

MİOMEKTOMİYADAN SONRA UŞAQLIQ DAXİLİ BİTİŞMƏLƏRİN LƏĞVİNDƏN SONRA HAMILƏLİK. KLİNİKİ HAL

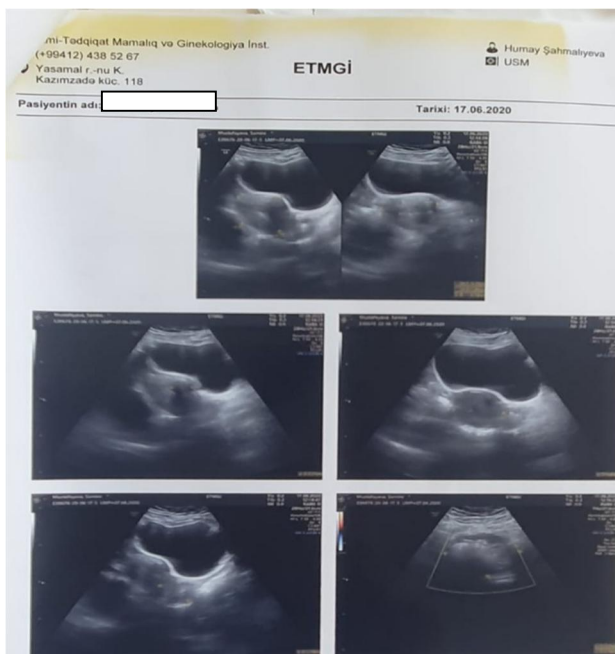
A.F. Əmirova, T.Ş. Əliyeva, A.M. Bəyışova, S.F. Həcəliyeva

Elmi Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: uşaqlıq daxili sinexiyalar, Aşerman sindromu, miomektomiya, histeroskopik adgeziolizis, hamiləlik

Elmi-tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunda pasient N., 29 yaşında (virgo) 2020-ci ildə ilk dəfə Ginekologiya şöbəsinə müraciət edib. Şikayəti: sağ qasıqüstü nahiyyədə başlayıb oma nahiyyəsinə irradiasiya edən kəskin ağrılar. Aparılan klinik-

laborator müayinələr sonra diaqnoz "Sağ yumurtalıqın iriölçülü dermoid kistəsi? Uşaqlığın iriölçülü mioması" təyin edilib. USM-də uşaqlığın ön divarında iri ölçülü mioma (12X14 sm) müəyyən edilib (şəkil 1).



Şəkil 1. Transabdominal USM-də Uşaqlığın mioması (sol) və yumurtalıq kistanın (sağ) görüntüsü.

Əməliyyat önü hazırlıqdan sonra pasinetə "Laparotomiya. Konservativ miomektomiya (uşaqlıq boşluğu açılmaqla). Sağ tərəfli adnektomiya" əməliyyatları icra olunmuşdur. Əməliyyat zamanı çıxarılan material (Preparatların makroskopik görüntüsü:~14 sm olan iri ölçülü dermoid kista, sağ uşaqlıq borusu,

~7-8 sm olan miomatoz düyün) histoloji müayinəyə göndərilmişdir. Histoloji müayinənin nəticəsi: Yumurtalıqın dermoid sisti, burada ödəm və doluqanlılıq, uşaqlıqlığın miomatoz düyünü aşkar edilmişdir (Şəkil 2).

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi "Məhkəmə-tibbi ekspertiza və Patoloji Anatomiya" ETT Birliyi		Ministry of Health of Azerbaijan Republic Unification "Forensic medical expertise and Pathological anatomy"
Patoloji Anatomiya Bürosu		Bureau of Pathological Anatomy
Baki, AZ1012, Şarifzadə küç. 212	Tel.: (+99412) 4311182	Sharifzadeh str. 212, Baku, AZ1012

PATOHISTOLOJİ MÜAYİNƏ

Patohistoloji müayinə № 2169 29 iyun 2020-ci il

S.A.A.: Mustafayeva Samirə Arif qızı.

Cinsi: Q.

Təvəllüdü: 1991

Xəstəxana: Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu.

Klinik diaqnoz: Sağ yumurtalıq sisti, uşaqlığın miomatoz düyünü.

Müalicə həkim: Bəyqsova A.

Materiəlin daxil olma tarixi: 18.06.2020

Qəbul edilmiş material: Yumurtalıq sisti, boru, düyün.

