

СОСТОЯНИЕ КУЛЬТЫ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Э.Х. Хушвахтова, Н.Т. Хакимова

Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии, Душанбе, Таджикистан

Аннотация

Субтотальная гистерэктомия (СГЭ) остается одной из наиболее востребованных гинекологических операций. Тем не менее, ее долгосрочное влияние на состояние оставшейся культы шейки матки (ШМ) является недостаточно изученным вопросом. В связи с этим, критически важным представляется анализ анатомических и функциональных изменений, а также частоты возникновения фоновых, предраковых и злокачественных процессов в культе ШМ у пациенток, перенесших данное вмешательство.

Патологические изменения ШМ занимают весомое место среди гинекологических заболеваний. Если диагностика изменений в культе после СГЭ запаздывает, это может спровоцировать развитие хронических воспалительных процессов, дисплазии и, в конечном итоге, карциномы. Отдельного внимания заслуживает ситуация, когда при экстренных операциях невозможно провести полноценное обследование ШМ, что приводит к сохранению патологически измененного участка.

Имеющиеся литературные источники указывают на повышенную вероятность развития онкологических процессов в культе ШМ, особенно у женщин в старших возрастных группах⁸⁸. Также широко распространены доброкачественные состояния, которые могут потребовать повторного хирургического лечения. Дополнительная трудность заключается в нерегулярном наблюдении за пациентками после операции, что снижает шансы на раннее обнаружение патологий. Рубцовые деформации шейки, нарушения тканевого питания (трофики) и микроциркуляции имеют особое клиническое значение, поскольку создают идеальные условия для длительного присутствия инфекций и дальнейшего развития фоновых процессов.

Данное исследование ставит целью изучить состояние культы ШМ после СГЭ, определить частоту и характер развивающихся патологий, а также оценить, как выбор оперативного доступа и объема вмешательства влияет на качество жизни пациенток. Полученные результаты позволят оптимизировать подходы к определению объема хирургического вмешательства и разработать эффективные стратегии диспансерного наблюдения женщин в отдаленном послеоперационном периоде.

Ключевые слова: Субтотальной гистерэктомии, культы шейки матки, аденомиоз, гинекология.

Для цитирования: Хушвахтова Э.Х., Хакимова Н.Т. Состояние культы шейки матки у женщин после субтотальной гистерэктомии // Пластическая хирургия и восстановительная медицина. 2025. Т.1, №3. С.92-112. <https://doi.org/10.65197/3106-4035-2025-1-3-92-112>

CERVICAL STUMP CONDITION IN WOMEN AFTER SUBTOTAL HYSTERECTOMY

E.Kh. Khushvakhtova, N.T. Khakimova

Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Dushanbe, Tajikistan

Abstract

Subtotal hysterectomy (SGE) remains one of the most commonly performed gynecological surgeries. However, its long-term impact on the remaining cervical stump (CC) remains understudied. Therefore, analyzing the anatomical and functional changes, as well as the incidence of underlying, precancerous, and malignant processes in the cervical stump in patients who have undergone this procedure, is critically important.

Pathological changes in the cervix are a significant cause of gynecological disease. Delayed diagnosis of cervical stump changes after SGE can lead to the development of chronic inflammation, dysplasia, and, ultimately, carcinoma. Particular attention should be paid to the situation where a full examination of the cervix is impossible during emergency surgeries, leading to the persistence of a pathologically altered area.

Existing literature indicates an increased risk of developing oncological processes in the cervical stump, especially in older women. Benign conditions that may require repeat surgery are also common. An additional challenge is the inconsistent postoperative follow-up of patients, which reduces the chances of early detection of pathologies. Cervical cicatricial deformities, impaired tissue nutrition (trophism), and microcirculation are particularly clinically significant, as they create ideal conditions for prolonged infection and the further development of underlying processes.

This study aims to evaluate the condition of the cervical stump after SGE, determine the frequency and nature of developing pathologies, and assess how the choice of surgical approach and the extent of intervention impact patients' quality of life. The results obtained will allow for the optimization of approaches to determining the extent of surgical intervention and the development of effective strategies for the follow-up of women in the late postoperative period.

Keywords: Subtotal hysterectomy, cervical stump, adenomyosis, gynecology.

For citation: Khushvakhtova E.Kh., Khakimova N.T. The state of the cervical stump in women after subtotal hysterectomy // Plastic surgery and reconstructive medicine. 2025. Vol. 1, No. 3. P. 92-112. <https://doi.org/10.65197/3106-4035-2025-1-3-92-112>

ҲОЛАТИ ГАРДАНАКИ БАЧАДОН ДАР ЗАНОН ПАС АЗ ГИСТЕРЭКТОМИЯИ СУБТОТАЛӢ

Э.Х. Хушвахтова, Н.Т. Ҳакимова

*Институти тадқиқоти акушерӣ, гинекология ва перинатологияи Тоҷикистон,
Душанбе, Тоҷикистон*

Хулоса

Гистерэктомияи субтоталӣ (ШС) яке аз ҷарроҳии маъмултарини гинекологӣ боқӣ мемонад. Аммо, таъсири дарозмуддати он ба боқимондаи кундаи бачадон (ШБ) то ҳол кам омӯхта шудааст. Аз ин рӯ, таҳлили тағйироти анатомӣ ва функционалӣ, инчунин пайдоиши равандҳои заминавӣ, пеш аз саратон ва бадсифат дар кундаи бачадон дар бемороне, ки ин амалиётро аз сар гузаронидаанд, хеле муҳим аст.

Тағйироти патологияи бачадон сабаби муҳими бемории гинекологӣ мебошанд. Ташхиси дермондаи тағйироти кундаи бачадон пас аз ШС метавонад боиси пайдоиши илтиҳоби музмин, дисплазия ва дар ниҳоят карцинома гардад. Ба вазъияте диққати махсус бояд дод, ки муоинаи пурраи гарданаки бачадон ҳангоми ҷарроҳии таъҷилӣ ғайриимкон аст, ки боиси боқӣ мондани минтақаи патологияи тағйирёфта мегардад.

Адабиёти мавҷуда хатари афзоиши пайдоиши равандҳои онкологиро дар кундаи гарданаки бачадон, махсусан дар занони калонсол, нишон медиҳад. 888 Шароити беҳавф, ки метавонад табобати такрории ҷарроҳиро талаб кунад, низ маъмул аст. Мушкилии иловагӣ пайгирии номунтазами беморон пас аз ҷарроҳӣ аст, ки имкони ошкор кардани барвақти патологияҳоро коҳиш медиҳад. Деформатсияҳои ҷарҳзании гарданаки бачадон, ғизогирии вайроншудаи бофтаҳо (трофизм) ва микрогардиш аҳамияти махсуси клиникӣ доранд, зеро онҳо шароити беҳтаринро барои ҳузури тӯлонии сироятҳо ва рушди минбаъдаи равандҳои аслӣ фароҳам меоранд.

Ин таҳқиқот барои арзёбии ҳолати кундаи гарданаки бачадон пас аз SGE, муайян кардани басомад ва хусусияти патологияҳои инкишофёбанда ва арзёбии он, ки интиҳоби равиши ҷарроҳӣ ва дараҷаи даҳлат ба сифати зиндагии беморон чӣ гуна таъсир мерасонад, равона шудааст. Натиҷаҳои бадастомада имкон медиҳанд, ки равишҳо барои муайян кардани дараҷаи даҳлати ҷарроҳӣ ва таҳияи стратегияҳои муассир барои пайгирии занон дар давраи охири баъдиҷарроҳӣ беҳбуд бахшанд.

Калимаҳои калидӣ: Гистерэктомияи субтоталӣ, кундаи гарданаки бачадон, аденомиоз, гинекология.

