



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**11 (73) 2024**

**Сопредседатели редакционной коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАЖИДОВ  
Б.З. АБДУСАМАТОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
А.С. ИЛЬЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
М.Р. МИРЗОЕВА  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А.ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**11 (73)**

**2024**

*ноябрь*

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.831.71-007.

## АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ С ЦЕЛЬЮ ИСКЛЮЧЕНИЯ РАКА

Якуббекова С.С. <https://orcid.org/0009-0000-7564-7229>

Урманбаева Д.А. <https://orcid.org/0009-0001-9137-5670>

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон,  
Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

### ✓ Резюме

*Рак шейки матки занимает первое место среди злокачественных новообразований, ассоциированных с беременностью. Ведение пациенток с этим заболеванием представляет собой нестандартную и сложную клиническую ситуацию, обусловленную непредсказуемым поведением опухоли в условиях развития беременности и невозможностью проведения всех необходимых диагностических и лечебных мероприятий.*

*Невозможно провести все необходимые диагностические и лечебные мероприятия. Беременность является фактором, провоцирующим развитие опухоли, вследствие изменения гормонального фона, снижения иммунной защиты организма, улучшения кровотока и лимфооттока репродуктивных органов и изменения шейки матки в послеродовом периоде. Диагностика рака шейки матки во время беременности представляет наибольшую сложность из-за высокой вероятности недо- или передиагностики, а также недоступности многих диагностических методов. При обследовании пациенток необходимо тщательно дифференцировать нормальные и патологические процессы роста во время беременности.*

*Ключевые слова: беременность, рак шейки матки, CIN, вирус папилломы человека.*

## ALGORITHM FOR EXAMINING PREGNANT WOMEN WITH CERVICAL PATHOLOGY TO EXCLUDE CANCER

Yakubbekova Sohibakhon Sadik kizi <https://orcid.org/0009-0000-7564-7229>  
Urmanbaeva Dilbarkhon Abdulkosimovna <https://orcid.org/0009-0001-9137-5670>

Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1  
Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

### ✓ Resume

*Cervical cancer ranks first among malignant neoplasms associated with pregnancy. Management of patients with this disease is a non-standard and complex clinical situation caused by the unpredictable behavior of the tumor during pregnancy and the impossibility of carrying out all the necessary diagnostic and therapeutic measures.*

*It is impossible to carry out all the necessary diagnostic and therapeutic measures. Pregnancy is a factor that provokes tumor development due to changes in hormonal levels, decreased immune defense of the body, improved blood flow and lymph flow in the reproductive organs and changes in the cervix in the postpartum period. Diagnosis of cervical cancer during pregnancy is the most difficult due to the high probability of under- or overdiagnosis, as well as the unavailability of many diagnostic methods. When examining patients, it is necessary to carefully differentiate normal and pathological growth processes during pregnancy.*

*Keywords: pregnancy, cervical cancer, CIN, human papilloma virus.*

## САРАТОН КАСАЛЛИГИНИ ИСТИСНО ҚИЛИШ УЧУН БАЧАДОН БЎЙНИ ПАТОЛОГИЯСИ БЎЛГАН ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРНИ ТЕКШИРИШ АЛГОРИТМИ

Якуббекова С.С. <https://orcid.org/0009-0000-7564-7229>

Урманбаева Д.А. <https://orcid.org/0009-0001-9137-5670>

Андижон давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Андижон, Отабеков 1

Тел: (0-374) 223-94-60. E.mail: info@adti

### ✓ Резюме

*Бачадон бўйни саратони ҳомиладорлик билан боғлиқ ёмон сифатли ўсмалар орасида биринчи ўринда туради. Ушбу касаллик билан озриган беморларни бошқариш ҳомиладорлик пайтида ўсимтанинг олдиндан айтиб бўлмайдиган хатти-ҳаракати ва барча зарур диагностика ва терапевтик тадбирларни амалга ошира олмаслик туфайли ностандарт ва мураккаб клиник ҳолатдир.*

*Барча керакли диагностика ва терапевтик тадбирларни амалга ошириш мумкин эмас. Ҳомиладорлик - бу гормонал фоннинг ўзгариши, организмнинг иммунитет ҳимоясининг пасайиши, репродуктив органларнинг қон оқими ва лимфа чиқиши яхшиланиши ва туғруқдан кейинги даврда бачадон бўйни ўзгариши туфайли ўсманинг ривожланишига сабаб бўладиган омил. Ҳомиладорлик даврида бачадон бўйни саратонини таъхислаш нотўғри таъхис қўйиш ёки ортиқча таъхис қўйиш эҳтимоли юқори бўлганлиги, шунингдек, қўплаб диагностика усулларининг мавжуд эмаслиги туфайли энг қийин ҳисобланади. Беморларни текширишда ҳомиладорлик пайтида нормал ва патологик ўсиш жараёнларини диққат билан фарқлаш керак.*

