

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ



Тугизова Дилдора Исмоиловна, Каримова Мавлуда Нематовна
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОННИНГ ЭРТА ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ВА ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИ

Тугизова Дилдора Исмоиловна, Каримова Мавлуда Нематовна
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

OPTIMIZATION OF EARLY DIAGNOSIS METHODS AND MANAGEMENT TACTICS FOR PREGNANT WOMEN WITH CERVICAL CANCER

Tugizova Dildora Ismoilovna, Karimova Mavluda Nematovna
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ушбу мақоланинг долзарблиги, аёллар саломатлигининг иккита муҳим соҳасини бирлаштиради – бачадон бўйни саратони ва ҳомиладорликни. Ушбу патологиянинг ривожланиш хусусиятларини ўрганишнинг илмий ва ижтимоий аҳамияти бачадон бўйни саратони билан касалланишнинг барқарор ўсиши ва ушбу касаллик билан оғриган беморларнинг тўлиқ даволанишнинг паст фоизи билан боғлиқ. Ҳозирги вақтда муаммо ҳар томонлама ўрганилмоқда, аммо ушбу патологияни эрта таъхислаш ва касалликнинг сабабларини аниқлаш масаласи ҳали ҳам етарли даражада ўрганилмаган.

Калим сўзлар: бачадон бўйни саратони, ҳомиладорлик, кольпоскопия, гистоцитология, неоадьювант кимё-терапия.

Abstract. Relevance the article takes a look at an important topic that combines two important areas of women's health - cervical cancer and pregnancy. The scientific and social significance of studying the development features of this pathology is associated with the steady increase in the incidence of cervical cancer and the low percentage of complete cures for patients with this disease. Currently, the problem is being comprehensively studied, but the issue of early diagnosis of this pathology and establishing possible causes of the disease remains insufficiently studied.

Key words: cervical cancer, pregnancy, colposcopy, histocytology, neoadjuvant chemotherapy.

Актуальность. Рак шейки матки является одним из наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований среди беременных женщин, составляя 1 случай на 1000–2000 беременностей. Несмотря на обширные исследования в области диагностики и лечения, рак шейки матки по-прежнему занимает ведущие позиции среди онкологических заболеваний у беременных, уступая только раку молочной железы [3, 7].

Современная онкогинекология сталкивается с рядом проблем, связанных с диагностикой рака шейки матки у беременных. Стандартные методы обследования ограничены в силу физиологических изменений при беременности, что приводит к задержке в постановке диагноза и затрудняет выбор оптимальной лечебной тактики. Выявление заболевания на ранней стадии является важнейшим фактором, влияющим на прогноз для матери и ребенка, однако большинство случаев выявляется на более поздних стадиях (II и III), что значительно усложняет ведение таких пациентов и

повышает риск неблагоприятных исходов. В развивающихся странах, включая Узбекистан, ситуация усугубляется ограниченностью скрининговых программ и доступности методов ранней диагностики, что приводит к выявлению заболевания на поздних стадиях и ухудшению прогноза [3, 5].

Одной из причин роста заболеваемости раком шейки матки у женщин детородного возраста является высокая распространенность вируса папилломы человека (ВПЧ), который способствует развитию предраковых и раковых изменений. Учитывая, что ВПЧ-инфекция может оставаться нераспознанной до наступления беременности, ранняя диагностика и своевременная интерпретация онкологических маркеров становятся критически важными для предотвращения прогрессирования заболевания [2, 4].

Кроме того, тактика ведения беременных с раком шейки матки требует особого подхода, учитывающего состояние матери и безопасность плода. На сегодня не существует единого стандарта лечения для

данной категории пациентов, и выбор метода терапии остается сложной задачей, зависящей от стадии заболевания, срока беременности и общего состояния женщины. Это подчеркивает необходимость разработки индивидуализированных протоколов ведения, которые позволили бы минимизировать риск для плода и одновременно обеспечить максимальную эффективность лечения для матери.

Особое внимание в исследовании данной проблемы следует уделить улучшению скрининговых программ, ориентированных на раннее выявление рака шейки матки у женщин репродуктивного возраста, что позволит своевременно диагностировать заболевание и предотвратить его прогрессирование. Внедрение современных методов диагностики, таких как жидкостная цитология, высокоразрешительная кольпоскопия и молекулярные тесты на ВПЧ, способно повысить точность и информативность обследования, что крайне важно для беременных женщин, у которых стандартные методы могут иметь ограничения [1, 6].

