



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

12 (86) 2025

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. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
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. ИЛЪЯСОВ
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
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
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)

12 (86)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2025
декабрь

Received: 20.11.2025, accepted: 06.12.2025, published: 10.12.2025

УДК 618.39-618.146

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Ихтиярова Г.А. <https://orcid.org/0000-0002-1687-682X> e-mail: IxtiyarovaG@bsmi.uz
Хафизова Д.Б. e-mail: XafizovaD@bsmi.uz Ярашева Ш.У. e-mail: YarashevaSh@bsmi.uz

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН) у беременных представляет собой клинически значимое состояние, требующее своевременного выявления и выработки оптимальной тактики наблюдения для предотвращения прогрессирования заболевания и минимизации рисков для матери и плода. Увеличение распространённости папилломавирусной инфекции, а также рост числа беременных с предраковыми изменениями шейки матки обуславливают необходимость совершенствования диагностических методов.

Цель обзора. Проанализировать современные подходы к раннему выявлению ЦИН во время беременности, включая возможности кольпоскопии, цитологии, молекулярного тестирования ВПЧ и алгоритмы щадящего наблюдения.

Заключение. Проведённый анализ литературы показывает, что комплексный подход, основанный на сочетании неинвазивных методов диагностики, позволяет повысить точность верификации поражений и разработать индивидуализированную тактику ведения, обеспечивая безопасность беременной и плода

Ключевые слова: беременность, дисплазия шейки матки, цервикальная интраэпителиальная неоплазия, папилломавирусная инфекция, кольпоскопия

MODERN APPROACHES TO THE EARLY DETECTION OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA DURING PREGNANCY.

Ikhtiyarova G.A. <https://orcid.org/0000-0002-1687-682X> e-mail: IxtiyarovaG@bsmi.uz
Xafizova D.B. e-mail: XafizovaD@bsmi.uz Yarasheva Sh.U. e-mail: YarashevaSh@bsmi.uz

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi.
1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Cervical intraepithelial neoplasia (CIN) during pregnancy is a clinically important condition that requires timely detection and an optimal management strategy to prevent disease progression and minimize risks for both the mother and the fetus. The increasing prevalence of human papillomavirus infection and the growing number of pregnant women with precancerous cervical changes highlight the need to improve diagnostic approaches.

The aim of this review is to analyze modern methods for the early detection of CIN in pregnancy, including the role of colposcopy, cytology, HPV molecular testing, and conservative management algorithms.

Conclusion. The literature analysis demonstrates that a comprehensive diagnostic approach based on non-invasive tools enhances the accuracy of lesion verification and supports individualized patient management while ensuring maternal and fetal safety.

Key words: pregnancy, cervical dysplasia, cervical intraepithelial neoplasia, human papillomavirus infection, colposcopy.

HOMILADORLIK DAVRIDA BACHADON BO'YNI INTRAEPITELIAL NEOPLAZIYASINI ERTA ANIQLASHNING ZAMONAVIY YONDASHUVLARI

Ikhtiyarova G.A. <https://orcid.org/0000-0002-1687-682X> e-mail: IxtyarovaG@bsmi.uz
Xafizova D.B. e-mail: XafizovaD@bsmi.uz Yarasheva Sh.U. e-mail: YarashevaSh@bsmi.uz

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro sh.

A. Navoiy kochasi 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Rezyume

Homiladorlik davrida bachadon bo'yni intraepitelial neoplaziyasi (CIN) kasallikning rivojlanishini oldini olish hamda ona va homila uchun xavflarni kamaytirish maqsadida o'z vaqtida aniqlanishi va to'g'ri boshqaruv strategiyasini talab qiladigan muhim klinik holatdir. Papillomavirus infeksiyasining keng tarqalishi va homilador ayollarda predrak o'zgarishlarning ortib borishi diagnostika yondashuvlarini takomillashtirish zarurligini ko'rsatadi.

Sharhning maqsadi. Homiladorlik davrida CINni erta aniqlash bo'yicha zamonaviy usullarni, jumladan kengaytirilgan kolposkopiya, sitologiya, HPV molekulyar testi va ehtiyotkor kuzatuv algoritmlarini tahlil qilish.

Xulosa. Adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, invaziv bo'lmagan diagnostika usullarini birlashtirgan kompleks yondashuv o'zgarishlarni aniq tasdiqlashga hamda ona va homila xavfsizligini ta'minlagan holda individual boshqaruvni amalga oshirishga imkon beradi.

