# Мэс заслын эмчилгээний дараах наалдангийн шалтгаантай жирэмсний үеийн нарийн гэдэсний түгжрэл

Э.Хонгорзул[1], М.Мөнгөнхуяг[1], Т.Дашдулам[1], Д.Нинж[1], Н.Алтанчимэг[2], Ц.Отгонтуяа[1], Б.Эрдэнэбулган[1,3]

[1]Улсын хоёрдугаар төв эмнэлгийн Дүрс оношилгооны тасаг
[2]Улсын хоёрдугаар төв эмнэлгийн Мэс заслын 1-р тасаг
[3]Улсын хоёрдугаар төв эмнэлгийн Судсан дотуурх оношилгоо эмчилгээний тасаг
Цахим хаяг: Zulaa_aus@yahoo.com

**Түлхүүр үг:**

Мэс заслын дараах наалданги
Жирэмсний гэдэс түгжрэл
Хэвлийн хурц өвдөлт
Жирэмсний КТГ

**Товч утга:** Жирэмсний эхэн үед хэвлийн болон бага аарцгийн хөндийн хурц үрэвслийг багажийн шинжилгээгээр оношлох нь бэрхшээл багатай. Харин жирэмсний 2-р хагасаас хойш умай томорч жирэмсний үеийн анатоми болон физиологийн хэвийн өөрчлөлт эхийн биед гарахтай холбоотой хэвлийн хурц өвдөлтийг ялган оношлоход бэрхшээлтэй болж эхэлдэг. Мэс заслын эмчилгээний дараах хэвлийн хөндийн наалдац нь хэвлийн байнгын өвдөлт, өтгөн хаталт, үргүйдэл болон гэдэсний түгжрэлийн шалтгаан болж байдаг.[1]

**Үндэслэл:** Жирэмсний үеийн гэдэсний түгжрэлийн хамгийн элбэг тохиолдох шалтгаан нь өмнөх хэвлийн хөндийн мэс заслын эмчилгээтэй холбоотой үүссэн наалданги байдаг ч тохиолдол нь маш ховор байдаг. Голдуу мэс заслын аргаар амжилттай эмчилгээ хийгдэх бөгөөд зарим тохиолдолд эх болон хүүхдийн амь насанд аюултай, нас баралтын шалтгаан болох нь бий.[2] Яаралтай оношилгоо зөв хийгдсэнээр эх, хүүхдийн амь насны заалтаар хийгдэх мэс заслын зүслэгийн хэмжээ, талбайг сонгох болон хагалгааны явц, дараах хүндрэл, эдгэрэх явцад шууд нөлөөлнө. Мөн 2-р тулгамдсан асуудал нь жирэмсний үеийн хэвлийн хурц өвдөлтийн үед эх болон урагт эрт болон хожуу үед гарах эрсдэлгүй, мөн аюулгүй багажийн шинжилгээг сонгох явдал юм.

**Зорилго:** Жирэмсний үеийн хэвлийн хурц өвдөлтийн үед эх болон урагт эрт болон хожуу үед гарах эрсдэлгүй, аюулгүй багажийн шинжилгээг сонгох

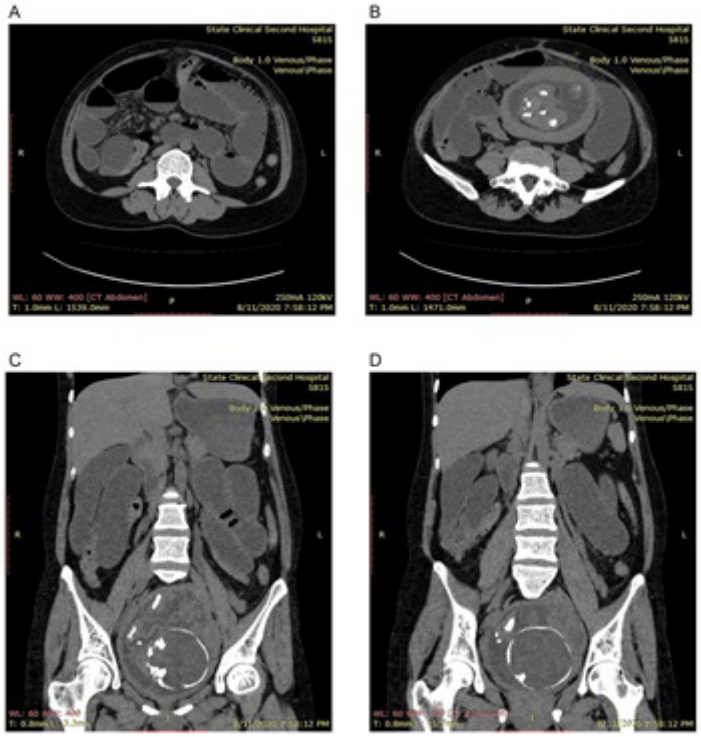
**Зорилт:**

1. Жирэмсний үеийн хэвлийн хурц өвдөлтийн үед эх болон урагт эрт болон хожуу үед гарах эрсдлээс сэргийлэх
2. Аюулгүй багажийн шинжилгээг сонгох