*Калит сўзлар: ҳомиладорлик, бачадон бўйни саратони, CIN, инсон папиллома вируси.*

### Актуальность

На современном этапе рак шейки матки (РШМ) остается актуальной проблемой онкогинекологии. Он занимает ведущее место в структуре онкогинекологической патологии и имеет тенденцию к увеличению количества больных [1]. Примечательно, что 45,4% всех случаев заболевания приходится на возраст до 50 лет. Кроме того, известно, что РШМ занимает первое место среди злокачественных новообразований, ассоциированных с беременностью. Частота встречаемости данной патологии составляет от 1 до 13 случаев на 10 тыс. беременностей. Средний возраст заболевших беременных женщин составляет 30 лет, что позволяет выдвинуть предположение о том, что поздние роды, а также поздняя первая беременность могут являться факторами, провоцирующими развитие опухоли [2, 3].

Ведение пациенток с подобной патологией является нестандартной и сложной клинической ситуацией, что обусловлено непредсказуемым поведением опухоли шейки матки на фоне развивающейся беременности, невозможностью проведения всех необходимых диагностических и лечебных мероприятий. Выбор тактики лечения является крайне сложной задачей, терапия подбирается индивидуально и зависит от ряда факторов, таких как стадия заболевания, сроки гестации на момент выявления новообразования, состояние плода, направленности пациентки на сохранение беременности [1].

РШМ — заболевание репродуктивной системы женщины, характеризующееся развитием злокачественного новообразования на шейке матки. Основным гистологическим подтипом является плоскоклеточный рак (ПКР), встречающийся в практически у 85% пациенток, тогда как поражение цервикального канала имеет место в 10–15% случаев [4].

Наиболее значимый фактор в развитии РШМ — HPV-инфекция [5]. Важно отметить, что развитие цервикальной интраэпителиальной неоплазии шейки матки (Cervical Intraepithelial neoplasia — CIN) как предракового состояния часто не зависит от наступления беременности, однако риск инфицирования папилломавирусом увеличивается, что связано с повышением чувствительности эпителия шейки матки к возбудителю и изменениями в иммунной системе, направленными на сохранение беременности.

Факторы риска развития заболевания у беременных и небеременных пациенток одинаковы — это частая смена половых партнеров, раннее начало половой жизни, пренебрежение методами барьерной контрацепции. Все эти

факторы повышают риск инфицирования HPV-вирусом, репликация ДНК которого и связанных с ней капсидных белков, в частности, онкопротекторов E6 и E7, изменяют клеточный цикл и приводят к клеточной атипии, являющейся основой для развития CIN и, как следствие, рака шейки матки. Немаловажная роль в патогенезе неопластического процесса состоит в способности вируса ингибировать функции онкопротектора p53, что приводит к индукции пролиферативных процессов [4, 6]. Кроме того, по данным современных исследований, беременность способствует прогрессированию процессов малигнизации и в ряде случаев может индуцировать развитие рака шейки матки между изменениями уровней эстрогенов, прогестерона и хорионического гонадотропина (ХГЧ) и HPV-инфекцией (16 и 18 тип) [7, 8].

Риск метастазирования при плоскоклеточном раке составляет 0,8%, при аденокарциноме — 1,5% [9]. Повышение темпов роста уже имеющейся опухоли и ускорение процессов метастазирования связывают с физиологическими изменениями в женской половой системе: снижением иммунной защиты организма на ранних сроках беременности, улучшением кровотока и дренажной функции лимфатической системы в репродуктивных органах, а также изменением состояния шейки матки после родов [7].

Рак шейки матки, обнаруженный в течение 6 месяцев после прерывания беременности, а также спустя 12–18 месяцев после родов относят к новообразованиям, ассоциированным с беременностью, в связи с тем, что морфологические и клинические проявления данной патологии уже можно обнаружить во время беременности [10]

**Цель исследования:** Изучит алгоритм обследования беременных с патологией шейки матки с целью исключения рака.

### Материал и методы

В клинической группе находились 22 беременные с цитологически выявленной CIN III и АК. 12 беременным произведена прицельно-ориентированная биопсия после расширенной кольпоскопии с верификацией диагноза: Ca in situ — 5 случаев; лейкоплакия с атипией — 3 случая, CIN III на фоне плоской кондиломы — 4 случая. В 10 случаях необходимости в проведении биопсии не было, так как кольпоскопических картин повышено-атипического эпителия не выявлено, дополнительно проводили исследование: PAP-мазок, цервикальный кюретаж +скрининг HPV с вирусной нагрузкой. Адекватная диагностическая тактика позволила пациенткам не только сохранить желанную беременность, но и врачам отказаться от проведения необоснованных биопсий, учитывая грамотную трактовку данных цитокольпоскопического контроля и ПЦР. Для всех пациенток с верифицированным диагнозом лечение в виде электроэксцизии с лечебной и диагностической целью было проведено через 1,5 мес после родов, что позволило окончательно уточнить объем патологического процесса и оценить адекватность лечебно-диагностической тактики.