Kalit so'zlar: homiladorlik, bachadon bo'yni displaziyasi, bachadon bo'yni intraepitelial neoplaziyasi, papillomavirus infeksiyasi, kolposkopiya.

Актуальность

Рак шейки матки занимает четвертое место по распространенности среди онкологических заболеваний в мире и является одной из основных причин смерти среди женщин [14,19]. Второе по частоте диагностируемое злокачественное заболевание во время беременности после рака молочной железы, с предполагаемой частотой от 0,1 до 12 случаев на 10 000 беременностей [21], рак шейки матки имеет устойчивый рост заболеваемости за последние 20 лет [3]. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН), предшественник рака шейки матки, встречается в десять раз чаще, чем сам рак шейки матки, достигая пика распространенности среди женщин в возрасте 20–34 лет [5,14]. Этот рост заболеваемости, вероятно, обусловлен интеграцией скрининга рака шейки матки в дородовой уход и совпадением пика заболеваемости цервикальной интраэпителиальной неоплазией с детородным возрастом.

Связь папилломавирусной инфекции и последующего развития плоскоклеточного РШМ была впервые описана в 1930-х годах в работах Ричарда Шопа. В 2008 г. Харальд цур Хаузен получил Нобелевскую премию «За открытие вируса папилломы человека как причины цервикального рака» [20].

Папилломавирусная инфекция — одна из самых распространенных и занимает первое место среди ИППП. Заражение ВПЧ происходит преимущественно половым путем. Пик инфицирования вирусом приходится на возраст 16–25 лет [4].

На сегодняшний день описаны более 200 типов ВПЧ, около 30 из них могут поражать эпителий урогенитального тракта. В зависимости от онкогенного потенциала выделяют вирусы высокого (типы 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59) и низкого (типы 6, 11, 42, 43, 44) онкогенного риска. Практически в 100% случаев РШМ выявляется ВПЧ. По данным жидкостной цитологии, ВПЧ типов 16 и 18 встречается у 70% всех женщин с РШМ: у 41–67% — при плоскоклеточных интраэпителиальных поражениях умеренной и тяжелой степени (high grade SIL — HSIL), у 16–32% — при легкой степени (low grade SIL — LSIL) и у 4,1% — при отсутствии интраэпителиального поражения или злокачественности (no intraepithelial lesion or malignancy — NILM) [7].

В последние годы особое внимание исследователей направлено на проблему цервикальной интраэпителиальной неоплазии шейки матки (cervical intraepithelial neoplasia — CIN), или

плоскоклеточных интраэпителиальных поражений (squamous intraepithelial lesion — SIL), — патологическому процессу, при котором в толще многослойного плоского эпителия шейки матки формируются клетки с различной степенью атипии и нарушением дифференцировки [16]. Плоскоклеточные интраэпителиальные поражения различной степени тяжести предшествуют развитию инвазивного рака шейки матки (РШМ), вследствие чего требуют особого клинического внимания. Ведение цервикальной дисплазии или инвазивного рака во время беременности требует тщательного учета как материнских, так и фетальных исходов, что часто предполагает индивидуальный и междисциплинарный подход [2, 8, 17].

Плоскоклеточные интраэпителиальные поражения при беременности: диагностика и лечение

Согласно рекомендациям Колледжа американских патологов (College of American Pathologists — CAP) и Американского общества кольпоскопии и цервикальной патологии (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology — ASCCP), внутриэпителиальные поражения (ВЭП) подразделяются на следующие категории: плоскоклеточные внутриэпителиальные поражения низкой степени (LSIL), соответствующие лёгкой дисплазии (CIN I), и плоскоклеточные внутриэпителиальные поражения высокой степени (HSIL), включающие умеренную (CIN II) и тяжёлую дисплазию (CIN III). Генитальные кондиломы, ранее не относящиеся к классификации CIN, были включены в группу LSIL, тогда как CIN II и CIN III объединены в единую категорию HSIL. В клинической практике термины CIN и SIL нередко используются совместно и обозначаются как LSIL (CIN I), HSIL (CIN II) и HSIL (CIN III) [11].

По данным литературы, цервикальная интраэпителиальная неоплазия выявляется у 3,4–10% беременных женщин. В данной популяции пациенток преобладают поражения низкой степени (LSIL), включающие CIN I и изменения, ассоциированные с папилломавирусной инфекцией. Поражения высокой степени (HSIL) диагностируются значительно реже — с частотой 0,1–1,8%. Более чем в 60% случаев CIN, выявленных во время беременности, отмечается спонтанная регрессия либо стабильное течение процесса. С учётом естественного характера течения заболевания, единственным абсолютным показанием к лечению CIN, диагностированной в период беременности, является подозрение на инвазивный рак шейки матки [22].