Барои иқтибос: Хушвахтова Э.Х., Ҳакимова Н.Т. Ҳолати кундаи гарданаки бачадон дар занон пас аз гистерэктомияи субтоталӣ // Ҷарроҳии пластикӣ ва тиббӣ барқарорсозӣ. 2025. ҷилди 1, № 3. С.92-112. <https://doi.org/10.65197/3106-4035-2025-1-3-92-112>

Актуальность. Патологии шейки матки (ШМ) сохраняют свою значимость как в ежедневной работе врача-гинеколога, так и в контексте общественного здравоохранения в целом. Их частота остается очень высокой и не проявляет тенденции к снижению: заболевания ШМ составляют существенную долю в структуре патологий репродуктивной системы, выявляясь у 15–20% женщин репродуктивного возраста и у 5–9% женщин в менопаузе [1, 2]. Даже доброкачественные фоновые изменения, по различным оценкам, составляют 35–80% от всех обращений за гинекологической помощью [3, 4].

Своевременное выявление и адекватное лечение фоновых, а также предраковых заболеваний ШМ, является ключевым условием для предотвращения рака шейки матки (РШМ). РШМ занимает третье место по распространенности среди злокачественных новообразований половых органов и шестое в общей структуре онкологической заболеваемости. Согласно статистике ВОЗ, ежегодно в мире диагностируется около 500 тысяч новых случаев РШМ [5]. Таким образом, раннее обнаружение и лечение патологических состояний ШМ имеет исключительное значение для сохранения репродуктивного здоровья пациенток.

В свете вышеизложенного, особую важность приобретает профилактика и диагностика фоновых, предраковых и раковых процессов в культе ШМ у женщин, которым была выполнена субтотальная гистерэктомия (СГЭ) [6, 7]. При этом в доступной литературе отсутствует достаточно четкая информация о состоянии культи ШМ и ее воздействии на качество жизни женщины. Этот факт подтверждает необходимость исследования анатомо-функциональных характеристик ШМ после СГЭ и возможных патологий с целью обоснования выбора оптимального

Relevance. Cervical pathologies (CP) remain significant both in the daily practice of gynecologists and in the context of public health in general. Their incidence remains very high and shows no sign of abating: CP diseases constitute a significant proportion of reproductive system pathologies, occurring in 15–20% of women of reproductive age and 5–9% of menopausal women [1, 2]. Even benign underlying changes, according to various estimates, account for 35–80% of all visits to gynecological care [3, 4].

Timely detection and adequate treatment of underlying and precancerous CP diseases is key to preventing cervical cancer (CC). CP is the third most common malignant neoplasm of the genital organs and the sixth most common cancer. According to WHO statistics, approximately 500,000 new cases of CP are diagnosed worldwide annually [5]. Thus, early detection and treatment of cervical pathologies is crucial for maintaining the reproductive health of patients.

In light of the above, the prevention and diagnosis of underlying, precancerous, and cancerous processes in the cervical stump in women who have undergone subtotal hysterectomy (SHE) is particularly important [6, 7]. However, the available literature lacks sufficiently clear information on the condition of the cervical stump and its impact on a woman's quality of life. This fact confirms the need to study the anatomical and functional characteristics of the cervix after SHE and possible pathologies to substantiate the choice of the optimal surgical procedure in different age groups.

Hysterectomy (uterine removal) is one

объема операции в различных возрастных группах.

Гистерэктомия (удаление матки) является одной из наиболее часто проводимых гинекологических операций в мире, и ее количество неуклонно увеличивается из года в год. По данным Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, частота выполнения гистерэктомии в России составляет 38%, в США – 36%, в Великобритании – 25%, а в Швеции – 38% [8]. Мировая статистика последних лет фиксирует существенный рост частоты гинекологических заболеваний, требующих хирургического лечения, у женщин раннего и позднего репродуктивного возраста [9, 10]. Ежегодно в США проводится 650 тыс. гистерэктомий; соответственно, примерно 20 млн американок уже перенесли эту операцию. Основываясь на американской статистике, можно утверждать, что каждая третья женщина старше 60 лет не имеет матки [11, 12]. Доля гистерэктомий в общем числе гинекологических операций в России достигает 25–38%, а в акушерских операциях – 5,53–11,1%. Средний возраст пациенток, перенесших гистерэктомию по поводу миомы матки, составляет 40,5 года, а при патологических акушерских состояниях – 36 лет [3]. В России 90% гистерэктомий у женщин репродуктивного возраста проводятся по причине доброкачественных заболеваний. Наиболее частыми показаниями к операции являются миома матки и эндометриоз, которые составляют около трети всех случаев [3, 8]. Аномальные маточные кровотечения являются следующим по распространенности показанием, составляя приблизительно 16% операций. Гистерэктомии, выполняемые по онкогинекологическим показаниям, составляют менее 8% [3]. На протяжении последних 25 лет гистерэктомия остается предметом многочисленных дискус-

of the most frequently performed gynecological surgeries worldwide, and its incidence is steadily increasing year after year. According to the Scientific Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Russian Academy of Medical Sciences, the frequency of hysterectomy in Russia is 38%, in the USA – 36%, in the UK – 25%, and in Sweden – 38% [8]. Global statistics of recent years record a significant increase in the frequency of gynecological diseases requiring surgical treatment in women of early and late reproductive age [9, 10]. Every year 650 thousand hysterectomies are performed in the USA; accordingly, approximately 20 million American women have already undergone this operation. Based on American statistics, it can be stated that every third woman over 60 years of age does not have a uterus [11, 12]. The share of hysterectomies in the total number of gynecological surgeries in Russia reaches 25–38%, and in obstetric surgeries – 5.53–11.1%. The average age of patients undergoing hysterectomy for uterine fibroids is 40.5 years, and in cases of pathological obstetric conditions, 36 years [3]. In Russia, 90% of hysterectomies in women of reproductive age are performed due to benign conditions. The most common indications for surgery are uterine fibroids and endometriosis, which account for approximately one-third of all cases [3, 8]. Abnormal uterine bleeding is the next most common indication, accounting for approximately 16% of surgeries. Hysterectomies performed for gynecologic oncology indications account for less than 8% [3]. Over the past 25 years, hysterectomy has remained the subject of

сий.

Виды гистерэктомии

В зависимости от объема удаляемых тканей различают следующие типы гистерэктомии:

- Субтотальная гистерэктомия, или ампутация матки: Удаление тела матки при сохранении шейки матки.
- Тотальная гистерэктомия, или экстирпация матки: Удаление матки вместе с шейкой.
- Гистеросальпингоовариэктомия: Удаление матки с придатками (маточными трубами и яичниками).
- Радикальная гистерэктомия: Удаление матки, шейки, придатков, верхней трети влагалища, окружающей тазовой клетчатки и лимфатических узлов.

По операционному доступу выделяют следующие виды гистерэктомии:

- Открытая гистерэктомия: Выполненная путем лапаротомии.
- Лапароскопическая гистерэктомия.
- Роботизированная гистерэктомия: Осуществленная лапароскопически с применением операционного робота.
- Влагалищная гистерэктомия: Проведенная через влагалище.
- Влагалищная гистерэктомия с лапароскопической ассистенцией.

К числу обоснованных медицинских показаний, при которых необходимо удаление матки и яичников, относятся:

- Гормонозависимые новообразования, фибромы и фибромиомы, вызывающие обильное кровотечение.
- Раковые опухоли.
- Опущение матки.
- Выпадение матки.
- Рак яичников.
- Эктопия эндометрия в брюшной полости.
- Острая стадия эндометриоза.

В таких ситуациях сохранение репродуктивных органов представляет серьезную угрозу для здоровья, а иногда и для жизни пациентки.

much debate.