### Результат и обсуждения

С учетом актуальности данной проблемы нами разработан и внедрен в клиническую практику диагностический алгоритм выявления патологии шейки матки у беременных. I этап: первичное обследование при взятии беременной на учет: бактериологическое (фемофлор-скрин), вирусологическое (скрининг HPV с вирусной нагрузкой), расширенная кольпоскопия, PAP-тест. II этап: выделение групп беременных в зависимости от выявленной патологии шейки матки, динамическое кольпоскопическое и цитологическое наблюдение при выявлении CIN — Ca in situ 1 раз в 12 нед. Биопсия шейки матки во время беременности выполняется при наличии атипических цитологических и кольпоскопических картин, подозрительных на рак (неоднородная поверхность, глыбчатая лейкоплакия, экзофит, атипичная васкуляризация). По показаниям проводится и эндоцервикальный кюретаж.

Согласно исследованиям, беременность на ранних сроках считается безопасной, поскольку CIN1 в большинстве случаев регрессирует, но в 30% случаев прогрессирует под влиянием гормональных изменений [11]; при CIN2 и CIN3 прогрессирование наблюдается в 50% случаев. Поэтому лечение CIN1 может быть отложено до 6 недель после родов; при CIN2 и CIN3

рекомендуется регулярное обследование беременных, чтобы исключить развитие рака шейки матки. При подозрении на прогрессирование заболевания рекомендуется повторная биопсия [7]. Обычно таким пациенткам после родов проводят органосохраняющую конизацию шейки матки [11]. Лечение пациенток с IA2 и IB1 стадиями и опухолями до 2 см до 22 недель беременности начинают с атипичной конизации шейки матки с лимфаденэктомией. Целью этой операции является определение стадии заболевания. При выявлении метастатического поражения лимфатических узлов рекомендуется прерывание беременности [9]. Однако, по данным ESCO (Европейское общество клинической онкологии), беременность можно сохранить, если сразу начать неоадьювантную химиотерапию, а затем провести лучевую и химиотерапию в перинатальном периоде [7]. Сохранение беременности возможно при отсутствии метастатических метастазов в лимфатических узлах. Послеродовое лечение проводится по стандартной схеме [9].

Ведение пациенток с IA2 и IB1 после 22 недель беременности и с опухолями до 2 см также начинают с атипичной конизации шейки матки, но тазовую лимфаденэктомию не проводят, так как она невозможна на данном этапе; если подтверждается IA2, лечение проводится по стандартной схеме; при IB1, поражении лимфатических узлов предпочтительна неоадьювантная полихимиотерапия, независимо от наличия или отсутствия IA2 [7, 9].

При обнаружении опухолей размером более 2-4 см до 22 недель при IB1 необходимо выполнить тазовую лимфаденэктомию для уточнения стадии рака шейки матки. Если при гистологическом исследовании обнаружены метастазы в лимфатических узлах, следует принять решение о прерывании беременности и провести стандартное лечение. Если лимфатические узлы не изменены, беременность можно продлить с помощью неоадьювантной полихимиотерапии после 12 недель беременности [9].

### Заключение

Таким образом, средний возраст пораженных беременных женщин составил 30 лет, что позволяет предположить, что поздние роды или отсроченная первая беременность могут быть фактором, провоцирующим развитие неоплазии. Измененный уровень эстрогена, прогестерона, ХГЧ и ВПЧ-инфекции, снижение иммунной защиты организма, улучшение лимфатического кровотока и дренажной функции репродуктивных органов во время беременности и расширение шейки матки в послеродовом периоде способствуют прогрессированию опухоли. Сходство процесса роста во время беременности в норме и при патологии затрудняет диагностику из-за высокого риска ошибочного диагноза.