Кроме того, важным аспектом является оценка возможностей неинвазивных и малоинвазивных методов диагностики, которые можно безопасно применять в период беременности. Эти методы помогут минимизировать риск для плода, сохраняя высокую диагностическую ценность. В этом направлении перспективным является использование новых биомаркеров и тестов, таких как обнаружение циркулирующих опухолевых ДНК и РНК, которые могут дать представление о наличии и стадии рака без необходимости проведения инвазивных процедур.

Существующая клиническая практика показывает, что отсутствие четких стандартов и алгоритмов ведения беременных с раком шейки матки часто приводит к неоправданным вмешательствам или, наоборот, к задержке лечения, что негативно сказывается на прогнозе. В связи с этим, разработка единых подходов и рекомендаций к ведению беременных женщин с раком шейки матки, основанных на принципах мультидисциплинарного подхода, является важной задачей. Интеграция усилий онкологов, акушеров-гинекологов и неонатологов позволит выработать оптимальную тактику, которая будет учитывать интересы как матери, так и ребенка [2, 4, 5, 7].

Также, с учетом эмоционального и психологического напряжения, которое испытывают беременные женщины с онкологическим диагнозом, особое внимание следует уделить психологической поддержке и консультированию. Обеспечение пациенток адекватной информацией о прогнозе, возможных рисках и вариантах лечения может существенно повысить их приверженность к лечению и улучшить качество жизни.

Оптимизация тактики лечения включает также анализ целесообразности различных терапевтических подходов в зависимости от стадии заболевания и срока беременности. На ранних стадиях рак шейки матки в большинстве случаев может быть контролируем при помощи органосохраняющих операций, позволяющих продолжить беременность и минимизировать риск для плода. На более поздних стадиях становится актуальным вопрос о целесообразности проведения химиотерапии и радиотерапии, а также о сроках и методах родоразрешения. Разработка протоколов, которые учи-

тывают как эффективность лечения, так и потенциальные риски для развивающегося плода, способна значительно улучшить исходы [4, 7].

В заключение, актуальность темы обусловлена необходимостью разработки комплексного подхода, направленного на улучшение диагностики, лечение и психологическую поддержку данной категории пациентов. Улучшение диагностических методов, создание персонализированных протоколов ведения и тесное взаимодействие специалистов различных профилей позволит снизить заболеваемость и смертность, повысить качество жизни пациенток и обеспечить безопасное родоразрешение, что сделает значительный вклад в здоровье женщин репродуктивного возраста и их будущих детей.

Таким образом, оптимизация методов ранней диагностики и ведения беременных с раком шейки матки представляет собой актуальную задачу современной медицины. Комплексный подход, включающий усовершенствование диагностических методов, скрининг на ВПЧ, а также разработку тактики лечения, учитывающей состояние матери и плода, может существенно улучшить прогноз для данной группы пациентов.

Цель исследования. Изучить особенности течения рака шейки матки (РШМ) у беременных, усовершенствовать методы ранней диагностики и тактики ведения.

Материалы и методы. В исследование были включены 102 женщины репродуктивного возраста с диагностированным РШМ. Основную группу составили 66 женщин, обратившихся во время беременности, группу сравнения – 36 женщин, у которых РШМ был выявлен не во время беременности.

В исследование включались женщины, у которых РШМ был выявлен в учреждениях первичного звена здравоохранения, и которые были направлены для верификации диагноза и выработки дальнейшей тактики в областные онкологические учреждения. Все женщины были обследованы в ходе клинического гинекологического осмотра в зеркалах, верификация диагноза проводилась в ходе гистоцитологического исследования ткани образования, распространенность и особенности локализации – с использованием МРТ малого таза и трансвагинального УЗИ.

После обследования и верификации диагноза проводилась стратификация больных по стадиям и по системе TNM и выработывалась дальнейшая тактика – выжидательная с планированием онкологической терапии после разрешения беременности, или активная, включающая хирургическое лечение, полихимиотерапию (ПХТ) и лучевую терапию.

Результаты. Результатами исследования были – исход заболевания – выздоровление, рецидив, метастазирование, смерть; осложнения опухоли/терапии – кровотечение, преждевременные роды, внутриутробная гибель плода. Большинство женщин, вошедших в настоящее исследование, проживали в сельской местности (60%).