Types of Hysterectomy

Depending on the amount of tissue removed, the following types of hysterectomy are distinguished:

- Subtotal hysterectomy, or hysterectomy: Removal of the body of the uterus while preserving the cervix.
- Total hysterectomy, or hysterectomy: Removal of the uterus and cervix.
- Hysterosalpingo-oophorectomy: Removal of the uterus and appendages (fallopian tubes and ovaries).
- Radical hysterectomy: Removal of the uterus, cervix, appendages, upper third of the vagina, surrounding pelvic tissue, and lymph nodes.

Based on the surgical approach, the following types of hysterectomy are distinguished:

- Open hysterectomy: Performed through laparotomy.
- Laparoscopic hysterectomy.
- Robotic hysterectomy: Performed laparoscopically using a surgical robot.
- Vaginal hysterectomy: Performed through the vagina.
- Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy.

Valid medical indications for removal of the uterus and ovaries include:

- Hormone-dependent tumors, fibroids, and fibroids causing heavy bleeding.
- Cancerous tumors.
- Uterine prolapse.
- Uterine prolapse.
- Ovarian cancer.
- Endometrial ectopia in the abdominal cavity.
- Acute endometriosis.

Проблемы субтотальной гистерэктомии. Субтотальная гистерэктомия является одной из распространенных операций как в плановой, так и в экстренной гинекологии. Диагностические ошибки и сложности в выборе оптимального объема удаления матки могут привести к тому, что патологически измененная шейка матки остается не удаленной во время вмешательства. В условиях экстренной операции часто отсутствует возможность провести полноценное обследование шейки матки, в результате чего остается патологически измененная культя.

В последующем, пациентки после удаления матки зачастую не проходят систематическое наблюдение у гинеколога, что негативно сказывается на своевременной диагностике и лечении развившихся патологий культи ШМ, включая онкологические процессы.

Анализ имеющихся данных показал, что вторичное заживление швов на ШМ происходит более чем в 30% случаев. Акушерские травмы ШМ, полученные во время первых родов и зажившие вторичным натяжением, в дальнейшем провоцируют рубцовую деформацию и формирование эктропиона. Это, в свою очередь, ведет к возникновению фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. В последние годы отмечается увеличение частоты фоновых и предраковых патологий ШМ в молодом возрасте [1,10,13].

Ряд исследователей указывает, что при наличии рубцовой деформации и эрозированного эктропиона значительно чаще наблюдаются лейкоплакия и дисплазия, которые представляют собой различные стадии злокачественного перерождения эпителия (малигнизации) [5,14]. Посттравматические изменения ШМ являются сравнительно распространенным типом гинекологической пато-

In such situations, preserving the reproductive organs poses a serious threat to the patient's health, and sometimes even to her life.

Problems with subtotal hysterectomy. Subtotal hysterectomy is a common procedure in both elective and emergency gynecology. Diagnostic errors and difficulties in choosing the optimal extent of hysterectomy can lead to the pathologically altered cervix remaining during surgery. In emergency surgery, a full examination of the cervix is often impossible, resulting in a pathologically altered stump.

Subsequently, patients after hysterectomy often do not receive regular gynecological follow-up, which negatively impacts the timely diagnosis and treatment of any developed cervical stump pathologies, including cancer.

Analysis of available data has shown that secondary healing of cervical sutures occurs in more than 30% of cases. Obstetric injuries to the cervix, sustained during a first birth and healed by secondary intention, subsequently provoke cicatricial deformation and the formation of ectropion. This, in turn, leads to the development of underlying and precancerous cervical diseases. In recent years, an increase in the incidence of underlying and precancerous cervical pathologies has been observed in young women [1,10,13].

A number of researchers indicate that in the presence of cicatricial deformity and eroded ectropion, leukoplakia and dysplasia, which represent various stages of malignant epithelial degeneration (malignancy), are observed significantly more frequently [5,14]. Post-traumatic changes

логии. Установлено, что травматические повреждения, возникающие после родов или абортов, нарушают трофику, микроциркуляцию и обменные процессы в тканях ШМ, что способствует развитию патологического процесса в этом органе. Травматическая деформация и гипертрофия ШМ создают условия для продолжительного сохранения (персистенции) условно-патогенной и патогенной микрофлоры, поддерживая хронический рецидивирующий воспалительный процесс в данной области.

Рубцовые изменения ШМ негативно влияют на менструальную и репродуктивную функции женщины. Травматическое повреждение, приводящее к деформации ШМ, часто выступает этиологическим фактором анатомической формы истмико-цервикальной недостаточности, которая диагностируется у 15,5–42,1% женщин с невынашиванием беременности. В зоне рубцовой деформации наиболее часто локализуются фоновые и предраковые заболевания, вплоть до развития рака. Основным и наиболее перспективным направлением в борьбе с этим заболеванием является профилактика, которая включает своевременное обнаружение и адекватное лечение фоновых, предраковых процессов и начальных форм РШМ.

Эффективное и своевременное выявление патологий ШМ требует специфических диагностических навыков, поскольку характер течения этих процессов имеет особенности в разных возрастных периодах [15]. Влагалищная часть ШМ покрыта многослойным плоским эпителием (20 слоев клеток), тогда как цервикальный канал (эндоцервикс) выстлан цилиндрическим эпителием. В норме зона стыка этих двух видов эпителия расположена в области наружного зева. Например, псевдоэрозия (смещение границ цилиндрического эпителия на влагалищную часть), которая у жен-

in the cervix are a relatively common type of gynecological pathology. It has been established that traumatic injuries occurring after childbirth or abortion disrupt trophism, microcirculation, and metabolic processes in cervical tissues, which contributes to the development of pathological processes in this organ. Traumatic deformity and hypertrophy of the cervix create conditions for the prolonged persistence of opportunistic and pathogenic microflora, supporting a chronic recurrent inflammatory process in this area.

Cicatricial changes in the cervix negatively impact a woman's menstrual and reproductive functions. Traumatic injury resulting in cervical deformity is often the etiologic factor for the anatomical form of cervical insufficiency, which is diagnosed in 15.5–42.1% of women with miscarriage. Underlying and precancerous conditions, including the development of cancer, are most often localized in the area of cicatricial deformity. The primary and most promising approach to combating this disease is prevention, which includes the timely detection and adequate treatment of underlying, precancerous processes and early forms of cervical cancer.

Effective and timely detection of cervical pathologies requires specific diagnostic skills, as the nature of these processes varies at different age periods [15]. The vaginal portion of the cervix is covered by stratified squamous epithelium (20 cell layers), while the cervical canal (endocervix) is lined by columnar epithelium. Normally, the junction of these two types of epithelium is located in the external os. For example, pseudo-erosion (the dis-

щин старшего возраста может быть местом развития предраковых процессов и РШМ, у пациенток в возрасте до 20–25 лет (наблюдается примерно у 25%) обусловлена не до конца сформировавшимся гормональным статусом и, как правило, не приводит к малигнизации и не требует лечения. Напротив, у женщин в возрасте 45–50 лет стык многослойного плоского и цилиндрического эпителия смещается внутрь цервикального канала и не визуализируется, что предъявляет повышенные требования к диагностике дисплазии и РШМ в перименопаузе.

Учитывая, что патологии ШМ часто протекают без специфических клинических признаков (таких как водянистые бели, диспареуния, контактные кровянистые выделения, мено- и метроррагии), повышение эффективности скрининговых осмотров достигается, прежде всего, за счет соответствующей квалификации врача и качественного забора материала для цитологического исследования [4, 16, 17].

Фоновые патологические процессы ШМ

К фоновым заболеваниям ШМ относят эктопию (псевдоэрозию) ШМ, истинную эрозию, эктропион, простую лейкоплакию, полип ШМ, а также остроконечные и плоские кондиломы.

Псевдоэрозия (эктопия цилиндрического эпителия) представляет собой участок ШМ вокруг наружного зева, покрытый цилиндрическим эпителием. Она формируется в результате смещения границы между многослойным плоским эпителием влагалищной части ШМ и цилиндрическим эпителием слизистой оболочки канала ШМ. Цитологическое исследование выявляет в соскобе пролиферирующий цилиндрический и кубический эпителий, а кольпоскопия обнаруживает ярко-красные скопления мелких сосочков.