**Хэрэглэгдэхүүн, арга аргачлал:** УХТЭ-ийн хэвлийн доод хэсгээр хатгуулсан хүчтэй өвдөлттэй, дотор муухайрах, огиулж бөөлжих зовиуртай ирж үйлчлүүлсэн 36 настай 8 сартай жирэмсэн эмэгтэй У-гийн өвчний түүх, эмнэлзүйн мэдээлэлд тулгуурлан эмнэлзүйн тохиолдлыг судаллаа.

**Үр дүн:** Дээрх зовиур 3 хоногийн өмнөөс эхэлсэн бөгөөд "Гурван гал" эмнэлэгт хэвтэн эмчилгээ хийлгэсэн боловч зовиур багасахгүй байсан тул онош тодруулахаар ирсэн. Өмнө нь 1 удаа баруун өндгөвчийн уйланхай авахуулах хагалгаанд орж байсан.

Мэс заслын эмчийн бодит үзлэгээр хэвлий дүүрэнги, хэвлийн урд хана гялтангийн цочрол ихтэй, баруун талдаа илүү тод. Умай тонус ихтэй байсан. Цусны дэлгэрэнгүй шинжилгээнд WBC 16.1x10$^9$/ml, CRP -66.0mg/L хэмжээтэй, үрэвслийн шинжтэй байсан. Хэвлийн болон бага аарцгийн хөдийн хэт авианы шинжилгээний дүгнэлт: гэдэсний хана тархмалаар тэлэгдсэн. Хэвлийн болон бага аарцгийн хөндийд сул зурвас шингэнтэй. Умайд 30 долоо хоногтой, 1 амьд урагтай. Яаралтай онош тодруулах, амь насны заалтаар хэвлийн КТГ шинжилгээ хийгдсэн бөгөөд шинжилгээнд: хэвлийн хөндийн баруун доор бүдүүн гэдэсний өгсөх хэсгээс дээш гэдэсний хөндий илэрхий шалчийж коллапс болсон, хэвлийн баруун дээд хэсэг, умайн ёроолын баруун дээд талд чацархайд нэвчдэст өөрчлөлттэй. Цутгалан болон нарийн гэдэсний гогцоо 4,0 см хүртэл өргөссөн, шингэний түвшингүүдтэй. Нарийн гэдэсний хананд жижиг хий үүссэн өөрчлөлттэй, мөн мухар олгой тодорхойлогдохгүй байсан (Зураг 1).




**Зураг 1: Тодосгогч бодисгүй хэвлийн хөндийн КТГ шинжилгээ**

A болон B зураг, аксиал зүслэгийн зөөлөн эдийн цонх.

C болон D зураг, коронал зүслэгийн зөөлөн эдийн цонх.

Мэс заслын дараах наалдангийн шалтгаантай жирэмсэн үеийн нарийн гэдэсний түгжрэл оношоор мэс заслын эмчилгээ хийгдсэн бөгөөд өвчтөн өмнөх өндгөвчний уйланхай авахуулах мэс заслын үед мухар олгой авахуулсан болох нь тогтоогдсон.

**Хэлцэмж:** Жирэмсний үеийн хэвлийн хурц өвдөлтийн үед мухар олгойн үрэвсэл, бөөр-шээсний замын чулуу, ходоод-гэдэсний түгжрэл, хэвлийн хөндийн ивэрхий болон бусад эх барих эмэгтэйчүүдийн эмгэгүүдийг хооронд нь ялган оношилох шаардлага гардаг ч энэхүү эмнэл зүйн тохиолдол нь маш ховор юм. Бид энэхүү эмнэлзүйн тохиолдлыг судлахад мэс заслын эмчилгээний дараа жирэмсэн эхийн биеийн байдал сайн, мөн ургийн амин үзүүлэлт сайн эмнэлэгээс гарсан. Гэвч манай Монгол улсад КТГ шинжилгээг яаралтай тусламжийн үед нийтлэг ашиглахгүй байх нь энэ тохиолдолд хожим гарах урагийн гажиг цаашлаад цацраг туяатай холбоотой олон жилийн дараа гарах үр дагаварын /жишээлбэл цусны хавдрын эрсдэл/ шалтгаан болж болно.[3]