Подавляющее большинство женщин демонстрировали жалобы на кровотечение из половых органов и патологические выделения (100%), боли в сегментах, ассоциирующихся с поражением половых органов – внизу живота и пояснице (99,02%), общие симптомы –

слабость (99,02%) и снижение аппетита (98,02%). Такие жалобы, как боли в ногах, боли в правом подреберье, нарушение менструального цикла, запор, одышка встречались менее, чем у 7% больных и не могут однозначно свидетельствовать о патологии шейки матки, так как являются неспецифическими.

У большинства больных выделения из половых путей носили контактно-кровянистый характер (58%) (хи квадрат=12,92, $p<0,01$).

Всем женщинам проводилась оценка степени дисплазии шейечного эпителия по системе CIN. Только у 30 % больных, включенных в исследование, в анамнезе была выявлена дисплазия шейечного эпителия, что может свидетельствовать о недостаточности первичного онкологического скрининга.

По локализации первичной опухоли у большинства женщин (71 человек – 69,61%) отмечался шейечный тип, реже – влагалищный (21 человек, 20,59%). Однако, распределение женщин по первичному вовлечению шейки матки или влагалища показало, что для беременных более характерно поражение шейки матки (81,82%), в то время как у небеременных частота поражения шейки матки составляет чуть более половины случаев (58,33%) и увеличивается частота первичного поражения влагалища (41,67%, хи квадрат=6,49, $p<0,05$).

По форме роста опухоли у большинства женщин регистрировался экзофитный рост (57 женщин – 55,88%), у остальных – язвенный (21,57%) и эндофитный (20,59%). Стадирование РШМ показало, что наиболее часто опухоль диагностирована на стадии 2b (57 женщин – 55,88%), сопоставимо в группах исследования (хи квадрат=1,55, нд), при этом в группе беременных женщин чаще, чем в группе сравнения встречались опухоли, диагностированные на стадии 2b (хи квадрат=4,03, $p<0,05$) и реже – на стадии in-situ (хи квадрат=8,11, $p<0,01$). В целом частотная характеристика групп исследования в зависимости от стадий РШМ балы сопоставима (хи квадрат=13,19, $p<0,05$).

По системе TNM наиболее часто встречались опухоли с характеристиками T2 (71 больная – 69,61%), N0 (77 больных – 75,49%), M0 (99 больных – 97,06%). Всего женщин с характеристикой РШМ 34/20 T2N0M0 было 54 человека (52,94%): 34 в основной и 20 в группе сравнения (хи квадрат=0,20, нд). У 3-х женщин с характеристикой M1 отдаленные метастазы обнаружены в легких (1 случай) и в легких и печени (2 случая).

Диагностика РШМ основывается на гинекологическом осмотре шейки матки в зеркалах, кольпоскопическом исследовании, МРТ области малого таза и других регионов.

Гинекологический осмотр ШМ в зеркалах у всех больных позволил обнаружить патологию ШМ, сопоставимо в обеих клинических группах исследования.

Обязательным исследованием является трансвагинальное УЗИ. В основной группе, помимо наличия беременности в полости матки, заключение включало описание опухоли шейки матки – у всех больных, кроме того у 2-х больных обнаружено прорастание опухоли в полость матки, у 2-х больных – в стенку нижней трети мочеточника с развитием уретерогидронефроза, у 2-х больных – сдавление извне опухолью мочевого пузыря и прямой кишки. В группе сравнения у одной больной диагностирован полип цервикального канала,

у остальных больных – опухоль ШМ, осложненная у 1 больной прорастанием в полость матки, у 2-х больных – в стенку мочевого пузыря и у 1 больной – в стенку нижней трети мочеточника с развитием уретерогидронефроза (межгрупповое различие частоты прорастания опухоли в матку, соседние органы и сдавления соседних органов по данным трансвагинального УЗИ - хи квадрат=2,44, нд). Трансвагинальное УЗИ позволяет не только диагностировать опухоль, но и уточнить ее размер. Межгрупповое сравнение показало, что 1-2 см РШМ чаще выявляется у беременных по сравнению с небеременными больными (18,18% против 5,56%), а опухоли размером 6 см и более – у небеременных.