На наш взгляд, только совместные усилия врачей онкогинекологов и акушеров-гинекологов первичного звена позволят вовремя и объективно диагностировать диспластические изменения и ранний рак шейки матки у беременных, предотвратив развитие инвазивных форм.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Горяева А.Э., Петров Ю.А. Скрининг рака шейки матки //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2018;4:171-175.
2. Силькина М.О., Соснова Е.А. Современные аспекты лечения рака шейки матки во время беременности // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. 2019;2:70.
3. А. Югай, Т.Т. Садыкова, Т.Г. Дуненова, Т.Г. Косаева Рак шейки матки и беременность //Вестник КазНМУ. 2013;2:97.
4. Т. Хекинг, А. Абрамян, К. Домрезе, Т. Энгельн, Т. Тислер, К. Лотнер, У. Гембрух, М. Кейвер-Пайк Индивидуальная тактика лечения рака шейки матки при беременности //Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. 2017;1(15):22-31.
5. Юлдашева Д.Ю., Аскарлова У.Ж. Отягощающие факторы, способствующие персистенции ВПЧ у женщин с цервикальными интраэпителиальными неоплазиями //Биология и интегративная медицина. 2017;2:55-63.
6. Адильгереева М.И. Папилломавирусная инфекция как медико-социальная проблема //EESJ. 2021;2/2(66):16-19.
7. Beharee N., Shi Z., Wu D., Wang J. Diagnosis and treatment of cervical cancer in pregnant women //Cancer Med. 2019;8(12):5425-5430. DOI: 10.1002/cam4.2435.

8. Синчихин С.П., Степанян Л.В. Что нужно знать пациентке о вирусе папилломы человека и раке шейки матки? //Гинекология. 2021;1:83-87.
9. Ю.Г. Паяниди, Е.И. Боровкова, Ю.Э. Доброхотова, А.М. Арутюнян Тактика ведения беременных с инвазивным раком шейки матки //РМЖ. Мать и дитя. 2019;2:135.
10. Шириналиев Н.М., Андреева Н.Л. Злокачественные новообразования шейки матки, ассоциированные с беременностью //Медицинские новости. 2016;12(267):16-22.
11. Короленкова Л.И., Кузнецов В.В., Некогосян С.О. Опыт сохранения беременности у больших инвазивным раком шейки матки на фоне неоадьювантной химиотерапии и после конизации //Research'n Practical Medicine Journal. 2015;1:7-15.
12. Доброхотова Ю.Э., Боровкова Е.И. Акушерские риски химиотерапии во время беременности //Гинекология. 2018;6:16-19.
13. Шириналиев Н.М., Андреева Н.Л. Клиническое обследование и ведение беременных при раке шейки матки //Медицинские новости. 2018;6(285):285.
14. Короленкова Л.И. Беременность при синхронном преинвазивном и микроинвазивном раке шейки матки, доношивание и благоприятные исходы для матери и плода (опыт РОНЦ им. Н.Н. Блохина) //Research'n Practical Medicine Journal. 2015;5:28.
15. Cervical cancer in pregnancy: Analysis of the literature and innovative approaches /A.M. Perrone, A. Vovicelli, G. D'Andrilli, G. Borghese //J. Cell. Physiol. 2019 Sep;234(9):14975-14990.
16. Клинический случай рака шейки матки во время беременности / О.С. Золоторевская, С.И. Елгина, Е.Н. Никулина, Н.М. Шибельгут, А.Ю. Беглова, В.Г. Мозес, Е.В. Рудаева // МиД. 2020;2(81):68-71.
17. Ю.Э. Доброхотова, М.Г. Венедиктова, Е.И. Боровкова, С.Ж. Данелян, А.Н. Саранцев, К.В. Морозова, К.Ф. Оруджова Методы диагностики и лечения предрака шейки матки, ассоциированного с беременностью //РМЖ. Мать и дитя. 2017;15:1084-1086.
18. Андарьянова Л.И. Клинические исходы рака шейки матки у беременных на примере пациенток перинатального центра клиники СПбГУ // FORCIPE. 2020;8:45-46.
19. Антипина Е. О. Особенности течения беременности и родов у женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом //FORCIPE. 2020; С.46-47. S.URL: <https://cyberleninka.ru> (дата обращения: 09.11.2021).
20. Devine, Catherine A. Imaging and Staging of Cervical Cancer // Seminars in ultrasound, CT and MR. 2019;40(4):280-286. DOI:10.1053/j.sult.2019.03.001.
21. Zhang Qing. Oncologic and obstetrical outcomes with fertility-sparing treatment of cervical cancer: a systematic review and meta-analysis //Oncotarget. 2017;8(28):46580-46592.
22. Haoran Li. Advances in diagnosis and treatment of metastatic cervical cancer //Journal of gynecologic oncology. 2016;27:43.

**Поступила 20.10.2024**