В соответствии с рекомендациями Американской коллегии акушеров и гинекологов (American College of Obstetricians and Gynecologists — ACOG) и ASCCP, цитологический скрининг рекомендуется начинать с 21-летнего возраста и проводить с интервалом в три года. Женщинам в возрасте 30–65 лет в качестве альтернативы цитологическому исследованию каждые три года допускается первичное тестирование на ВПЧ высокого онкогенного риска с интервалом в пять лет. Если проведение мазка по Папаниколау планируется в рамках рутинного скрининга во время беременности, его, как правило, допустимо перенести на послеродовой период при отсутствии клиническихстораживающих факторов или отягощённого анамнеза, требующих более раннего обследования [12,16].

CIN I степени в большинстве случаев подвергается самопроизвольной регрессии при отсутствии прогрессирования в течение приблизительно двух лет. Специфическое лечение, как правило, не требуется; показано динамическое наблюдение с регулярными гинекологическими осмотрами. Риск малигнизации у данной категории пациенток является минимальным [16]. Тактика ведения при CIN II и CIN III определяется индивидуально и зависит от клинического состояния пациентки и результатов дополнительных методов обследования, которые должны обсуждаться с лечащим врачом.

Во время беременности проведение кольпоскопии рекомендуется при предполагаемом риске CIN III и более тяжёлых поражений $\geq 4\%$. При этом немедленное или ускоренное лечение в период гестации не показано. Кольпоскопическое обследование целесообразно у беременных пациенток при вероятности CIN III и выше более 25% — пороге, при котором у небеременных женщин обычно рассматривается ускоренное лечение, и особенно при риске, превышающем 60%, уровне, при котором у небеременных пациенток предпочтение отдаётся немедленному вмешательству. Хирургическое иссечение во время беременности допустимо исключительно

при подозрении на инвазивный рак шейки матки. Кольпоскопия с прицельной биопсией в период беременности, как правило, считается безопасной процедурой и может выполняться по клиническим показаниям. Однако физиологические изменения шейки матки, обусловленные беременностью, могут затруднять интерпретацию результатов исследования, поскольку данные изменения способны имитировать либо маскировать признаки злокачественного процесса. Эти особенности повышают риск недооценки инвазивных форм заболевания. В связи с этим рекомендуется, чтобы кольпоскопическое обследование беременных женщин проводилось специалистами, обладающими достаточным опытом работы с данной категорией пациенток [13,18].

При выявлении во время беременности поражений высокой степени, таких как CIN II, CIN III или аденокарцинома *in situ* (AIS), пациенткам показано регулярное наблюдение с использованием кольпоскопии в сочетании с ВПЧ-тестированием или цитологическим исследованием шейки матки каждые 12–24 недели (рисунок 1). Интервалы последующего контроля должны корректироваться с учётом срока беременности, квалификации кольпоскописта и риска утраты пациентки для дальнейшего наблюдения. При признаках прогрессирования поражения либо подозрении на инвазию показано выполнение повторной биопсии. При отсутствии неблагоприятной динамики допустима отсрочка повторного кольпоскопического обследования до момента родоразрешения [13].

При интраэпителиальных поражениях высокой степени (HSIL, CIN II+) принципиально важным является выжидательный подход, поскольку частота прогрессирования в инвазивный рак остаётся крайне низкой (0–0,4%). В ряде случаев динамическое наблюдение может быть единственной необходимой тактикой при уверенности врача в отсутствии признаков инвазии. При наличии диагностических сомнений целесообразно выполнение прицельной биопсии. Проведение выскабливания цервикального канала или аблятивных методов лечения в период беременности не рекомендуется. Конизация показана при наличии несоответствий между результатами цитологического и кольпоскопического исследований, вызывающих подозрение на инвазивный процесс. В случае выявления AIS предпочтительным является направление пациентки к гинекологу-онкологу, однако допустимо ведение и лечение гинекологом, имеющим углублённый опыт кольпоскопической диагностики и терапии AIS [10,15,17].