Стремление необоснованно сохранить

placement of the boundaries of the columnar epithelium onto the vaginal portion), which in older women can be a site for the development of precancerous processes and cervical cancer, in patients under 20–25 years of age (observed in approximately 25%) is caused by an incompletely formed hormonal status and, as a rule, does not lead to malignancy and does not require treatment. In contrast, in women aged 45–50 years, the junction of the stratified squamous and columnar epithelium shifts inward into the cervical canal and is not visualized, placing increased demands on the diagnosis of dysplasia and cervical cancer in premenopause.

Given that cervical pathologies often occur without specific clinical signs (such as watery leucorrhoea, dyspareunia, contact spotting, menorrhagia, and metrorrhagia), the effectiveness of screening examinations is achieved primarily through appropriate physician qualifications and high-quality cytological sampling [4, 16, 17].

Underlying cervical pathologies

Underlying cervical diseases include cervical ectopia (pseudo-erosion), true erosion, ectropion, simple leukoplakia, cervical polyps, as well as genital and flat condylomas.

Pseudoerosion (ectopia of columnar epithelium) is a region of the cervix around the external os covered by columnar epithelium. It is formed as a result of a shift in the boundary between the stratified squamous epithelium of the vaginal portion of the cervix and the columnar epithelium of the mucous membrane of the cervical canal. Cytological examination reveals pro-

шейку матки при гистерэктомии нередко приводит к тому, что патологически измененная шейка не удаляется во время операции. В дальнейшем это сопряжено с риском развития предраковых и раковых заболеваний в культе шейки матки [2].

По данным J. Hannoun-Levi и соавт. [18], количество пациенток с карциномой культи шейки матки составляло 1,2–6,6% от общего числа случаев рака шейки матки. Важно отметить, что вероятность возникновения рака в культе ШМ в 5–10 раз выше, чем в культе влагалища, особенно у женщин старше 50 лет. Согласно исследованиям отечественных авторов, риск развития РШМ после надвлагалищной ампутации матки колеблется в пределах 0,5–1,5%.

Однако онкологические риски не являются единственной и основной проблемой сохраненной ШМ после первичной операции. Возможно, поэтому национальные подходы к выбору объема вмешательства сильно различаются и зависят от конкретной хирургической школы.

Традиционно к преимуществам надвлагалищной ампутации матки относят сохранение поддерживающего связочного аппарата, а также меньшую частоту и выраженность нарушений уродинамики и сексуальной функции [18,19]. В англоязычных странах в последние годы наблюдается тенденция к почти исключительному применению тотальной гистерэктомии (ТГЭ). Например, по данным Н. Hasson [20], если до 1940 года в США 95% выполненных гистерэктомий были субтотальными, то к 1975 году доля СГЭ составила всего 5%. Основной причиной отказа от СГЭ в те годы стала высокая частота возникновения рака в культе ШМ. В Великобритании в 1992 году из 2000 гистерэктомий только 0,7% были субтотальными. При этом боль-

шерогающий columnar and cuboidal epithelium in the scraping, and colposcopy reveals bright red clusters of small papillae.

The unjustified desire to preserve the cervix during hysterectomy often leads to the pathologically altered cervix not being removed during surgery. This is associated with the risk of developing precancerous and cancerous lesions in the cervical stump [2].

According to J. Hannoun-Levi et al. [18], the incidence of cervical stump carcinoma in women was 1.2–6.6% of all cervical cancer cases. It is important to note that the risk of developing cancer in the cervical stump is 5–10 times higher than in the vaginal stump, especially in women over 50 years of age. According to studies by Russian authors, the risk of developing cervical cancer after supravaginal uterine amputation ranges from 0.5–1.5%.

However, oncological risks are not the only or primary concern with a preserved cervix after primary surgery. This may be why national approaches to choosing the extent of intervention vary greatly and depend on the specific surgical school.

Traditionally, the advantages of supravaginal uterine amputation include preservation of the supporting ligaments, as well as a lower incidence and severity of urodynamic and sexual dysfunction [18,19]. In English-speaking countries, in recent years, there has been a trend toward the almost exclusive use of total hysterectomy (TGE). For example, according to H. Hasson [20], if before 1940 in the USA 95% of hysterectomies performed were subtotal, then by 1975 the share of SGE was only 5%. The main reason for the refusal of

шинство операций проводилось по поводу доброкачественной патологии матки без изменений со стороны шейки. Анализ тысяч СГЭ, проведенный в 60-х годах, показал, что частота возникновения карцином в культе ШМ составляет от 0,3 до 1,9%. У женщин, у которых был диагностирован рак культы ШМ, показанием к первичной надвлагалищной ампутации матки в большинстве случаев являлась миома.

Ключевым аспектом в предотвращении рака в культе ШМ является дооперационная диагностика состояния шейки матки [20,21]. Еще в 1993 году W. van Wijngaarden и соавторы продемонстрировали: если цитологические мазки пациентки перед СГЭ были в норме, вероятность последующего развития РШМ составляла менее 0,3%. D. Vale и соавт. на обширном материале показали, что частота атипических изменений в цитологических мазках после ТГЭ составляет 0,13%.

В Скандинавских странах в 80-е годы некоторые исследователи высказывали мнение, что риск развития злокачественных изменений в культе ШМ можно снизить путем профилактической коагуляции шеечного канала¹⁰⁵. Частота карциномы после такой процедуры в исследованиях P. Kikku [22] составила 0,11%, тогда как без профилактической коагуляции этот показатель был равен 0,4–1,9%. Методика гистерэктомии, разработанная Куртом Земмом, по мнению ряда авторов [22, 23], позволяет уменьшить вероятность развития патологических процессов в культе ШМ благодаря циркулярной резекции эндоцервикса. Примечательно, что даже после этой операции дисплазия была выявлена у 11,5% пациенток. Во всех этих случаях до операции шейка матки была признана здоровой, и у всех женщин были нормальные мазки-отпечатки. Из этого следует, что интраоперационное разру-

SGE in those years was the high incidence of cancer in the cervical stump. In the UK in 1992, out of 2000 hysterectomies, only 0.7% were subtotal. Moreover, the majority of operations were performed for benign uterine pathology without changes in the cervix. An analysis of thousands of SGEs conducted in the 1960s showed that the incidence of carcinomas in the cervical stump ranged from 0.3 to 1.9%. In women diagnosed with cervical stump cancer, the indication for primary supravaginal amputation of the uterus in most cases was myoma.

A key aspect in preventing cervical stump cancer is preoperative diagnosis of the cervical condition [20,21]. As early as 1993, W. van Wijngaarden et al. demonstrated that if a patient's cytological smears before TSE were normal, the probability of subsequent development of cervical cancer was less than 0.3%. D. Vale et al., using extensive material, showed that the frequency of atypical changes in cytological smears after TSE was 0.13%.

In Scandinavian countries in the 1980s, some researchers expressed the opinion that the risk of developing malignant changes in the cervical stump could be reduced by prophylactic coagulation of the cervical canal¹⁰⁵. The frequency of carcinoma after such a procedure in the studies of P. Kikku [22] was 0.11%, while without prophylactic coagulation this figure was 0.4–1.9%. The hysterectomy technique developed by Kurt Semm, according to several authors [22, 23], reduces the likelihood of developing pathological processes in the cervical stump due to circular

шение слизистой цервикального канала путем электрокоагуляции или с использованием специальных инструментов не гарантирует полной деструкции эпителия и не исключает возможности развития рака после вмешательства.

