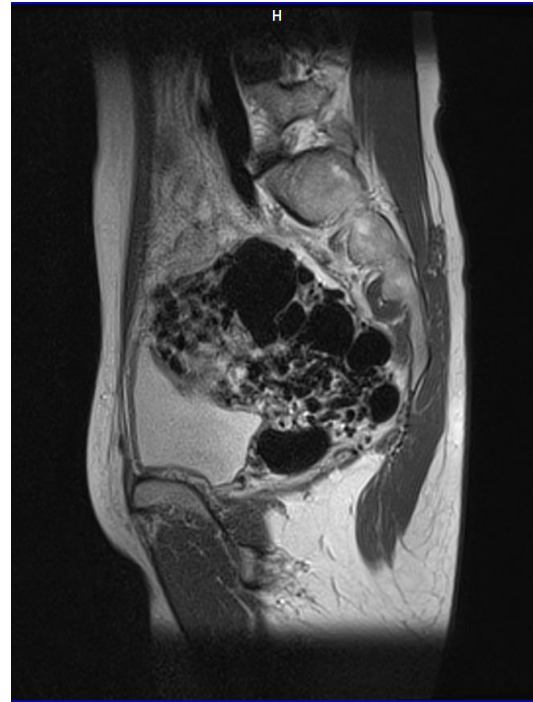
Өвчтөн Ө. 32 настай, гэр бүлгүй. 2019 оны 02 сарын 20-нд НӨАГ-ын эмэгтэйчүүдийн тасагт хэвтсэн. Амьдралын түүх: 1986 онд Баянхонгор аймагт төрсөн ам бүл 3 ээж, дүүгийн хамт амьдардаг, өндөр 171 см жин 55 кг, улаан бурхан, салхин цэцэг, элэгний В вирус өвчнөөр өвчилсөн. Харшилдаг эм: метронидазол. Эмэгтэйчүүдийн анамнез: Менархе 14 нас, мөчлөг 30 хоног, Үргэлжлэх хугацаа 3 хоног, хэмжээ их. Сүүлийн сарын тэмдэг 2 сарын 11 өдөр ирсэн. Жирэмслэлт 2 удаа болж, 16 долоо хоногтой зулбасан, 32 долоо хоногтой дутуу төрсөн.

Зовиур: Хэвлийн доогуур өвдөнө, ууц нуруу чилнэ. 2019 оны 2 сарын 11нд биений юм их хэмжээгээр ирж, эмнэлэгт ирж хэвтсэн. УГТЭ-ийн ангиографийн тасагт 2019 оны 02 сарын 19-нд эмболизаци хийлгэсэн

Мэс заслын өмнөх шинжилгээ: WBC 3.49, RBC 2.98, HGB 99 g/dl, PLT 132, HCT 0.30, HBsAG (+), AntiHCV (–), HIV (–), Цусны бүлэг III (B), Rh(+)

Хэт авиан шинжилгээ: умайн хэмжээ 81x51мм. Умайн салстын зураглал умайн булчингаас муу ялгарч харагдана, эндометрийн төв хэсгээр гипозоогений хэсэгтэй.