Окончательное лечение, как правило, откладывается до послеродового периода, особенно учитывая высокую частоту спонтанной регрессии данных поражений, достигающую 48–70% [10,15,17]. Онкологических показаний к выполнению кесарева сечения при CIN не существует. Послеродовое кольпоскопическое обследование рекомендуется проводить не позднее чем через четыре недели после родов, что обеспечивает адекватное заживление шейки матки и возможность завершения диагностического этапа в рамках послеродового наблюдения. При выявлении поражений в послеродовом периоде тактика лечения должна включать либо эксцизионное вмешательство, либо комплексное диагностическое обследование с проведением цитологии, ВПЧ-тестирования, кольпоскопии и биопсии. Даже при отсутствии видимых поражений рекомендуется полное диагностическое обследование с целью исключения скрытой патологии [18].

Кроме того, данные исследований свидетельствуют о том, что дисплазия шейки матки, выявленная во время беременности, не ассоциирована с повышенным риском осложнений гестационного периода [1,9]. У беременных пациенток диагностические мероприятия направлены прежде всего на исключение инвазивного рака шейки матки. При предраковых поражениях, таких как HSIL (CIN II+), окончательное лечение рекомендуется откладывать до родоразрешения [6, 17].



Рисунок 1. Терапевтическое лечение в зависимости от степени дисплазии [13, 18]. HPV — вирус папилломы человека; LSIL — плоскоклеточное интраэпителиальное поражение низкой степени; HSIL — плоскоклеточное интраэпителиальное поражение высокой степени; AIS — аденокарцинома in situ.

Заключение

Плоскоклеточные интраэпителиальные поражения шейки матки во время беременности представляют собой клинически значимую, но в большинстве случаев благоприятно протекающую патологию, требующую взвешенного и индивидуализированного подхода. Современные данные свидетельствуют о том, что преобладающая часть цервикальных интраэпителиальных неоплазий, выявляемых в период гестации, относится к поражениям низкой степени и характеризуется высокой частотой спонтанной регрессии либо стабильного течения без признаков прогрессирования.

Ключевой задачей ведения беременных пациенток с CIN является своевременное исключение инвазивного рака шейки матки при одновременном минимальном вмешательстве в течение беременности. Выжидательная тактика с динамическим наблюдением, включающим цитологический контроль, ВПЧ-тестирование и кольпоскопию, является обоснованной и безопасной при отсутствии признаков инвазии, в том числе при поражениях высокой степени (HSIL, CIN II–III). Хирургические методы лечения в период беременности показаны исключительно при подозрении на инвазивный процесс.

Физиологические изменения шейки матки во время беременности требуют участия опытного специалиста для корректной интерпретации кольпоскопической картины и снижения риска диагностических ошибок. Окончательное лечение предраковых поражений целесообразно откладывать до послеродового периода, учитывая высокую вероятность регрессии и отсутствие негативного влияния CIN на течение беременности и исходы родов.

Таким образом, соблюдение международных клинических рекомендаций, междисциплинарный подход и индивидуализация тактики ведения позволяют обеспечить онкологическую настороженность при сохранении безопасности для матери и плода, а также оптимизировать результаты диагностики и лечения плоскоклеточных интраэпителиальных поражений шейки матки у беременных женщин.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Bakhadurovna H. D., Akmalovna I. G. The role of multigenic thrombophilia in women with unfavorable outcomes after extracorporeal fertilization //researchjet journal of analysis and inventions. 2022;3(1):44-50.
2. Khafizova D. B. Assessment of the role of genetic polymorphism of the hemostatic system factors of the f3 gene in the development of thrombophilia in women of the uzbek population //Central Asian journal of medical and natural science. 2023;4(6):659-667.
3. Хафизова Д. Б. Роль полиморфизма g/a гена f7 фактора в генезе неблагоприятных эко //Amaliy va tibbiyot fanlari ilmiy jurnali. 2023;2(12):127-133.
4. Khafizova D. B. The role of g/a polymorphism of the f7 factor gene in the genesis unsuccessful ivf //american journal of public diplomacy and international studies (2993-2157). 2023;1(10):610-617.