Кроме того, в литературе описано значительное число случаев развития в культе ШМ разнообразной доброкачественной патологии, которая впоследствии требовала хирургического лечения. Н. Hasson, [20] анализируя 216 случаев экстирпации культи ШМ, установил, что показанием к повторной операции явились: хронический цервицит (74%), гиперпластические процессы (9%), лейкоплакия (9%), полип цервикального канала (3%), лейомиома (2%), дисплазия (2%) и эндометриоз (1%). По данным van Evert и соавт., в отдаленном периоде после лапароскопической надвлагалищной ампутации матки патология шейки была диагностирована у 12 (6,3%) пациенток, из них экстирпация культи шейки матки потребовалась у 4 (2,1%) пациенток.

Нередко возникают существенные сложности при решении вопроса об объеме гистерэктомии у пациенток с внутренним эндометриозом, поскольку нельзя полностью исключить наличие эндометриоидных гетеротопий в ШМ. В.И. Кулаков и соавт. [1, 8], основываясь на своем опыте хирургического лечения культи ШМ, считают, что при аденомиозе более целесообразным является выполнение экстирпации матки. По информации тех же авторов, все пациентки с эндометриозом культи ранее были прооперированы по поводу предполагаемой миомы матки. М. Nisolle придерживается мнения, что для проведения СГЭ требуется тщательный отбор пациенток с доброкачественной патологией матки, который должен исключать любую цервикальную патологию и глубокий эндометриоз.

Одной из причин отказа от проведения

resection of the endocervix. It is noteworthy that even after this procedure, dysplasia was detected in 11.5% of patients. In all these cases, the cervix was considered healthy before surgery, and all women had normal smears. This suggests that intraoperative destruction of the cervical mucosa by electrocoagulation or using special instruments does not guarantee complete destruction of the epithelium and does not exclude the possibility of cancer development after the procedure.

Furthermore, the literature describes a significant number of cases of various benign pathologies developing in the cervical stump, which subsequently required surgical treatment. Н. Hasson [20], analyzing 216 cases of cervical stump extirpation, found that indications for reoperation were: chronic cervicitis (74%), hyperplastic processes (9%), leukoplakia (9%), cervical polyp (3%), leiomyoma (2%), dysplasia (2%), and endometriosis (1%). According to van Evert et al., in the late period after laparoscopic supravaginal uterine amputation, cervical pathology was diagnosed in 12 patients (6.3%), of which cervical stump extirpation was required in 4 patients (2.1%).

Significant difficulties often arise when deciding on the extent of hysterectomy in patients with internal endometriosis, since the presence of endometrioid heterotopias in the cervix cannot be completely excluded. V.I. Kulakov et al. [1, 8], based on their experience with surgical treatment of the cervical stump, believe that hysterectomy is more appropriate for adenomyosis. According to the same authors, all patients with endometriosis of the stump had pre-

тотальной лапароскопической гистерэктомии (ТЛГЭ) считается ее большая техническая сложность и, соответственно, более высокий риск интра- и ранних послеоперационных осложнений. J. van Evert и соавт. проанализировали опыт проведения 192 СГЭ и 198 ТЛГЭ за 10 лет (1998–2007 гг.). Авторы зафиксировали ранние послеоперационные осложнения у 3% пациенток, перенесших СГЭ, и у 12% пациенток, перенесших ТЛГЭ. При этом отдаленные негативные исходы лечения (генитальный пролапс, необходимость повторных операций) чаще наблюдались после СГЭ, чем после ТЛГЭ: 15% против 3%. Данные J. Scott и H. Sharp [22, 23] о частоте таких осложнений, как инфекционные воспаления, кровотечения и ранения соседних органов, также не подтверждают явных преимуществ субтотальной лапароскопической гистерэктомии перед тотальной.

Даже если не учитывать потенциальный риск развития фоновых, предраковых и раковых заболеваний культи ШМ, стоит отметить, что, по данным ряда авторов, от 17 до 38% пациенток, перенесших СГЭ, предъявляют различные жалобы, связанные именно с наличием культи. Эти жалобы обусловлены возникновением воспалительных заболеваний ШМ, нарушениями сексуальной и мочевыделительной функций. При этом экстирпация культи ШМ, выполненная после предшествующей СГЭ, сопряжена с наибольшим риском развития осложнений, особенно если первая операция была выполнена лапаротомическим доступом. Эти проблемы связывают с выраженным спаечным процессом и нарушением анатомического расположения органов и тканей в брюшной полости [18, 20].

Традиционным аргументом в пользу выполнения СГЭ является предполагаемое снижение частоты пролапса после этой операции. Необходимо отметить,

previously undergone surgery for suspected uterine fibroids. M. Nisolle is of the opinion that performing SGE requires careful selection of patients with benign uterine pathology, which should exclude any cervical pathology and deep endometriosis.

One of the reasons for not performing total laparoscopic hysterectomy (TLGE) is its greater technical complexity and, consequently, a higher risk of intra- and early postoperative complications. J. van Evert et al. analyzed the experience of performing 192 SGE and 198 TLGE over 10 years (1998–2007). The authors recorded early postoperative complications in 3% of patients who underwent SGE and in 12% of patients who underwent TLGE. Moreover, long-term negative treatment outcomes (genital prolapse, need for repeat surgeries) were observed more often after SGE than after TGE: 15% versus 3%. Data by J. Scott and H. Sharp [22, 23] on the frequency of complications such as infectious inflammation, bleeding, and injury to adjacent organs also do not confirm clear advantages of subtotal laparoscopic hysterectomy over total hysterectomy.

Even without considering the potential risk of developing underlying, precancerous, and cancerous diseases of the cervical stump, it is worth noting that, according to a number of authors, 17 to 38% of patients who have undergone SGE present with various complaints related specifically to the presence of the stump. These complaints are due to the development of inflammatory diseases of the cervix, as well as sexual and urinary dysfunction. Moreover, extirpation of the cervical stump performed after a previous SGE is associated with the

что еще В.И. Кулаков и соавт. [8, 14] указывали, что этот факт не подтвержден результатами исследований и во многом зависит от недиагностированной патологии тазового дна до проведения операции. Точка зрения о снижении частоты пролапса после СГЭ не находит подтверждения и у зарубежных авторов [16]. Так, например, A. Lethaby (2006) не подтвердила улучшения сексуальной функции, а также функции мочевого пузыря и прямой кишки в сравнении с абдоминальной ТГЭ. В недавней работе N. Pouwels и соавт. также не обнаружили данных, подтверждающих улучшение сексуальной функции в результате субтотального объема операции.

Учитывая, что, согласно современным данным, общий уровень осложнений при этих операциях одинаков (17% при СГЭ и 15% при ТГЭ), и только ранние послеоперационные осложнения (кровотечение, лихорадка, инфекция, гематома сводов) чаще встречаются при ТГЭ, чем при СГЭ (3% против 12%), можно уверенно говорить о мифах относительно «выгоды» субтотальной гистерэктомии [4, 6]. Поздние же послеоперационные осложнения (проблемы с культей шейки, необходимость ее экстирпации, диспареуния, боли и т.п.) достоверно чаще сопровождают СГЭ (15% против 3%). Таким образом, традиционно указываемые преимущества субтотального объема операции над тотальным не подтверждаются доказательными исследованиями [11, 12]. При анализе половой функции после операции выяснилось, что единственным предиктором ее ухудшения (как для пациентки, так и для ее партнера) является негативный сексуальный опыт, имевший место до вмешательства. Объем операции (ТГЭ или СГЭ) не оказывал влияния на сексуальную функцию [3, 4, 20].

Следовательно, в настоящее время можно с уверенностью констатировать,

highest risk of complications, especially if the initial operation was performed via a laparotomy. These problems are associated with severe adhesions and disruption of the anatomical arrangement of organs and tissues in the abdominal cavity [18, 20].