**Дүгнэлт:**

1. Жирэмсний үеийн яаралтай тусламжийн багажийн оношилгоонд хамгийн эхний шинжилгээ нь хэт авиан шинжилгээ байх боловч шинжилгээний чадамжтай холбоотой дараагийн шинжилгээний сонголт нь КТГ шинжилгээ байхаар олон улсын удирдамж болон бусад судалгаануудад үндэслэсэн зөвлөмж, удирдамжид заасан байна.
2. Шаардлагатай тохиолдолд жирэмсэн эхийн амь насны заалтаар КТГ шинжилгээ хийгдэх боловч цацраг туяаны тунг тооцон бууруулна гэж олон улсын судалгаанд үндэслэсэн КТГ-ын оношилгооны удирдамжид заасны дагуу Монгол улсад жирэмсний үеийн рентген, КТГ болон цөмийн шинжилгээний нарийн тодорхой нэгдсэн удирдамж, заавар боловсруулах шаардлага гарч байна.

**Ном зүй:**


1. *Webster PJ, Bailey MA, Wilson J, Burke DA. Small bowel obstruction in pregnancy is a complex surgical problem with a high risk of fetal loss. Ann R Coll Surg Engl2015;97:339–44.doi:10.1308/003588415X14181254789844.*
2. *Yair S, Bussiere-Cote S, Meier K, Bischoff D, D'Souza R. Small bowel obstruction in pregnancy: a systematic review (abstract).Obstet Gynecol2018;131:72S. doi:10.1097/01.AOG.0000533342.62083.b9*
3. *Rachel Robertson*,and LinusWu. Adhesive small bowel obstruction in pregnancy and the use of oral contrast media: a case report*
4. *ACOG COMMITTEE OPINION, Guidelines for Diagnostic Imaging During Pregnancy and Lactation, Number 723 • October 2017.*
5. *Yingda Li, Megan Ang, Julie A Miller, A rare cause of bowel obstruction in pregnancy, Journal of Surgical Case Reports, Volume 2012, Issue 12, December 2012, rjs034, https://doi.org/10.1093/jscr/rjs034.*

# Bowel obstruction in pregnancy caused by adhesions from previous abdominal surgery

*E.Khongorzul[1], M.Mungunkhuyag[1], T.Dashdulam[1], D.Ninj[1], N.Altanchimeg[2], Ts.Otgontuya[1], B.Erdenebulgan[1,3]*

*[1]Second State Central Hospital, Department of Diagnostic radiology*
*[2]Second State Central Hospital, General Surgery Department*
*[3]Second State Central Hospital, Department of Interventional radiology*
*Email: Zulaa_aus@yahoo.com*

**Introduction:** During pregnancy, from second trimester the intra-abdominal viscera tend to get displaced from their normal position to accommodate the enlarging uterus. Normal anatomical and physiological change in pregnant woman makes a difficulty on differential diagnosis of acute abdominal pain if the causes are un-related to the pregnancy. Small bowel obstruction in pregnancy is rare and is most commonly caused by adhesions from previous abdominal surgery.
**Material and methods:** In our case A 36-year-old female presented at 30 weeks gestation with 72-h of abdominal pain, nausea and vomiting without any appendectomy anamnesis. Laboratory investigations revealed a high normal white cell count WBC 16.1x109/ml, CRP -66.0mg/L. Hemoglobin, electrolytes, renal and liver function tests were normal. General surgeon suspected acute appendicitis. Ultrasounds showed dilatation of small bowels and slightly free fluids in between bowel loops with aviable foetus, and no inflamed appendix at RLQ of the abdomen cavity. Abdominal NECT showed dilatation of the small bowel loops which more than 4.0 cm sized diameter with air-fluid level, and collapsed large bowel loops, which started junction of the ileum with large intestine, surrounding by fat stranding and small air collections.
**Discussion:** Our case is rare, and rare cause of bowel obstruction in pregnancy, and patient's symptoms resolved post-operatively and mother and baby discharged home on the tenth postoperative day. Our report purposed to develop the developing a strategy for timely diagnosis and management of pregnant women presenting with acute abdominal pain. Ultrasound is a first choice to exam the acute abdominal pain during pregnancy. However due to limitation of the this examination method, and MRI is an attractive alternative, and to CT, avoiding exposure to ionizing radiation[5]. Although, CT is generally more available than MRI, clinicians should be reluctant to use tests such as computed tomography because of radiation risk to the foetus.

**Keywords:** Adhesion due to previous abdominal surgery