В качестве дополнительного визуализационного метода, позволяющего уточнить локализацию и распространенность РШМ, а также вовлечение окружающих органов и тканей и наличие отдаленных метастазов, использовалась МРТ. Исследование было проведено всем больным, включенным в исследование. По результатам МРТ у выделены больные с метастатическим поражением легких и печени, поражением отдаленных лимфатических узлов, вовлечением лимфатических узлов малого таза, распространением РШМ на тело матки, окружающие ткани, стенку мочеточника, мочевого пузыря, прямой кишки, при этом частота осложненного течения РШМ не отличалась в обеих группах исследования. Исследование безопасно как для организма беременной, так и для плода, не обладает тератогенным эффектом и может быть использовано в качестве диагностического и верификационного метода во время беременности. Всем женщинам, включенным в исследование, после верификации РШМ и стадирования заболевания проводилась неоадьювантная полихимиотерапия (2 больным основной группы – регионарная, остальным женщинам, включенным в исследование – системная). Применялись следующие схемы терапии: 1) Паклитаксел 175 мг/м² в 1-й день + карбоплатин 300 – 400 мг/м² внутривенно капельно в течение 15 – 60 минут в 1-й – 3-й дни с интервалом в 21 день и 2) Паклитаксел 175 мг/м² в 1-й день + топотекан 0,75 мг/м² в 1-й – 3-й дни с интервалом в 21 день.

Частота применения различных схем ПХМ в клинических группах не отличалась. Количество курсов колебалось от 1 до 9, при этом в основной группе 1-5 циклов проведено 58 больным (87,88%), в группе сравнения – 28 больным (77,78%), остальным больным проведено 6 и более курсов ПХТ (хи квадрат=1,72, нд).

К концу ПХТ у большинства больных в обеих группах отмечалась частичная регрессия РШМ (рис.10), у 6 больных (5,88%) – стабилизация, у 29 больных (28,43%) – прогрессия опухоли. В основной группе ПХТ проводилась, начиная со 2-го триместра беременности, в группе сравнения – с момента верификации диагноза РШМ. Динамика РШМ оценивалась по результатам серийной МРТ.

Изучение частоты осложнений ПХТ выявило большую частоту сердечно-сосудистых осложнений у беременных женщин по сравнению с небеременными (хи квадрат=7,12, $p<0,01$) и более выраженные почечные осложнения (хи квадрат=9,64, $p<0,05$), что, вероятно обусловлено фоновой нефропатией беременных.

Изучение динамики бальной оценки общего состояния здоровья показало, что до начала ПХТ бере-

менные, страдающие РШМ, чаще демонстрируют более высокий балл по сравнению с небеременными женщинами (хи квадрат=5,78, $p<0,05$). После курса ПХТ в обеих группах количество больных с более высоким баллом по шкале Карновского достоверно увеличилось (для основной группы хи квадрат=23,23, $p<0,001$, для группы сравнения хи квадрат=31,75, $p<0,001$), и в группе сравнения достигло 100%, что объясняется токсическими эффектами применяемых препаратов.

Интересно, что субъективная оценка динамики состояния больных к концу ПХТ лечения у большинства больных была положительной (67 человек – 65,69%), и только 28 женщин (27,45%) сообщили об ухудшении состояния. Остальные женщины, включенные в исследование, оценивают свое состояние как неизменное (7 человек – 6,86%). В частности, в основной группе улучшение состояния отметили 42 женщины, ухудшение – 20, неизменное – 4; в группе сравнения – 25, 8 и 3 женщины, соответственно (хи квадрат=0,85, нд). В качестве конечных точек для оценки эффектов ПХТ в настоящем исследовании использовались общая и онкологическая смертность, время появления рецидивов опухоли, время появления отдаленных метастазов, выживаемость и безрецидивная выживаемость. Кроме того, в основной группе оценивались исходы беременности: внутриутробная гибель плода, преждевременное прерывание беременности, мертворожденность, вес плода при рождении.

В основной группе у 8-х женщин были обнаружены рецидивы РШМ: у 2 человек через 3 месяца, у 4-х - в срок 9-12 месяцев – 1 год, у 2-х – в сроки 1-2 года. У остальных (58 женщин) в течение 3-х лет наблюдения рецидивов опухоли не регистрировалось. В группе сравнения у 1 женщины рецидив отмечался в срок 3-6 месяцев, у 6-ти – 6-9 месяцев, у остальных 29 женщин рецидивов в течение 3-х лет не отмечалось.