A traditional argument in favor of performing SGE is the supposed reduction in the incidence of prolapse after this procedure. It should be noted that V.I. Kulakov et al. [8, 14] indicated that this fact is not confirmed by research results and largely depends on undiagnosed pelvic floor pathology before surgery. The point of view on a decrease in the incidence of prolapse after SGE is not confirmed by foreign authors [16]. For example, A. Lethaby (2006) did not confirm an improvement in sexual function, as well as bladder and rectal function in comparison with abdominal TGE. In a recent study, N. Pouwels et al. also did not find data confirming an improvement in sexual function as a result of a subtotal surgery.

Considering that, according to modern data, the overall complication rate in these operations is the same (17% in SGE and 15% in TGE), and only early postoperative complications (bleeding, fever, infection, fornix hematoma) are more common in TGE than in SGE (3% versus 12%), one can confidently speak about the myths regarding the “benefits” of subtotal hysterectomy [4, 6]. Late postoperative complications (problems with the cervical stump, the need for its extirpation, dyspareunia, pain, etc.) are significantly more common in SGE (15% versus 3%). Thus, the traditionally indicated advantages of subtotal

что преимущество СГЭ перед ТГЭ, заключающееся в низком риске последующего пролапса и улучшении сексуальной функции, является устоявшимся мифом, не подтвержденным принципами доказательной медицины [24]. Несомненным преимуществом субтотальной лапароскопической гистерэктомии остается простота ее выполнения. По всей видимости, единственным обоснованным показанием для СГЭ остается необходимость сохранения культи ШМ при выполнении сакроцервикопексии, поскольку доля эрозий шейки у пациенток с сохраненной шейкой матки меньше [11]. В целом, стоит согласиться с утверждением, что СГЭ может проводиться только тщательно отобранному пациенткам без предраковой патологии шейки матки и эндометрия, а также без глубокого инфильтративного эндометриоза.

Отдаленные последствия гистерэктомии. Как и любое хирургическое вмешательство, гистерэктомия (ГЭ), помимо ожидаемого терапевтического результата, сопровождается возможными осложнениями и негативными последствиями. Условно последствия ГЭ классифицируют на социальные, психоэмоциональные, анатомические и клинко-метаболические.

- Социальные последствия ГЭ связаны с нарушением психоэмоционального состояния пациенток после операции. Они проявляются в ухудшении межличностных контактов, социальных связей и изменении взаимоотношений с близкими.

- Психоэмоциональные последствия ГЭ обусловлены переживаниями женщины по поводу удаления органа, который она считает символом женственности и сексуальности. Они также связаны с влиянием изменившегося гормонального фона, в основном остро возникшего дефицита эстрогенов (иногда и андрогенов), на центральную нервную

surgery over total surgery are not supported by evidence-based studies [11, 12]. An analysis of postoperative sexual function revealed that the only predictor of deterioration (for both the patient and her partner) was a negative sexual experience prior to the procedure. The extent of the surgery (TGE or SGE) had no effect on sexual function [3, 4, 20].

Therefore, it can now be confidently stated that the advantage of SGE over TGE, consisting of a low risk of subsequent prolapse and improved sexual function, is a persistent myth, not supported by the principles of evidence-based medicine [24]. The undoubted advantage of subtotal laparoscopic hysterectomy remains its ease of performance. Apparently, the only justified indication for SGE remains the need to preserve the cervical stump during sacrocervicopexy, since the incidence of cervical erosions in patients with a preserved cervix is lower [11]. In general, it is worth agreeing with the statement that SGE can only be performed on carefully selected patients without precancerous pathology of the cervix and endometrium, as well as without deep infiltrating endometriosis.

Long-term consequences of hysterectomy. Like any surgical procedure, hysterectomy (HH), in addition to the expected therapeutic outcome, is accompanied by possible complications and negative consequences. The consequences of HH are conventionally classified as social, psychoemotional, anatomical, and clinical-metabolic.

- The social consequences of HH are associated with disruption of the patient's psychoemotional state after surgery. These are manifested in the deterioration of interpersonal contacts, social ties, and changes in relationships with loved ones.

- The psychoemotional consequences

систему, что может привести к развитию депрессии и нарушению сексуальной функции.

- Анатомические последствия ГЭ связаны с удалением органа, занимающего центральное положение в малом тазу.

- Клинико-метаболические последствия ГЭ обусловлены изменениями гормонального профиля вследствие острого дефицита эстрогенов. Они ведут к повышению частоты таких серьезных заболеваний, как сердечно-сосудистые патологии и остеопороз.

Вопрос оценки функции яичников после удаления матки волнует как отечественных, так и зарубежных специалистов. В литературе предпринимаются попытки исследовать этот аспект, однако результаты таких исследований часто фрагментированы, неоднозначны, а иногда и противоречивы.

Перечень отдаленных последствий гистерэктомии:

- Хирургический климакс. Он сопровождается теми же симптомами, что и естественный климакс, но протекает более тяжело. Разница заключается и в причинах: хирургический климакс связан именно с операцией, а не с возрастом женщины. Климактерический синдром развивается после гистерэктомии с одновременным удалением яичников. Поэтому врачи стараются сохранить хотя бы часть матки и один яичник, когда это возможно. В таком случае гормональный фон женщины страдает меньше, чем при полном удалении органов.

- Болезненные ощущения. Крайне важно определить их точную причину. Обычно боль может быть вызвана несостоятельностью швов или формированием спаечного процесса. Любые дискомфортные и болевые ощущения, которые сохраняются длительное время, должны стать основанием для обращения к врачу.

- Опушение, или пролапс влагалища.

es of HH are due to the woman's experiences regarding the removal of an organ she considers a symbol of femininity and sexuality. They are also associated with the impact of altered hormonal levels, primarily acute estrogen deficiency (and sometimes androgen deficiency), on the central nervous system, which can lead to depression and sexual dysfunction.

- The anatomical consequences of HH are associated with the removal of an organ occupying a central position in the pelvis.
- The clinical and metabolic consequences of hysterectomy are caused by changes in the hormonal profile due to severe estrogen deficiency. These changes lead to an increased incidence of serious diseases such as cardiovascular pathologies and osteoporosis.

The issue of assessing ovarian function after hysterectomy is of concern to both Russian and international specialists. Attempts have been made in the literature to study this aspect, but the results of such studies are often fragmented, ambiguous, and sometimes contradictory.

List of long-term consequences of hysterectomy:

- Surgical menopause. It is accompanied by the same symptoms as natural menopause, but is more severe. The difference also lies in the causes: surgical menopause is associated with the surgery itself, not with the woman's age. Menopause develops after a hysterectomy with the simultaneous removal of the ovaries. Therefore, doctors try to preserve at least part of the uterus and one ovary, whenever possible. In this case, the woman's hormonal balance is less affected than with complete removal of the organs.

- Pain. It is extremely important to determine the exact cause. Pain can usually be caused by suture failure or adhesion formation. Any discomfort or pain that

У значительного числа женщин после удаления матки наблюдается такое последствие, как опущение или выпадение влагалища. Эту проблему легче предотвратить с помощью упражнений Кегеля, но в некоторых случаях может потребоваться хирургическое вмешательство.

- Недержание мочи. У женщин эта проблема может развиться в результате гормональных изменений, в частности, из-за снижения уровня эстрогена. Это происходит в случае удаления яичников вместе с маткой. Также недержание может быть спровоцировано ослаблением связочного аппарата. Данное осложнение поддается устранению медикаментозными методами.

- Свищ. На фоне несостоятельности швов и развития инфекционного процесса может образоваться свищевой ход. В этом случае требуется проведение санации и ушивания свища.

- Остеопороз. Еще одно отдаленное последствие удаления матки – это остеопороз. Женщины и без того более склонны к этому заболеванию, чем мужчины. Но оперативное вмешательство увеличивает риск развития патологии. Это объясняется снижением выработки эстрогенов после удаления матки. Поэтому остеопороз чаще всего развивается в период пре- или постменопаузы.