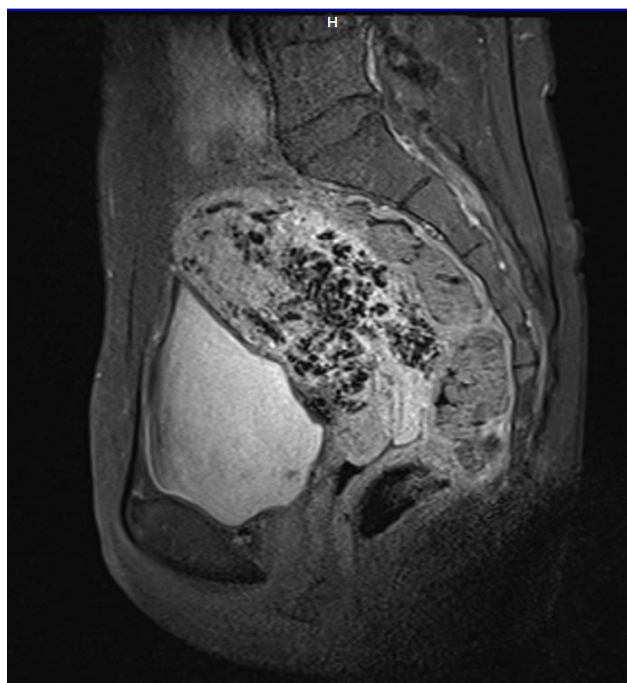
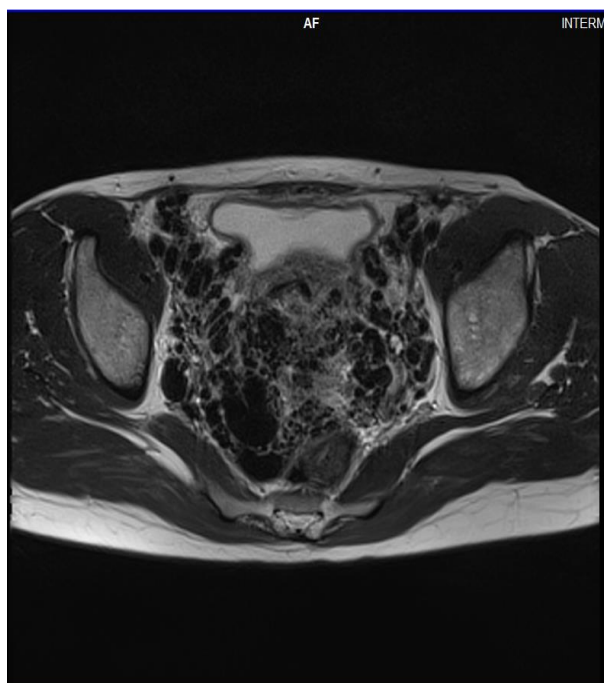
Бага аарцгийн хөндийн тодосгогчтой MRI: /2018.09.28/



Зураг 3, 4. Умайн артери, венийн мальформацийн MRI тодосгогчтой шинжилгээ



Зураг 5, 6. Умайн артери, венийн мальформацийн цэх урдаас MRI тодосгогчтой шинжилгээ

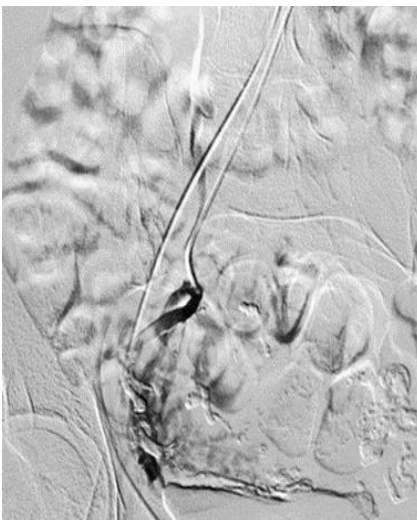
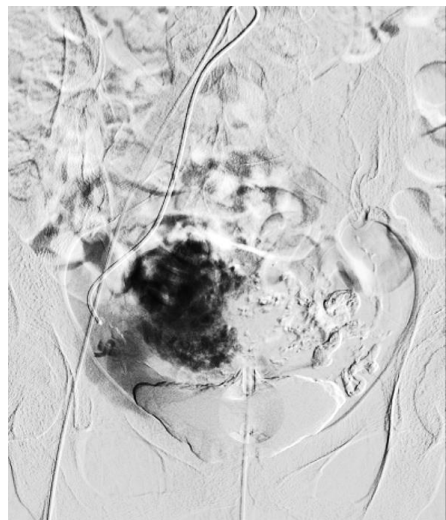
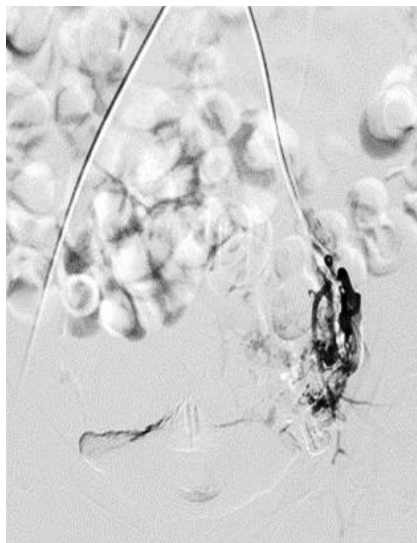
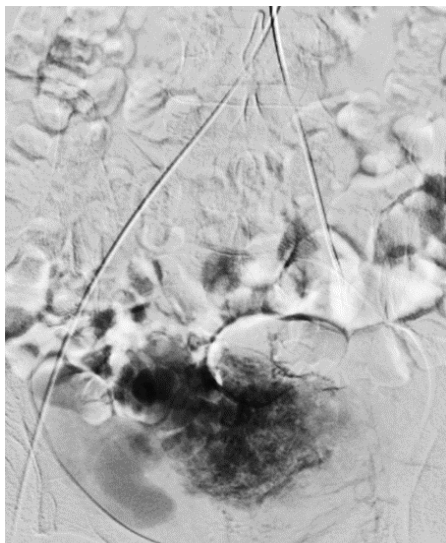