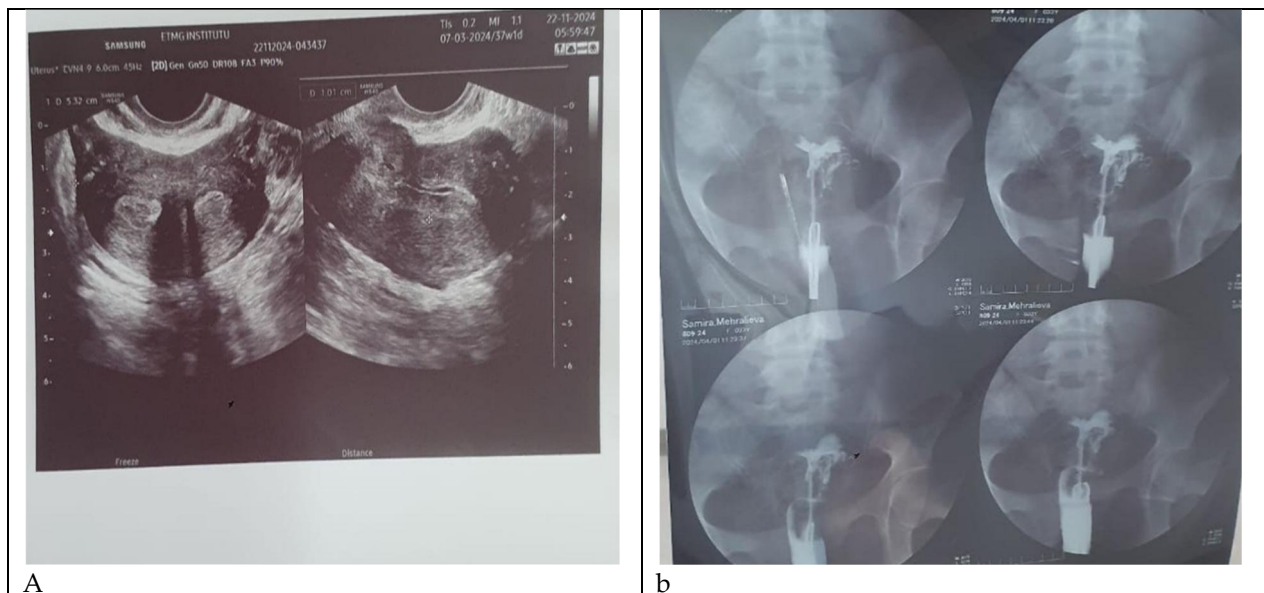
Makroskopik müayinə
Yumurtalıq sisti 14x11 sm ölçüdə, piyabənər maddə və tüklə doludur. Daxilində 5x3 sm ölçüdə piy toxuması. Divarı bir tərəfdə qansızdır.
Boru 7x1 sm ölçüdə, doluqanlıdır.
85 qram çəkiddə, 8x6 sm ölçüdə, ağmtıl, bərk düyün.
Müayinə üçün 7 tika götürüldü + arxiv.
Patohistoloji diaqnoz
Yumurtalıq dermoid sisti qansızlarla.
Boruda – ödem və doluqanlılıq.
Uşaqlığın miomatoz düyünü.

Şəbə rəisi: /Elxan BABAYEV/

Şəkil 2. Miomatoz düyünün, uşaqlıq boru və yumurtalıq kistasının patohistoloji müayinəsinin nəticəsi

Pasinetin təkrar müraciəti 4 il sonra baş verib. Bu zaman pasient 31 yaşında ailə həyatı qurmuş və 2 il hamilə qalmadığı üçün 2024cü ildə xəstəxanaya

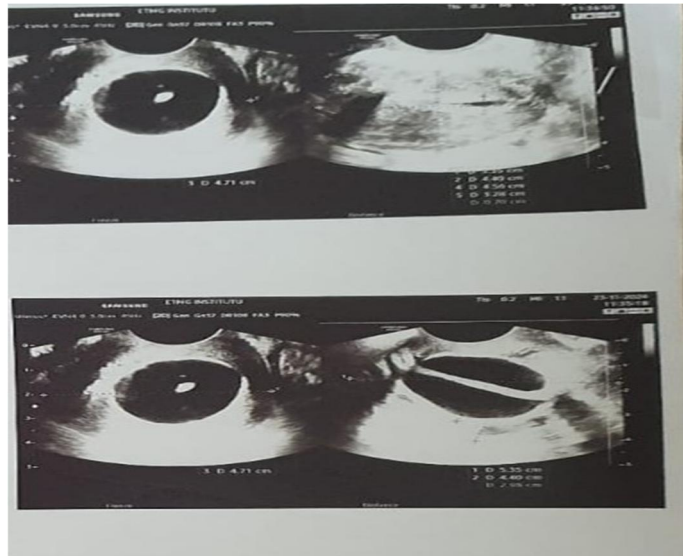
müraciət etmişdir. Ultrasəs və histerosalpinqografiya müayinəsi nəticəsində xəstədə uşaqlıqdaxili bitişmə aşkarlandı (Şəkil 3).



Şəkil 3. a – USM-də qalın arakəsmənin görüntüsü, b – HSQ-də dolma defekti, sol boru açıq təyin olunur.

Klinik-anamnestik və laborator müayələrdən, əməliyyat önü hazırlıqdan sonra pasientə "Diaqnos-tik Laparoskopiya kontrolu altında histeroskopiya" əməliyyatı aparıldı. Histeroskopiya zamanı uşaqlıq daxilində arakəsmə şəkili bitişmə aşkarlandı və

bitişmənin ləğvi icra olundu. Əməliyyat uğurlu keç-di, fəsad olmadı. Təkrar bitişmələrin yaranmasının ikincili profilaktika məqsədilə uşaqlıq daxilində 2 gün Folley kateteri saxlandı. Əməliyyatdan sonra USM-sində kateter vizualizasiya olunur.