Как уже отмечалось, в литературе отсутствует достаточно конкретная информация о состоянии культи ШМ и ее воздействии на качество жизни женщин. Этот факт подтверждает необходимость исследования анатомо-функциональных особенностей ШМ после СГЭ и возможных патологических состояний в ней [2, 6, 9, 12, 15].

Заключение. Таким образом, важным результатом любого лечебного процесса является не столько его радикальность в отношении самого заболевания, сколько улучшение общего состояния больного во всех сферах его деятельности после завершения лечения. Качество жизни

persists for a long time should prompt a visit to the doctor.

- Vaginal prolapse. A significant number of women experience vaginal prolapse after hysterectomy. This problem is best prevented with Kegel exercises, but in some cases, surgery may be required.

- Urinary incontinence. In women, this problem can develop as a result of hormonal changes, particularly decreased estrogen levels. This occurs when the ovaries are removed along with the uterus. Incontinence can also be caused by weakening of the ligamentous apparatus. This complication can be treated with medication.

- Fistula. Due to suture failure and infection, a fistula tract may develop. In this case, debridement and suturing of the fistula are required.

- Osteoporosis. Another long-term consequence of hysterectomy is osteoporosis. Women are already more prone to this condition than men. However, surgery increases the risk of developing this pathology. This is explained by a decrease in estrogen production after hysterectomy. Therefore, osteoporosis most often develops during pre- or postmenopause.

As already noted, the literature lacks sufficiently specific information on the condition of the cervical stump and its impact on women's quality of life. This fact confirms the need to study the anatomical and functional characteristics of the cervix after SGE and possible pathological conditions within it [2, 6, 9, 12, 15].

Conclusion. Thus, the important outcome of any treatment process is not so much its radical treatment of the disease itself, but rather the improvement in the patient's overall condition in all areas of their functioning after completion of treatment. Quality of life is considered

считается вторым по значимости критерием оценки результатов лечения после выживаемости. Разработанные методы исследования качества жизни позволяют провести глубокий и многоплановый анализ различных аспектов функционирования пациента, что дает возможность оптимизировать тактику ведения и выбирать наиболее эффективные методы терапии у женщин с гинекологическими заболеваниями. В связи с вышеизложенным, актуальным представляется изучение состояния культи ШМ и оценка качества жизни пациенток после ГЭ с учетом доступа и объема операции, что и определило цель и задачи настоящего исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадретдинова Ф.Ф., Трубин В.Б., Додонов А.Н. Акушерские травмы шейки матки при первых родах – фактор риска развития фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. Пермский медицинский журнал. 2013;30(1):40-45.
2. Беженарь В.Ф., Цыпурдеева А.А., Долинский А.К., Бочоришвили Р.Г. Лапароскопическая гистерэктомия – семилетний опыт. Журнал акушерства и женских болезней. 2011; 4: 12-20.
3. Веревкина О.М. Корреляционные модели особенностей клинической картины постгистерэктомического синдрома. Аспирантский вестник Поволжья. Акушерство и гинекология. 2010; 7–8: 78–83.
4. Высоцкий М.М., Беженарь В.Ф. Объем гистерэктомии при доброкачественной патологии матки. Роль сопутствующей аднексэктомии (обзор литературы). Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2015; 3: 72-75.
5. Высоцкий М.М., Беженарь В.Ф. Онкологические аспекты профилактической аднексэктомии при выполнении гистерэктомии по поводу доброкачественной патологии матки (обзор литературы). Онкогинекология. 2016; 2: 12-15.

the second most important criterion for assessing treatment outcomes after survival. Developed methods for assessing quality of life allow for a thorough and comprehensive analysis of various aspects of patient functioning, enabling the optimization of management strategies and the selection of the most effective treatment methods for women with gynecological diseases. Therefore, studying the condition of the cervical stump and assessing the quality of life of patients after cervical endoprosthesis, taking into account the approach and extent of the surgery, is relevant, which determined the purpose and objectives of this study.

REFERENCES

1. Badretdinova F.F., Trubin V.B., Dodonov A.N. Obstetric injuries of the cervix during the first birth – a risk factor for the development of background and precancerous diseases of the cervix. Perm Medical Journal. 2013;30(1):40-45.
2. Bezhenar V.F., Tsypurdeeva A.A., Dolinsky A.K., Bochorishvili R.G. Laparoscopic hysterectomy – seven-year experience. Journal of obstetrics and women's diseases. 2011; 4: 12-20.
3. Verevkin O.M. Correlation models of clinical features of posthysterectomy syndrome. Postgraduate Bulletin of the Volga Region. Obstetrics and Gynecology. 2010; 7–8: 78–83.
4. Vysotsky M.M., Bezhenar V.F. Extent of hysterectomy in benign uterine pathology. Role of concomitant adnexectomy (literature review). Issues of gynecology, obstetrics and perinatology. 2015; 3: 72-75.
5. Vysotsky M.M., Bezhenar V.F. Oncological aspects of prophylactic adnexectomy during hysterectomy for benign uterine pathology (literature review). Oncogynecology. 2016; 2: 12-15.
6. Dobrokhotova I.Yu. Anatomical and functional state of the ovaries and cervix after hysterectomy. Oncoalegancy

6. Доброхотова И.Ю. Анатомо функциональное состояние яичников и шейки матки после гистерэктомии. Онконастороженность относительно оставшихся органов репродуктивной системы. Эндоскопическая хирургия. 2016; 6: 56.
7. Высоцкий М.М., Манухин И.Б., Дигаева М.А. Еще раз к вопросу о выборе доступа для гистерэктомии. Эндоскопическая хирургия. 2008; 14(2): 61-64.
8. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И. Гистерэктомия и здоровье женщины. М.: Медицина; 1999.
9. Бадретдинова Ф.Ф., Трубин В.Б., Додонов А.Н. Акушерские травмы шейки матки при первых родах – фактор риска развития фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. Пермский медицинский журнал. 2013; 30(2): 23-27.
10. Высоцкий М. М., Сазонова Е. О., Домокеева Ю. Ю. Оптимизация методики гистерэктомии и экстирпации культи шейки матки лапароскопическим доступом. Журнал акушерства и женских болезней 2012;61(3):31-34.
11. Татарчук Т.Н., Тутченко Т.Ф. Патология шейки матки какие задачи стоят перед акушером гинекологом?. REPRODUCTIVE ENDOCRINOLOGY. 2013; 9(1): 39-48. <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2013.9.39-48>
12. Запорожан В.М., Татарчук Т.Ф., Дубинина В.Г., Косей Н.В. Современная диагностика и лечение гиперпластических процессов эндометрия. REPRODUCTIVE ENDOCRINOLOGY. 2012;3:5-12.
13. Беженарь В.Ф., Комличенко Э.В., Шевелева Т.С., Кондратьев А.А. Терапия миомы матки: от хирургии к медикаментозной стратегии. Status Praesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2016; №4. С147-156.
14. Rexhepi M., Trajkovska E., Koprivnjak K. An Unusually Large Fibroepithelial Polyp of Uterine Cervix: Case Report and Review of Literature. Open access Macedonian journal of medical sciences. 2019; 7(12): 1998-2001. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.102>.
15. Borella F., Lucchino F., Bertero L., Ribotta M., Castellano I., Carosso A., regarding the remaining organs of the reproductive system. Endoscopic surgery. 2016; 6: 56.
7. Vysotsky M.M., Manukhin I.B., Digaeva M.A. Once again on the issue of choosing an approach for hysterectomy. Endoscopic surgery. 2008; 14(2): 61-64.
8. Kulakov V.I., Adamyan L.V., Askolskaya S.I. Hysterectomy and women's health. Moscow: Medicine; 1999.
9. Badretdinova F.F., Trubin V.B., Dodonov A.N. Obstetric injuries of the cervix during the first birth – a risk factor for the development of background and precancerous diseases of the cervix. Perm Medical Journal. 2013; 30(2): 23-27.
10. Vysotsky M. M., Sazonova E. O., Domokeeva Yu. Yu. Optimization of the technique of hysterectomy and extirpation of the cervical stump using laparoscopic access. Journal of Obstetrics and Women's Diseases 2012;61(3):31-34.
11. Tatarczuk T.N., Tutchenko T.F. Pathology of the cervix: what tasks face the obstetrician-gynecologist? REPRODUCTIVE ENDOCRINOLOGY. 2013; 9(1): 39-48. <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2013.9.39-48>
12. Zaporozhan V.M., Tatarczuk T.F., Dubinina V.G., Kosey N.V. Modern diagnostics and treatment of hyperplastic processes of the endometrium. REPRODUCTIVE ENDOCRINOLOGY. 2012;3:5-12.
13. Bezhenar V.F., Komlichenko E.V., Sheveleva T.S., Kondratyev A.A. Therapy of uterine fibroids: from surgery to drug strategy. Status Praesens. Gynecology, obstetrics, infertile marriage. 2016; No. 4. P. 147-156.
14. Rexhepi M., Trajkovska E., Koprivnjak K. An Unusually Large Fibroepithelial Polyp of Uterine Cervix: Case Report and Review of Literature. Open access Macedonian journal of medical sciences. 2019; 7(12): 1998-2001. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.102>.
15. Borella F., Lucchino F., Bertero L., Ribotta M., Castellano I., Carosso A.,