Зураг 7, 8. Умайн артери венийн мальформацийн MRI тодосгогчтой зураглал

Бага аарцгийн хөндийд, умайн их бие, хүзүү хэсгийн булчин давхарга хамарсан эмдомертруу цүлхийсэн олон тооны тахиралдсан T1/ T2 дохионы эрчим буурсан өөрчлөлтүүд тодорхойлогдоно, баруун талдаа илүү өргөссөн судаслаг бүтцүүд байна. 2 талын өндгөвчний хэмжээ хэвийн.

Дүгнэлт: Massive uterine and pelvic arteriovenous malformation.

2019 оны 02 сарын 19-ний ангиографи шинжилгээ хийсэн:



Коагулограмм: TT-17.9 s, APTT 27.6 s, PT-INR 1.07 INR, PT-SEC 13.8 s, FIB 1.45 g/l

↓Эмчилгээний төлөвлөгөө: Дурангийн аргаар - 2 талын дугуй холбоос, өндгөвчний өөрийн холбоос, өргөн холбоосын ба мезосальпинксийн судсыг HARMONIC ба OLYMPUS BIPOLAR HAND багажаар түлж /цус алдалтаас сэргийлэх зорилгоор/, хэвлийн мэс засал руу шилжиж умайг их биеээр тайрч авах мэс засал хийх. Мэс заслын явцад 2 нэгж бүлгийн цус сэлбэх.

Мэс заслын явц: Мэс заслыг 2019 оны 02 сарын 27-ны 09:40 -12:50.хийсэн. Умайн хэмжээ том хатуу, 2 талын дугуй холбоос өргөсөж тахиралдаж судасны бүдүүрэл ихээр үүссэн. 2 талын мезосальпинксийн судсууд ихээр өргөсөж тахиралдаж бүдүүрсэн. 2 талын өргөн холбоосын судсууд их хэмжээгээр тахиралдаж бүдүүрсэн. 2 талын параметрийн талбайн судсууд, умайн судсууд их хэмжээгээр өргөсөж, тахиралдаж, хавагнаж цүлхийсэн харагдана. Давсаг умайн хуниасанд

олон тооны судсууд тахиралдаж, өргөсөж бүдүүрсэн байв. Хэвлийн өмнөд хананд 5мм-н 4 ширхэг троакар байрлуулав. 5 мм-ын 0- градусын дуранг ашиглав. Хэвлийн хөндийг 14 мм МУБ CO₂-р хийлэв. 2 талын дугуй холбоосыг harmonic болон bipolar багажаар түлж хайчлав. 2 талын үрийн хоолой болон өндгөвчний өөрийн холбоосыг harmonic болон bipolar багажаар түлж хайчлав. 2 талын өргөн холбоосын ар өвөр гялтанг нээж судсуудыг harmonic болон bipolar багажаар түлж хайчлав. Улмаар хэвлийн хөндийн мэс засалд шилжин хэвлийн өмнөд хананд дагуу зүслэг хийж хэвлийг үечлэн нээв. Давсаг умайн хуниасыг доош буулган судсан багцуудыг түлэгч багажаар түлж цус тогтоолт хийв. 2 талын умайн артерид хос багаж тавьж хайчлан, оёдол тавин зангидав. Нэмэлт бэхэлгээ оёдол тавин зангидав. 2 талын lig. Cardinalis-д багаж тавьж хайчлан оёдол тавин зангидав. Умайг умайн хүзүүн дээгүүр их биеээр тайрч авч үлдэнгэрийг монокрил 1 утсаар хөвөрдөн оёж битүүлж, гялтанжуулалт хийв. Цус тогтоолт хийж, хэвлийн хөндийд хяналтын гуурс байрлуулж багаж материал бүрэн тул хэвлийг үечлэн хаав. Мэс засалч эмч: Д.Өнөржаргал, Ц.Энхбат, Х.Оюунгэрэл, Мэдээгүйжүүлэгч эмч С.Дүүрэнбаяр нар