Şəkil 4. Əməliyyatdan sonra daxilində kateter olmaqla uşaqlığın USM görüntüsü

Aparılan əməliyyatdan 2 gün sonra pasient kafi vəziyyətdə evə yazıldı. Əlavə olaraq antibakterial və estrogen-progesteron tsiklik müalicə təyin olundu. Pasient 2 ay sonra hamilə qaldı və 38-ci həftəsində Kesar kəsiyi əməliyyatı ilə doğuş baş vermişdi. Hamiləlik zamanı uşaqlıqda çapıqın olması nəzərə alaraq yüksək risk qrupu daxil edilərək antenatal qulluq göstərilib. Hamiləlik zamanı ağırlaşma baş verməyib.

Uşaqlıq daxili bitişmələr (UDB) dünyada ən həll olunmamış tibbi problemlərdən biridir. Bununla belə, bu problemin yayılması hər il durmadan artır. Birinci trimestrdə abortdan sonra qadınlarda UDB tezliyi 13%, gec abortlardan sonra isə 30% təşkil edir [1-7].

Uşaqlıqdaxili sinexiyalar (Aşerman sindromu) – uşaqlıq boşluğunun tam və ya hissəvi obliterasiyasına səbəb olan uşaqlıqdaxili bitişmələrdir. Vəziyyət ilk dəfə 1894-cü ildə Heinrich Fritsch tərəfindən təsvir edilmiş, daha sonra 1948-ci ildə ginekoloq Cozef Asherman tərəfindən xarakterizə edilmişdir. O, bu halı abortdan sonra yaranan amenoreya və sonsuzluqla əlaqələndirərək ilk dəfə elmə gətirib.

Bu xəstəliyin dəqiq tezliyi məlum deyil və patonomonik simptomların və ya qeyri-müəyyən klinik mənzərənin olması, habelə risk faktorlarını proqnozlaşdırmaq üçün aydın meyarların olmaması səbəbindən lazımı dərəcədə qiymətləndirilə bilinmir [8,9].

Qeyd etmək lazımdır ki, intrauterin cərrahi müdaxilələrin xəstələnməsini azaltmalı olan minimal invaziv texnologiyaların və müasir anti-yapışma vasitələrinin mövcudluğu təəssüf ki, hələ də klinik statistikanı təkmilləşdirməyib və ya UDB-nin tezliyini və yayılmasını azaltmayıb.

Rusiyada aparılan tədqiqatda uşaqlıqdaxili yapışmalardan əziyyət çəkən reproduktiv yaşda olan 89 xəstə iştirak edib. İştirakçılar xəstəliyin gedişatına görə iki qrupa bölündülər: tədqiqat qrupu (təkrarlana intrauterin yapışmalarla) və müqayisə qrupu (yeni diaqnoz qoyulmuş intrauterin yapışmaları olan xəstələr).

Tədqiqat göstərdi ki, təkrarlana intrauterin yapışmaları olan xəstələrdə menstruasiya pozulmaları, diffuz adenomiyoz və morfoloji cəhətdən təsdiqlənmiş xroniki endometrit daha çox müşahidə olunur. İntrauterin cərrahi müdaxilələr də təkrarlana intrauterin yapışma riskini əhəmiyyətli dərəcədə artırdı [10,11].

Reproduktiv yaşda olan qadınlarda təkrarlana intrauterin yapışmaların risk faktorları bunlardır: uşaqlıq yolunun selikli qişasının təkrar küretajı, anamnezdə miomektomiya, diffuz adenomiyoz, menstruasiya pozuntuları, monopolyar enerjidən istifadə edən histeroresektoskopik adezioliz və morfoloji cəhətdən təsdiqlənmiş xroniki endometrit.

Ginekologiya sahəsinin mütəxəssisləri uşaqlıqdaxili sinexiyaların inkişafını infeksiya, travmatik və neyrovisseral amillərin təsiri ilə əlaqələndirirlər. Lakin sindromun əsas səbəbi endometriyanın bazal qatının zədələnməsidir. Əsas səbəblər aşağıda göstərilib:

1. Uşaqlıqdaxili əməliyyatlar: Abort zamanı uşaqlıq boşluğunun qaşınması (abortdan və doğuşdan sonra); diaqnostik küretajlar, histeroskopik əməliyyatlar (mioma, polipin çıxarılması zamanı endometriyumun zədələnməsi); Uşaqlıq üzərində aparılmış konservativ miomektomiya (uşaqlıq boşluğu açılmaqla).

2. İnfeksiyalar: Uşaqlıqdaxili infeksiyalar, xüsusilə doğuşda və abortdan sonra baş vermiş endometrit, bakterial mənşəli müxtəlif xəstəliklər (məsələn, uşaqlığın vərəmi, xlamidioz mənşəli endometrit).

3. Uşaqlıqdaxili tibbi müdaxilələr: uşaqlıq daxili spiralın (İUD)-səhv yerləşdirilməsi və ya çıxarılması zamanı endometriyanın zədələnməsi, cinsi orqanların bədxassəli şişlərinin müalicəsi zamanı şüa terapiyasından istifadə. Bəzən uşaqlıqdaxili sinexiyalar inkişafdan qalmış hamiləlik fonunda yarana bilər, bu zaman çift toxuması qalıqları fibroblastların

aktivliyini və kollagenin erkən formalaşmasını endometriumun regenerasiyasından əvvəl stimulyasiya etməsilə əlaqələndirilir.