5. Хафизова Д. Б. Оценка роли генетического полиморфизма факторов системы гемостаза гена f3 в развитии тромбофилии у женщин узбекской популяции //Amaliy va tibbiyot fanlari ilmiy jurnali. 2023;2(11):225-234.
6. Hafizova D. B. Evaluation of the significance of the g/a polymorphism of the f7 gene in the development of an unfavorable ivf outcome in women with thrombophilia //British medical journal. 2023;3(2).
7. Хафизова Д. Б., Ихтиярова Г. А. Оценка роли генетического полиморфизма факторов системы гемостаза гена f3 в развитии тромбофилии у женщин узбекской популяции //Amaliy va tibbiyot fanlari ilmiy jurnali. 2022;1(5):20-28
8. Khafizova D. B. (2023). The role of g/a polymorphism of the f7 factor gene in the genesis unsuccessful ivf. //American journal of public diplomacy and international studies (2993-2157), 2023;1(10):610–617.
9. Ла Русса, М.; Джаяраджа, А.Р. Инвазивный рак шейки матки во время беременности. Best Pract. Res. Clin. Obs. Gynaecol. 2016;33:44–57.
10. Ланцман Т.; Сигл, Б.-Л.; Янг, Дж.; Маргул, Д.Дж.; Торн-Спенсер, Дж.; Миллер, Э.С.; Кочергинский, М.; Шахаби, С. Связь между цервикальной дисплазией и неблагоприятными исходами беременности. Am. J. Perinatol. 2020;37:947–954.
11. Майлат-Покорни, М.; Швамейс, Р.; Гримм, К.; Рейнтхаллер, А.; Полтерауэр, С. Естественное течение цервикальной интраэпителиальной неоплазии во время беременности: гистопатологические результаты в послеродовой период и обзор литературы. BMC Pregnancy Childbirth 2016;16(74).
12. Насеровска-Гуттмейер, А.; Кендзия, В.; Рокита, В.; Войтылак, С.; Ланге, Д.; Як, Р.; Вельгось, М. Рекомендации по диагностике и лечению плоскоклеточных заболеваний, связанных со среднестатистическими показателями CAP/ASCCP. Гинекол. Перинатол. Практ. 2016;1:130–138.
13. Обновленные рекомендации по скринингу рака шейки матки. Доступны онлайн: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2021/04/updated-cervical-cancer-screening-guidelines> (дата обращения: 4 мая 2025 г.).
14. Перкинс Р.Б.; Гвидо Р.С.; Касл П.Е.; Челмоу Д.; Эйнштейн М.Х.; Гарсия Ф.; Ху В.К.; Ким Дж.Дж.; Мосцицки, А.-Б.; Наяр, Р.; и др. Рекомендации ASCCP 2019 года по управлению рисками на основе результатов скрининговых тестов на рак шейки матки и предраковых состояний. J. Low. Genit. Tract Dis. 2020;24:102–131.
15. Рюкерт, С.; Острейх, К.; Галлас, Дж.; Колбен, Т.; Дич, Н.; Старрах, Т.; Блюм, К.; Даннекер, К.; Колбен, Т.М. Дисплазия шейки матки во время беременности — влияние на онкологические и психологические исходы: исследование случай-контроль. Eur. J. Gynaecol. Oncol. 2018;39:399–403.
16. Рубах Э.М. Рак у беременных женщин. Онкологическая клиническая практика. 2018;14:62–78.
17. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Манухин И.Б., Радзинский В.Е., ред. Гинекология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017. 1048 с. [Savel'eva G.M., Sukhikh G.T., Manukhin I.B., Radzinskii V.E., red. Ginekologiya. Natsional'noe rukovodstvo. M.: GEOTAR-Media; 2017. 1048 s. (in Russian)]
18. Сухонска Б.; Гаевска, М.; Мадей, А.; Вельгось, М. Внутриэпителиальная неоплазия шейки матки во время беременности. Indian J. Cancer 2020;57:31–35.
19. Советы по ведению беременности — ASCCP. Доступно онлайн: <https://www.asccp.org/practice-pearls/management-during-pregnancy> (дата обращения: 9 апреля 2025 г.).
20. Gulzhaina, A., Mambetov, K., Dzhaupova, I., Bozhbanov, A., Dilnoza, K. (2025). Comparative analysis of the influence of biologically active substances on photosynthetic productivity of Sorghum Saccharatum. International Journal of Innovative Research and Scientific Studies, 2025;8(3):1836–1844.
21. Cooper D.B., McCathran C.E. Cervical Dysplasia. StatPearls (Internet). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430859/> (дата обращения — 22.08.2019).
22. Makepeace LM; Spirtos, AN; Nambiar, A.; Rodriguez, AN; Duryea, E.; Spong, CY; Lea, J. 59 Прогноз рака шейки матки при диагностике во время беременности. Gynecol. Oncol. Rep. 2023;48:30-31.
23. Zespół ekspertów Standardy postępowania w przypadkach choroby nowotworowej u kobiety w ciąży Część II. Рак шийки матки, узлы яичника. Гинекол. Перинатол. Практ. 2017;2:28-39.

Поступила 20.11.2025