При включении в исследование отдаленные метастазы обнаружены у 2-х больных в основной и 1 больной в группе сравнения (хи квадрат=0,41, нд). После лечения новых случаев метастазирования в отдаленные регионы в течение 3-х лет наблюдения не отмечалось. Анализ 3-х летней выживаемости в группах продемонстрировал сопоставимые значения показателей выживаемости, которые составили 84,94% в основной группе и 84,85% в группе сравнения (расчет по методу Каплан-Мейера). Все случаи смертности в настоящем исследовании были онкологическими и связанными с РШМ.

Безрецидивная выживаемость оценивалась также по вышеуказанным методикам. Показатели 3-х летней безрецидивной выживаемости были сопоставимыми в основной группе и группе сравнения и составили 84,85% и 80,55%, соответственно (хи квадрат=0,94, нд). В случаях обнаружения поражения тела матки, параметральной клетчатки, стенки окружающих органов (мочеточника, мочевого пузыря) проводилось прерывание беременности и хирургическое лечение (6 человек). В группе беременных с РШМ оценивались исходы беременности, включая патологические исходы и вес плода при рождении. Рождение живых и жизнеспособных детей отмечалось у 57 женщин (86,36%), что свидетельствует о безопасности применяемых схем ПХТ во время 2-3 триместров беременности.

Большинство беременности завершилось родами, в том числе в 83,33% - срочными родами. Большинство родившихся детей были жизнеспособными с весовой категорией при рождении 3-4кг (77%).

Оценка по шкале Апгар показала, что состояние 63,16% новорожденных было средней тяжести (легкая асфиксия, 6-7 баллов), 19,30% - тяжелое (умеренная асфиксия, 4-5 баллов), 14,04% - удовлетворительное (норма, 8-10 баллов) и по 1,75% - крайне тяжелое (тяжелая асфиксия) и мертворожденный.

Заключение. Основываясь на результатах проведенного исследования, был разработан алгоритм ведения беременных в аспекте диагностики и лечения РШМ.

В основе алгоритма – настороженность в аспекте возможности РШМ у беременных. С этой целью алгоритм предполагает 1) заполнение опросника, включающего жалобы, которые могут свидетельствовать о наличии патологии шейки матки и 2) проведение осмотра беременной при первом обращении в зеркалах и заполнение формы, позволяющей выявить возможные признаки РШМ. Положительный ответ хотя бы на 1 пункт первого опросника и отметка о наличии хотя бы одного патологического признака второй формы требует обязательного применения кольпоскопии для верификации состояния.

Заполнение этих форм алгоритмизирует процесс и позволяет в кратчайшее время и с максимальной достоверностью обнаружить признаки РШМ.

Кольпоскопия должна включать забор материала для цитологического и гистологического исследования. В случае диагностики РШМ следующий шаг должен включать визуализационные методы – трансвагинальное УЗИ и МРТ малого таза, а также УЗИ паренхиматозных органов и МРТ всего тела для верификации диагноза и стадирования заболевания.

После верификации РШМ терапевтическая ветвь алгоритма подразумевает проведение ПХТ по схеме: 1) Паклитаксел 175 мг/м² в 1-й день + карбоплатин 300 - 400 мг/м² внутривенно капельно в течение 15 – 60 минут в 1-й – 3-й дни с интервалом в 21 день и 2) Паклитаксел 175 мг/м² в 1-й день + топотекан 0,75 мг/м² в 1-й – 3-й дни с интервалом в 21 день.

Начало ПХТ откладывается до 2-го триместра беременности. Лучевая терапия и хирургическое лечение откладывается до разрешения беременности, кроме случаев прорастания тела матки, параметрия и стенок прилежащих полых органов, когда требуется прерывание беременности и срочная операция с максимально полной эксцизией опухоли, окружающей клетчатки и регионарных лимфоузлов.

Применение разработанного алгоритма позволяет максимально эффективно и быстро диагностировать РШМ у беременных женщин и рано начать ПХТ лечение для предотвращения прогрессирования и регресса опухоли.

Выводы:

1. РШМ у беременных ассоциируются с большим количеством беременностей и аборт в анамнезе, по сравнению с женщинами сопоставимого возраста, у которых РШМ развился не на фоне беременности. РШМ у беременных ассоциировался с контактно-кровянистыми выделениями в 80,30% случаев против 63,89% у небеременных женщин

($p < 0,01$), а также с большей частотой преанцирогенной фоновой патологией ШМ (69,70% против 41,67% у небеременных женщин, $p < 0,01$) и дисплазией шеечного эпителия CINII (21,21%, $p < 0,05$).