Aşerman sindromunun təsnifatı (klassifikasiyası) adətən uşaqlıq boşluğundakı sinexiyaların (yapışmaların) yayılma dərəcəsinə, sıxlığına və uşaqlıq divarının vəziyyətinə əsaslanır. Ən geniş istifadə olunan təsnifat Amerika Fertilitə Cəmiyyətinin (AFS) təsnifatıdır. Aşağıdakı cədvəldə bu təsnifat göstərilmişdir [12,13].

Cədvəl 1.
Uşaqlıq daxili bitişmələrin Amerika Fertilitə Cəmiyyətinin
ağırliq dərəcəsinə görə təsnifatı

Dərəcə	Sinexiyaların yayılması	Uşaqlıq boşluğunun vəziyyəti	Menstrual funksiyanın dəyişiklikləri	Proqnoz
Yüngül (I dərəcə)	< 1/3 boşluq tutulub	Endometrium normal, nazik yapışmalar	Menstruasiya normal və ya bir qədər az	əla
Orta (II dərəcə)	1/3 – 2/3 boşluq tutulub	Qismən fibroz yapışmalar, endometrium qismən zədələnmiş	Hipomenoreya (az menstruasiya) və ya amenoreya (menstruasiyanın olmaması)	yaxşı
Ağır (III dərəcə)	> 2/3 boşluq tutulub və ya servikal kanal tutulub	Sıx, qalın fibroz yapışmalar, endometrium ciddi zədələnmiş	Tam amenoreya, bəzən hematometra	Pis

Aşerman sindromunun histeroskopik təsnifatı — uşaqlıq boşluğundakı sinexiyaların histeroskopiya zamanı (yəni birbaşa baxışla) görünüşünə, sıxlığına

və yayılma sahəsinə əsasən aparılır. Ən çox istifadə olunan təsnifat March və Israel (1976) histeroskopik təsnifatıdır.

Cədvəl 2.
Uşaqlıq daxili sinexiyalar dərəsi və kliniki əlamətlər

Dərəcə	Histeroskopik görünüş	Yapışmaların xüsusiyyəti	Uşaqlıq boşluğunun vəziyyəti	Klinik əlamətlər
I (Yüngül)	Uşaqlıq boşluğunun <1/3 hissəsi tutulub	Nazik, şəffaf, asan ayrılan yapışmalar	Boşluq normal konturlu, fallop borusu ucları görünür	Boşluq normal konturlu, fallop borusu ucları görünür
II (Orta)	Uşaqlıq boşluğunun 1/3–2/3 hissəsi tutulub	Qismən sıx, lifli yapışmalar, qismən damarlaşma	Boşluğun konturu qismən pozulmuş, bir və ya hər iki boru ucu görünməyə bilər	Hipomenoreya və ya amenoreya
III (Ağır)	>2/3 hissə tutulub və ya servikal kanal bağlanıb	Qalın, sıx, fibroz və damarlaşmış yapışmalar, kəsildikdə qanaxma ola bilər	Boşluq deformasiyalı, endometrium demək olar ki, yoxdur	Amenoreya, sonsuzluq, hematometra mümkündür

Kliniki əlamətlər. Menstrual tsiklin pozulması.

Ən çox rast gəlinən simptomdur. Yapışmalar endometriumun funksional təbəqəsini zədələdiyi üçün menstrual qan axını azalır. Hipomenoreya (az menstruasiya), Amenoreya (menstruasiyanın olmaması), Dismenoreya (ağrılı menstruasiya). **Sonsuzluq - uşaqlıq daxili** yapışmalar spermatozoidlər və ya embrionun uşaqlığa keçməsinə mane olur. Ən ciddi fəsadır. Qadınlar çox vaxt sonsuzluq müayinəsi zamanı diaqnoz aşkarlanır.

Təkrarlayan düşüklər - embrion implantasiyası üçün uyğun endometriumun olmaması səbəbindən. Erkən və ya təkrarlanan hamiləlik itkisi mümkündür.

Hematometra: Uşaqlıq boşluğunun tam tutulması nəticəsində menstrual qan uşaqlıqda yığılır. Güclü, dövrü ağrıları və qarnın aşağı hissəsində gərginlik.

- **İkincili amenoreya.** Əvvəl normal menstruasiya olub, sonradan dayanıbdır. Adətən küretaj, abort, doğuşdan sonra yaranır.

- **Cinsi əlaqə zamanı ağrı (dispareuniya).** Sinexiyalar uşaqlıq boşluğunu deformasiyaya uğratdıqda mümkündür. Nadirdir, daha çox ağır formalarında müşahidə olunur [14-16].