- doi.org/10.3889/oamjms.2019.102.
15. Borella F, Lucchino F, Bertero L, Ribotta M, Castellano I, Carosso A, Benedetto C. Clinico-pathological features of gynecological myopericytoma: a challenging diagnosis in an exceptional location. *Virchows Arch.* 2019;475(6):763-770.
 16. Hannoun-Lévi J.M., Peiffert D., Hoffstetter S., Luporsi E., Bey P., Pernot M. Carcinoma of the cervical stump: retrospective analysis of 77 cases. *Radiotherapy and oncology.* 1997; 43(2):147-153. [https://doi.org/10.1016/S0167-8140\(97\)01918-X](https://doi.org/10.1016/S0167-8140(97)01918-X)
 17. Hasson H.M. Cervical removal at hysterectomy for benign disease. *The Journal of Reproductive Medicine.* 1993; 38(10): 781-790.
 18. Kikku P, Gronroos M., Rauramo L. Supravaginal uterine amputation with perioperative electrocoagulation of endocervical mucosa. Description of method. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1985;64(2): 175-177.
 19. Akintobi A.O., Bello O., Asaolu O.A., Iken G., Adebayo A.A. Laparoscopic supracervical hysterectomy and uterine morcellation: case report from Asokoro District Hospital, Abuja, Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice.* 2015;18(6):824-827.
 20. Kim S.W., Chun M., Ryu H.S., Chang S.J., Kong T.W., Oh Y.T., Kang S.H. Long-term results of early adjuvant concurrent chemoradiotherapy for high-risk, early stage uterine cervical cancer patients after radical hysterectomy. *BMC Cancer.* 2017; 17(1): 297.
 21. Ma C.G., Chen M.K., Yang S.C., Bai S., Liao Q.M. Successful treatment of recurrent and refractory cervical condylomata acuminata with topical 5% imiquimod cream in five patients. *International journal of STD & AIDS.* 2010;21(7): P. 528-529.
 22. Grimm C., Polterauer S., Natter C., Rahhal J., Hefler L., Tempfer C.B., Heinze G., Stary G., Reinthaller A., Speiser P. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol.* 2012;120(1): 152-9.
 23. Benedetto C. Clinico-pathological features of gynecological myopericytoma: a challenging diagnosis in an exceptional location. *Virchows Arch.* 2019;475(6):763-770.
 16. Hannoun-Lévi J.M., Peiffert D., Hoffstetter S., Luporsi E., Bey P., Pernot M. Carcinoma of the cervical stump: retrospective analysis of 77 cases. *Radiotherapy and oncology.* 1997; 43(2):147-153. [https://doi.org/10.1016/S0167-8140\(97\)01918-X](https://doi.org/10.1016/S0167-8140(97)01918-X)
 17. Hasson H.M. Cervical removal at hysterectomy for benign disease. *The Journal of Reproductive Medicine.* 1993; 38(10): 781-790.
 18. Kikku P, Gronroos M., Rauramo L. Supravaginal uterine amputation with perioperative electrocoagulation of endocervical mucosa. Description of method. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1985;64(2): 175-177.
 19. Akintobi A.O., Bello O., Asaolu O.A., Iken G., Adebayo A.A. Laparoscopic supracervical hysterectomy and uterine morcellation: case report from Asokoro District Hospital, Abuja, Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice.* 2015;18(6):824-827.
 20. Kim S.W., Chun M., Ryu H.S., Chang S.J., Kong T.W., Oh Y.T., Kang S.H. Long-term results of early adjuvant concurrent chemoradiotherapy for high-risk, early stage uterine cervical cancer patients after radical hysterectomy. *BMC Cancer.* 2017; 17(1): 297.
 21. Ma C.G., Chen M.K., Yang S.C., Bai S., Liao Q.M. Successful treatment of recurrent and refractory cervical condylomata acuminata with topical 5% imiquimod cream in five patients. *International journal of STD & AIDS.* 2010;21(7): P. 528-529.
 22. Grimm C., Polterauer S., Natter C., Rahhal J., Hefler L., Tempfer C.B., Heinze G., Stary G., Reinthaller A., Speiser P. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol.* 2012;120(1): 152-9.
 23. Park J.Y., Kim D., Suh D.S., Kim J.H.,

23. Park J.Y., Kim D., Suh D.S., Kim J.H., Kim Y.M., Kim Y.T., Nam J.H. The Role of Laparoscopic Radical Hysterectomy in Early-Stage Adenocarcinoma of the Uterine Cervix. *Annals of surgical oncology*. 2016;23(Suppl 5): 825-833.
24. Vale D.B., Bragança J.F., Xavier-Junior J.C.C., Dufloth R.M., Derchain S., Zeferino L.C. Usefulness of vaginal cytology tests in women with previous hysterectomy for benign diseases: assessment of 53.891 tests. *Gynecologic oncology*. 2015;137(2): 270-273.
- Kim Y.M., Kim Y.T., Nam J.H. The Role of Laparoscopic Radical Hysterectomy in Early-Stage Adenocarcinoma of the Uterine Cervix. *Annals of surgical oncology*. 2016;23(Suppl 5): 825-833.
24. Vale D.B., Bragança J.F., Xavier-Junior J.C.C., Dufloth R.M., Derchain S., Zeferino L.C. Usefulness of vaginal cytology tests in women with previous hysterectomy for benign diseases: assessment of 53.891 tests. *Gynecologic oncology*. 2015;137(2): 270-273.

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Финансовой поддержки не было.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

***Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна** – доктор медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии, Душанбе, Таджикистан.

E-mail: hushvaxtova@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-3851-2736

Хакимова Нилуфар Тимуршоевна – заочный аспирант Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии, Душанбе, Таджикистан.

E-mail: khakimova-nilufar@bk.ru

https://orcid.org/0009-0008-2365-5743

***Адрес для корреспонденции.**

FINANCING

There was no financial support.

CONFLICT OF INTERESTS

The authors declare no conflict of interest.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

***Khushvakhtova Ergashoy Khushvakhtovna** – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Leading Researcher Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: hushvaxtova@mail.ru

https://orcid.org/0000-0002-3851-2736

Akilova Dilfuza Muzafarovna – researcher Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: khakimova-nilufar@bk.ru

https://orcid.org/0009-0008-2365-5743

***Address for correspondence.**