2. У беременных больных РШМ чаще характеризуется первично шеечной локализацией по сравнению с небеременными больными (81,82% против 58,33%, χ^2 квадрат=6,49, $p < 0,05$). Характер роста – чаще экзофитный (51,52%), пальпаторная характеристика – плотная (81,82%), неподвижная (96,97%), стадия – 2в (51,52%) и T2N0M0 (51,52%), гистологическая структура – плоскоклеточный неороговевающий рак (81,82%) умеренно дифференцированный (61,62%).

3. Небеременным женщинами РШМ диагностируется чаще в течение 1-го месяца после появления первых симптомов заболевания, а беременным женщинам – чаще в более поздние сроки ($p < 0,01$).

4. Кольпоскопия у беременных женщин позволяет во всех случаях обнаружить РШМ, провести забор материала для гистологического и цитологического исследования. Трансвагинальное УЗИ и МРТ малого таза – информативные и безопасные визуализирующие диагностические методы стадирования РШМ у беременных.

5. ПХТ в составе 1) Паклитаксел 175 мг/м² в 1-й день + карбоплатин 300 - 400 мг/м² внутривенно капельно в течение 15 – 60 минут 1-й – 3-й дни с интервалом в 21 день и 2) Паклитаксел 175 мг/м² в 1-й день + топотекан 0,75 мг/м² в 1-й – 3-й дни с интервалом в 21 день в количестве 1-9 курсов у беременных, страдающих РШМ позволяет в 69,70% добиться частичного регресса опухоли и субъективного улучшения состояния здоровья (63,64%). 3-х летняя выживаемость беременных с РШМ на фоне применения ПХТ составляет 84,85% и не отличается от показателя у небеременных женщин детородного возраста с той же патологией.

6. 6,06% беременным с РШМ в связи с поражением соседних органов требуется прерывание беременности и хирургическое лечение с максимально возможной эксцизией опухоли. Внутриутробная гибель плода и рождение нежизнеспособного ребенка отмечаются в 7,58%. 86,36% беременностей женщин с РШМ на фоне ПХТ с использованием паклитакселя, карбоплатина и топотекана заканчиваются рождением жизнеспособных детей, у большинства из которых (77,20%) оценка по шкале Апгар составляет 6 баллов и выше.

Литература:

1. Аксель Е.М. Статистика злокачественных опухолей женских половых органов // Клинические лекции по онкогинекологии. -М., 2009. – С. 12-19, 24.
2. Саевец В.В. Эффективность многокомпонентного лечения больных местно-распространенным раком шейки матки в зависимости от варианта гистологического типа строения опухоли. Челябинск - 2016.
3. Тилляшайхов М.Н., Ибрагимова Ш.Н., Джанклич С.М. / Состояние онкологической помощи населению Республики Узбекистан в 2019 году.Издательство «Фан», 2020г.
4. Alliance for Cervical Cancer Prevention. Preventing cervical cancer worldwide. 2005:229.
5. da Silva ERP, de Souza AS, de Souza TGB, Tsuha DH, Barbieri AR (2017) Screening for cervical cancer in imprisoned women in Brazil. PLoS ONE 12(12):e0187873. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187873>.
6. Kyu-Won Jung, Young-Joo Won, Chang-Mo Oh, Hyun-Joo Kong, Hyunsoon Cho, Jong-Keun Lee, DukHyung Lee, Kang Hyun Lee. Prediction of Cancer Incidence and Mortality in Korea, 2016. Cancer Res Treat. 2016;48(2):451-457.
7. Yumi Lee, MyongCheol Lim, Se Ik Kim, JungnamJoo, Dong Ock Lee, SangYoon Park. Comparison of Quality of Life and Sexuality between Cervical Cancer Survivors and Healthy Women. Cancer Res Treat. 2016;48(4):1321-1329.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Тугизова Д.И., Каримова М.Н.

Резюме. Актуальность в статье рассматривает взгляд на важную тему, объединяющую две важные сферы женского здоровья-рак шейки матки и беременность. Научно-социальная значимость изучения особенностей развития данной патологии связана с неуклонным повышением роста заболеваемости рака шейки матки и низким процентом полного излечения больных с этим заболеванием. В настоящее время проблема всесторонне изучается, но остаётся нерешённой вопрос о ранней диагностике данной патологии и установлении возможных причин болезни.

Ключевые слова: рак шейки матки, беременность, кольпоскопия, гистоцитология, неоадьювантная полихимиотерапия.