Hal-hazırda intrauterin bitişmələr laparotomiya, laparoskopik və ya vaginal üsullarla miyomektomiyaya məruz qalan xəstələrin sayının, xüsusən də uşaqlıq boşluğunun açılması ilə aparılan əməliyyatların sayının artması ilə əlaqələndirilir [17]. Uşaqlıq miomasi qadın reproduktiv sisteminin ən çox rast gəlinən xoşxassəli şişlərindən biri kimi tanınır və 75%-ə qədər tezliyi ilə baş verir [18,19], hamiləliyi planlaşdıran qadınların təxminən 10%-nə uşaqlıq miomasi diaqnozu qoyulub. Miyomektomiyaya ginekologiyada istifadə edilən ən məşhur əməliyyatlardan biridir, onun tezliyi 50-70%-ə çatır və hamiləlik miyomektomiyaya keçirmiş xəstələrin 45%-də baş verir. Miyomektomiyadan sonra uşaqlıqdaxili yapışmaların tezliyi 5,8 ilə 50% arasında dəyişir [20]. Laparotomik yolla aparılan miyomektomiyalardan sonra uşaqlıqdaxili yapışmalar 25,5%-ə qədər, uşaqlıq boşluğunun açılması ilə aparılan əməliyyatlardan sonra isə açılmadan 2,5 dəfə tez-tez aşkar edilir. Ofis histeroskopiyası intrauterin yapışmaların diaqnostikası və müalicəsi üçün optimal üsuldur. Bununla birlikdə, intrauterin yapışmaların hərtərəfli ləğv edilməsinə baxmayaraq, residiv nisbəti yüksək olaraq qalır - 62,5% -ə qədər [21-23].

Diaqnozun təyin olunması uşaqlıq boşluğunda sinexiyaların (yapışmaların) mövcudluğunu və onların dərəcəsini, yerləşməsini və təsirini

müəyyənləşdirməyə yönəlmişdir. Ən etibarlı üsul — histeroskopiyadır, lakin bir neçə diaqnostik mərhələ və metoddan istifadə olunur. Diaqnostik üsul, anamnez və klinik müayinə, USM (ultrasəs müayinəsi), uşaqlıq boşluğunun vəziyyətini ilkin qiymətləndirməsidir. Endometrium nazik görünür, bəzi hallarda uşaqlıq boşluğu qeyri-bərabər və ya qismən daralmış ola bilər. Sonohisteroqrafiya (fizioloji duz məhlulu ilə USM) - uşaqlıq boşluğuna steril maye yeridilir və ultrasəsə izlənilir. Maye boşluqda sərbəst yayılır, sinexiyalar görünə bilər. Histerosalpingoqrafiya (HSG) - uşaqlıq boşluğuna kontrast maddə yeridilərək rentgen şəklində çəkilir. Boşluq konturlarının pozulması, kontrastın natamam yayılması, “dolma defekti” görünür. Histeroskopiya (qızıl standart) - optik cihazla uşaqlıq boşluğuna baxış aparılır. Sinexiyalar birbaşa müşahidə olunur və dərhal müalicə edilə bilər. Sinexiyaların sayı, dərəcəsi, yerləşməsi və sıxlığı dəqiq qiymətləndirilir. Endometrial biopsiya (lazım gəldikdə) - endometriumun regenerasiya qabiliyyətini və hormonal vəziyyətini qiymətləndirmək üçün götürülür [7,9,11].

Müalicə: Aşerman sindromunun müalicəsi uşaqlıq boşluğundakı sinexiyaların (yapışmaların) açılması, endometriumun bərpası və təkrarlanmanın qarşısının alınması məqsədi daşıyır. Ən effektiv üsul — histeroskopik adzeziolizis (yəni histeroskopiya altında sinexiyaların kəsilməsi) hesab olunur. Cərrahi mərhələ histeroskopik adzeziolizis əsas müalicə üsuludur. Histeroskop vasitəsilə uşaqlıq daxilinə baxılır və yapışmalar kəsilir. • Yüngül hallarda – mexaniki qayçı və ya mikroforsep istifadə olunur. • Ağır hallarda – elektrocərrahiyyə və ya lazerlə kəsilmə aparılır [13,16].

Kök hüceyrələrin sinexiyaların terapiyasında rolu. Uşaqlıqdaxili bitişmələrin cərrahi müalicəsindən sonra endometriyanın ağır zədələnməsi zamanı bəzən aybaşı pozulmaları və sonsuzluq davam edir. Müasir yanaşmalara görə kök hüceyrə vasitəsilə bu problemləri aradan qaldırmaq mümkün ola bilər. Kök hüceyrələrin müalicədə rolu: 1. Bərpaedici təsir (rejenerasiya) - kök hüceyrələr (xüsusilə mezenximal kök hüceyrələr – MSC) zədələnmiş endometrium toxumasına köçürülərək yeni hüceyrə və damarların yaranmasını stimullaşdırır. Bu, uşaqlıq selikli qişasının qalınlığını və funksional qatın bərpasını təmin edir. 2. Angiogenezi (damarlanmanın stimullaşdırılması) - kök hüceyrələr VEGF və digər böyümə faktorları ifraz edərək yeni kapilyarların yaranmasını artırır. Bu, endometriumun qidalanmasını və implantasiya qabiliyyətini yaxşılaşdırır. 3. İltihabın və

fibrozun azaldılması - MSC-lər immun tənzimləyici xüsusiyyətlərə malikdir, iltihabi mediatorları azaldır və fibroblast aktivliyini zəiflədir — bu da çapıq toxumasının azalmasına kömək edir. İstifadə olunan kök hüceyrə mənbələri: kök hüceyrələr sümük iliyindən (Bone marrow-derived MSC), yağ toxumasından alınmış MSC-lər, menstrual qan və ya göbək ciyəsi mənşəli kök hüceyrələr, əksər tədqiqatlarda hüceyrələr histeroskopik sinexilizasiyasından sonra uşaqlıq boşluğuna və ya intrauterin kateter vasitəsilə yeridilir [11,24,25,26,27].