Мэс заслын дараа хийгдсэн эмчилгээ:

1. Cefataxim 1.0 12 цагаар
2. Metronidazol 100 ml 12 цагаар
3. Tranexami acidi 5.0 12 цагаар 3 хоног
4. Хяналтын гуурс 3 хоног байршуулав.

Мэс заслын дараах шинжилгээ: WBC 6.13, RBC 2.83, HGB 96 g/dl, PLT 141, HCT-0.27, СОЭ 43 мм/ч. **Өвчтөн мэс заслын дараа ямар нэг хүндрэлгүй эмнэлгээс гарсан болно.**



Зураг 9. Зүүн талын дугуй холбоосны эмгэг судасжилт /a.Sampson/

Зураг 10. Зүүн талын дугуй холбоос, мезосальпинксийн судасжилт



Зураг 11. Баруун талын дугуй холбоосны эмгэг судасжилт

Зураг 12. Баруун талын lig.Suspensory , ovarian vessels



Зураг 13. Зүүн талын капилляр судас

Зураг 14. Баруун талын uterine artery, veins

Дүгнэлт. Умайн артери венийн мальформаци нь эмэгтэйн амь насанд маш аюултай, ховор тохиолдох боловч үр хөндөлт, зулбалт нэмэгдэж байгаатай уялдан тохиолдол нь нэмэгдэх хандлагатай байгааг анхаарвал зохино. Түүнчлэн үр зулбалт, үр хөндөлт, хожуу хугацаанд зулбах, дутуу төрөх үед цус ихээр алдвал энэхүү эмгэгийг үгүйсгэх хэрэгтэй.

Ном зүй:

1. Hickey M, Fraser I. Clinical Implications of Disturbances of Uterine Vascular Morphology and Function. *Baillieres Clin ObstetGynaecol*. 2000;14(6):937–951.
2. Polat P, Suma S, Kantarcy M, Alper F, Levent A. Colour Doppler Ultrasound in the Evaluation of Uterine Vascular Abnormalities. *Radiographics*. 2002;22:47–53.
3. Fleming H, Ostor A, Pickel H, Fortune D. Arteriovenous Malformations of the Uterus. *Obstet Gynaecol*. 1989;73(2):209–213.
4. Grivell R, Reid K, Mellor A. Uterine Arteriovenous Malformations: A review of the Current Literature. *Obstet Gynaecol Survey*. 2005;60(11):761–767.
5. Huang M, Muradali D, Thurnston W, Burns P, Wilson S. Uterine Arteriovenous Malformations: Gray-Scale and Doppler Ultrasound features with MR Imaging Correlation. *Radiology*. 1998;206(1):115–123.
6. Timmerman D, Bosch TVd, Peeraer K. Vascular Malformations in the Uterus: Ultrasonographic Diagnosis and Conservative Management. *Euro J Obstet Gynaecol Reprod Biol*. 2000;92:171–178.
7. Ichikawa Y, Nakauchi T, Sato T, Oki A, Tsunoda H, Yoshikawa H. Ultrasound diagnosis of uterine arteriovenous fistula associated with placental site trophoblastic tumor. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2003;21(6):606–608.
8. Gillespie A, Hancock B. In: Gestational Trophoblastic Disease. 3rd ed. Hancock B, Seckl M, Berkowitz R, Cole L, editors. International Society for the Study of Trophoblastic Diseases: 2009. pp. 420–429.
9. Delotte J, Chevallier P, Benoit B, Castillon J, Bongain A. Pregnancy after Embolisation Therapy for Uterine Arteriovenous Malformation. *Fertility and Sterility*. 2006;85(1):228e1–6.

Засаж, нийтлэхийг зөвшөөрсөн: профессор Т.Эрхэмбаатар

2021.01.25