Klinik tədqiqatlar göstərir ki, endometrium qalınlığı 2–4 mm artmışdır. Menstrual dövrlər bərpa olunmuşdur. Hamilə qalma ehtimalı 40–70%-ə qədər yüksəlmişdir (ağır hallarda belə). Sinexiyanın təkrar əmələ gəlmə riski azalmışdır. Lakin, bu istiqamətdə kliniki tədqiqatlar davam edir və daha geniş randomizə tədqiqatların aparılması ehtiyac var.

Məhdudiyyətlər və risklər: kök hüceyrələrin tətbiqi hələ eksperimental mərhələdədir, standart protokol yoxdur. Bahalı və hər mərkəzdə mövcud deyil.

Uzunmüddətli təhlükəsizlik və effekt barədə daha çox tədqiqat tələb olunur. Infeksiya, immun reaksiya və nəzarətsiz hüceyrə proliferasiyası nəzəri risklərdir. Klassik protokol aşağıdakı kimidir: Birinci mərhələdə — Histeroskopik adeziolizis, sinexiyalar vizual nəzarət altında kəsilməsi. Uşaqlıq boşluğu mümkün qədər normal formaya gətirilir. Bəzən intrauterin balon kateter və ya spiral 7–10 gün saxlanılır (yeni yapışmaların qarşısını almaq üçün). İkinci mərhələ — kök hüceyrə tətbiqi 3–5 gün sonra kök hüceyrələr uşaqlıq boşluğuna kateterlə və ya histeroskopik üsulla yeridilir. Üçüncü mərhələdə — hormonal və regenerativ dəstək: estrogen (məsələn, estradiol valerate 2–6 mq/gün) 2–3 həftə verilir, daha sonra progesteron əlavə olunur (endometrium siklik yenilənməsi üçün). Bəzən hialuron turşulu gellər, PRP (platelet rich plasma) və ya antioksidantlar da əlavə olunur [11,24,25,26,27].

Uşaqlıq daxili bitişmələrin ilkin profilaktikası. Aşerman sindromunun profilaktik tədbirləri:

1. Uşaqlıq daxili müdaxilələr zamanı ehtiyatlılıq - küretaj yalnız tibbi göstərişlə aparılmalıdır, mümkünə, vakuum aspirasiya üsuluna üstünlük verilməlidir, əməliyyatlar ultrasəs nəzarəti altında icra olunmalıdır. Bu tədbirlərin əhəmiyyəti - endometriumun zədələnməsinin və çapıq əmələ gəlməsinin qarşısını almaq.

2. Uşaqlıq daxili infeksiyaların (endometrit və s.) qarşısını almaq məqsədi ilə aseptika və antiseptika qaydalarına riayət - abort, doğuş və histeroskopiya

zamanı steril şərait təmin edilməlidir, zərurət olduqda profilaktik antibiotiklər tətbiq olunmalıdır.

3. Postpartum və postabortal sinexiyaların yaranmasının qarşısı almaq məqsədi ilə doğuşdan və abortdan sonra düzgün nəzarət – cift qalıqlarının tam çıxarılması təmin edilməlidir, inkişaf edən infeksiya əlamətləri (qızdırma, ifrazat və s.) izlənməlidir.

4. Uşaqlıq divarlarının bir-birinə yapışmasının qarşısını almaq məqsədi ilə cərrahi əməliyyatlardan sonrakı qoruyucu tədbirlər - estrogen terapiyası endometrium regenerasiyasını sürətləndirir, Uşaqlıq boşluğuna balon kateter və ya spiral müvəqqəti yerləşdirilə bilər.

5. Endometriumun çapıqlaşmasının və sinexiyaların əmələ gəlməsinin qarşısını almaq məqsədi ilə infeksiyon xəstəliklərin vaxtında aşkarlanması və müalicəsi - xroniki endometrit və genital vərəm halları erkən aşkarlanmalı və müalicə olunmalıdır.

6. Riskli davranışların azalması və xəstəliyin erkən profilaktikası məqsədi ilə maarifləndirmə və reproduktiv sağlamlıq təhsili - qadınlara özbaşına abort və steril olmayan müdaxilələrin təhlükəsi izah olunmalıdır, mütəmadi ginekoloji müayinə təşviq edilməlidir [13,16].

İkincili profilaktika: Uşaqlıq boşluğunun forması və açıqlığının qorunması məqsədilə intrauterin vasitə (IUD) və ya Foley kateteri yerləşdirməsi, sinexiyaların təkrar əmələ gəlməsinin qarşısını almaq üçün 7–14 gün ərzində uşaqlıq boşluğuna kiçik ölçülü spiral və ya Foley kateter yerləşdirilir, endometriumun regenerasiyasının stimullaşdırılması, hormonal terapiya (estrogen və progestin).

Estrogenlər endometriumun yenilənməsini və qalınlaşmasını təmin edir. Etinilestradiol və ya estradiol valerate 2–4 həftə təyin olunur, sonra qısa müddətli progestin (məsələn, didrogesteron) əlavə edilir. Profilaktik antibiotikoterapiya cərrahi müdaxilədən sonra infeksiya və iltihabın qarşısını almaq üçün verilir. Nəzarət mərhələsində kontrol histeroskopiyanın (2–3 həftə sonra) icrası. Uşaqlıq boşluğunun vəziyyəti və yeni sinexiyaların olub-olmaması qiymətləndirilir. Reprodukativ reabilitasiya, hamiləlik planlaması və ya EKM, endometrium bərpa olunduqdan sonra təbii yolla və ya süni mayalanma ilə hamilə qalmaq mümkündür.

Müalicə mütləq histeroskopik nəzarət altında aparılmalıdır — küretajla mexaniki açma tövsiyə edilmir, çünki yeni sinexiyalar əmələ gətirə bilər. Ağır hallarda təkrar cərrahi müdaxilələr və uzunmüddətli hormonal terapiya lazım olur. Müalicədən sonra menstruasiyanın bərpası və hamiləlik şansı

bitişmələrin ağırlıq dərəcəsiindən asılıdır (yüngül formalarında >80%, ağır formalarında ≈30–40%) [12,13,15].

Beləliklə, uşaqlıqdaxili bitişmələrin olması reproduktiv problemlərin bir səbəbi olaraq qiymətləndirilir. Ginekologiya sahəsinin mütəxəssisləri uşaqlıqdaxili sinexiyaların inkişafını infeksiya, travmatik və

neurovisseral amillərin təsiri ilə əlaqələndirirlər. Lakin sindromun əsas səbəbi endometriyanın bazal qatının zədələnməsidir. Təqdim olunan klinik halda miomektomiyadan sonra uşaqlıq daxili bitişmənin ləğvinin uğurlu nəticə təqdim olunur. Təkrar bitişlərin əməmlə gəlməməsi üçün müvafiq ikincili profilaktik tədbirlərin aparılması tövsiyyə olunur.

SUMMARY

Pregnancy after myomectomy and removal of intrauterine adhesions. Clinical case.

*A.F. Amirova, T.Sh. Aliyeva,
A.M. Bayishova, S.F. Hajaliyeva
Scientific Research Institute of Obstetrics and
Gynecology, Baku, Azerbaijan*

Keywords: *intrauterine synechiae,
Asherman syndrome, myomectomy, hysteroscopic
adhesiolysis, pregnancy*

The presence of intrauterine adhesions is considered a cause of reproductive problems. Gynecological specialists associate the development of intrauterine synechiae with the influence of infectious, traumatic and neurovisceral factors. However, the main cause of the syndrome is damage to the basal layer of the endometrium. In the presented clinical case, the successful outcome of the elimination of intrauterine adhesions after myomectomy is presented. It is recommended to carry out appropriate secondary preventive measures to prevent the occurrence of repeated adhesions.

РЕЗЮМЕ

Беременность после миомэктомии и удаления внутриматочных синехий. Клинический случай.

*А.Ф. Амирова, Т.Ш. Алиева,
А.М. Баишова, С.Ф. Гаджалиева
Научно-исследовательский Институт
Акушерства и Гинекологии,
Баку, Азербайджан*

Ключевые слова: *внутриматочные синехии,
синдром Ашермана, миомэктомия,
гистероскопический адгезиолизис, беременность*

Наличие внутриматочных синехий считается причиной репродуктивных нарушений. Гинекологи связывают развитие внутриматочных синехий с воздействием инфекционных, травматических и нейровисцеральных факторов. Однако основной причиной синдрома является повреждение базального слоя эндометрия. В представленном клиническом случае показан успешный исход устранения внутриматочных синехий после миомэктомии. Рекомендуется проводить соответствующие вторичные профилактические мероприятия для предупреждения возникновения повторных спаек.

ƏDƏBİYYAT

1. Queckbörner S, Davies LC, von Grothausen C, Santamaria X, Simón C, Gemzell-Danielsson K. Cellular therapies for the endometrium: An update. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019 May;98(5):672-677.
2. Guo EJ, Chung JPW, Poon LCY, Li TC. Reproductive outcomes after surgical treatment of asherman syndrome: A systematic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2019 Aug;59:98-114.
3. Ludwin A, Martins WP, Ludwin I. Ultrasound-guided repeat intrauterine balloon dilatation for prevention of adhesions. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019 Oct;54(4):566-568.
4. Chikazawa K, Imai K, Liangcheng W, Sasaki S, Horiuchi I, Kuwata T, Takagi K. Detection of Asherman's syndrome after conservative management of placenta accreta: a case report. *J Med Case Rep.* 2018 Nov 20;12(1):344.

5. Al-Inany H. Intrauterine adhesions. An update. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001 Nov;80(11):986-93.
6. Tchente NC, Brichant G, Nisolle M. [Asherman's syndrome: management after curettage following a postnatal placental retention and literature review]. *Rev Med Liege*. 2018 Oct;73(10):508-512.
7. ASIMAKOPOULOS N. TRAUMATIC INTRAUTERINE ADHESIONS. (THE FRITSCH-ASHERMAN SYNDROME). *Can Med Assoc J*. 1965 Aug 14;93(7):298-302.
8. Young BK. A multidisciplinary approach to pregnancy loss: the pregnancy loss prevention center. *J Perinat Med*. 2018 Dec 19;47(1):41-44.
9. Capmas P, Pourcelot AG, Fernandez H. Are synechiae a complication of laparotomic myomectomy? *Reprod Biomed Online*. 2018 Apr;36(4):450-454.
10. Dreisler E, Kjer JJ. Asherman's syndrome: current perspectives on diagnosis and management. *Int J Womens Health*. 2019;11:191-198.
11. Azizi R, Aghebati-Maleki L, Nouri M, Marofi F, Negargar S, Yousefi M. Stem cell therapy in Asherman syndrome and thin endometrium: Stem cell- based therapy. *Biomed Pharmacother*. 2018 Jun; 102:333-343.
12. Zheng F, Zhu B, Liu Y, Wang R, Cui Y. Meta-analysis of the use of amniotic membrane to prevent recurrence of intrauterine adhesion after hysteroscopic adhesiolysis. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018 Nov;143(2):145-149.
13. Khan Z, Goldberg JM. Hysteroscopic Management of Asherman's Syndrome. *J Minim Invasive Gynecol*. 2018 Feb;25(2):218-228.
14. Deans R, Vancaillie T, Ledger W, Liu J, Abbott JA. Live birth rate and obstetric complications following the hysteroscopic management of intrauterine adhesions including Asherman syndrome. *Hum Reprod*. 2018 Oct 01;33(10):1847-1853.
15. Santamaria X, Isaacson K, Simón C. Asherman's Syndrome: it may not be all our fault. *Hum Reprod*. 2018 Aug 01;33(8):1374-1380.
16. Lin YH, Cheng YY, Ding DC. Hysteroscopic Management of Retained Products of Conception. *Gynecol Minim Invasive Ther*. 2018 Jul-Sep;7(3):133-135.
17. Laganà A.S., Garzon S., Dababou S., Uccella S., Medvediev M., Pokrovenko D. et al. Prevalence of intrauterine adhesions after myomectomy: a prospective multicenter observational study. *Gynecol. Obstet. Invest*. 2022; 87(1): 62-9. <https://dx.doi.org/10.1159/000522583>.
18. Conforti A., Krishnamurthy G.B., Dragamestianos C., Kouvelas S., Micallef Fava A., Tsimpanakos I., Magos A. Intrauterine adhesions after open myomectomy: an audit. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol*. 2014; 179: 42-5. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.04.034>.
19. Capmas P., Pourcelot A.G., Fernandez H. Are synechiae a complication of laparotomic myomectomy? *Reprod. Biomed. Online*. 2018; 36(4): 450-4. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2018.01.010>.
20. Sebbag L., Even M., Fay S., Naoura I., Revaux A., Carbonnel M. et al. Early second-look hysteroscopy: prevention and treatment of intrauterine post-surgical adhesions. *Front. Surg*. 2019; 6: 50. <https://dx.doi.org/10.3389/fsurg.2019.00050>.
21. Щербатых М.Г., Шукина Н.А., Буянова С.Н., Попов А.А., Федоров А.А., Бабунашвили Е.Л., Земскова Н.Ю., Беспалова А.Г., Чикишева Е.С. Внутриматочные синехии после миомэктомии субмукозных узлов: лечение и профилактика. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2022; 22(3): 57-61.
22. Бабунашвили Е.Л., Шукина Н.А., Буянова С.Н., Будыкина Т.С., Тихомирова Е.В., Глебов Т.А., Сон Д.Ю., Коцуба Д.Р. Возможности реабилитации пациенток репродуктивного возраста после миомэктомии. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2022; 22(3): 93-9.
23. Шукина Н.А., Щербатых М.Г., Бабунашвили Е.Л. и др. Внутриматочные синехии после миомэктомии. *Акушерство и гинекология*. 2023; 6: 134-140. <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2023.124>
24. C.F.Qurbanova, K.Q.Qarayeva, A.S.Həsənova, Bəyışova A.M., İ.N.Niftaliyeva, N.B.Məcidova, Ü.R.Quliyeva. TZP (trombositlərlə zənginləşdirilmiş plazma) və Kök Hüceyrə Terapiyasının

- Endometrial Reseptivliyin Bərpasında Effektivliyinin Müqayisəli Təhlili. Müasir ginekologiya və perinatologiyanın aktual məsələləri, Cild 12, N03, 2025, səh. 52-55.
25. C.F.Qurbanova, K.Q.Qarayeva, A.F.Əmirova, A.S.Həsənova, İ.N.Niftaliyeva, N.B.Məcədova, Ü.R.Quliyeva. Hipoplastik endometriumun müasir bərpa üsullarının araşdırılması. Müasir ginekologiya və perinatologiyanın aktual məsələləri, Cild 12, N02, 2025, səh. 9-16.
26. J.F. Gurbanova, A.F. Amirova, İ.İ. Huseynova. The role of the immune state of the endometrium in the recurrent implantation disorders and miscarriages. Müasir ginekologiya və perinatologiyanın aktual məsələləri, Cild 12, N01, 2025, səh. 9-16.
27. J.F. Gurbanova, A.F.Amirova., A.S. Hasanova, İ.İ. Huseynova. The role of immune regulation and immunomodulation of the endometrium in the prevention of recurrent implantation disorders and miscarriages. Müasir ginekologiya və perinatologiyanın aktual məsələləri, Cild 11, N04, 2024, səh. 30-36.