

doi: 10.25005/2074-0581-2025-27-1-123-135

СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ В ТЕРАПИИ ПОЗДНИХ СТАДИЙ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Ф.М. ОРИФОВА¹, Х.У. ОРТИКОВА^{1,2}, Э.У. ЯНОВА³

¹ Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Самарканд, Республика Узбекистан

² Кафедра онкологии, Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Республика Узбекистан

³ Кафедра лучевой диагностики и терапии, Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Республика Узбекистан

Актуальность исследования обусловлена недостатком систематизированной информации о современных возможностях различных хирургических стратегий в терапии поздних стадий рака шейки матки (РШМ). Целью исследования являлось освещение вопросов оперативных вмешательств, касающихся распространённых стадий данного заболевания в условиях Узбекистана. В статье проводится детальный анализ результатов ретроспективных исследований с выявлением преимуществ и ограничений различных стратегий лечения. Уделено внимание значению послеоперационного ухода и реабилитации, поскольку эти аспекты оказывают существенное влияние на окончательные результаты лечения и качество жизни пациенток. Подчёркивается, что успешные результаты лечения РШМ требуют комплексного понимания особенностей каждого случая и адаптации терапии под конкретные потребности пациентки. Поиск проводился по базам PubMed, Google Scholar и архиву Кокрановской библиотеки. Были использованы следующие ключевые запросы: хирургическое лечение рака шейки матки, операции при поздних стадиях рака шейки матки, рак шейки матки в Узбекистане, паллиативные операции при раке шейки матки, паллиативная тазовая экзентерация, радикальное лечение рака шейки матки, рак шейки матки в Средней Азии. Временной диапазон поиска охватывал период с 1990 по 2020 годы. В результате было выявлено 1267 потенциальных публикаций для текущего обзора. Статьи были исключены по следующим причинам: наличие только аннотации без полного текста; отсутствие и аннотации, и полного текста; использование альтернативных методов медицины для лечения или диагностики; проведение пилотных исследований; несоответствие содержания статьи ключевым словам; а также исследования на животных. Таким образом, 846 статей были исключены, оставлена 421 публикация для анализа. После дальнейшего анализа полный текст был оценен для 250 статей, из которых 33 вошли в окончательный текст публикации.

Ключевые слова: рак шейки матки, паллиативная помощь, оперативное лечение, гистерэктомия, терапия новообразований, радикальные вмешательства.

Для цитирования: Орифова ФМ, Ортикова ХУ, Янова ЭУ. Современные хирургические стратегии в терапии поздних стадий рака шейки матки. *Вестник Авиценны*. 2025;27(1):123-35. <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2025-27-1-123-135>

CURRENT SURGICAL TREATMENT OPTIONS FOR LATE STAGES OF CERVICAL CANCER

F.M. ORIFOVA¹, KH.U. ORTIKOVA^{1,2}, E.U. YANOVA³

¹ Samarkand Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Samarkand, Republic of Uzbekistan

² Department of Oncology, Samarkand State Medical University, Samarkand, Republic of Uzbekistan

³ Department of Radiation Diagnostics and Therapy, Samarkand State Medical University Samarkand, Republic of Uzbekistan

The relevance of this study stems from the lack of systematic information regarding the current surgical strategies available for treating late stages of cervical cancer (CC). The study aims to address surgical intervention issues associated with common stages of this disease in Uzbekistan. The article presents a detailed analysis of the results from retrospective studies to identify the advantages and limitations of various treatment approaches. Emphasis is placed on the importance of postoperative care and rehabilitation, as these factors significantly influence the final treatment outcomes and the quality of life for patients. It is highlighted that successful treatment of CC requires a comprehensive understanding of the unique characteristics of each case and an adjustment of therapy to meet the patient's specific needs. The search for relevant literature was conducted using the PubMed, Google Scholar, and Cochrane Library databases. The keywords utilized included surgical treatment of cervical cancer, surgery for advanced cervical cancer, cervical cancer in Uzbekistan, palliative surgery for cervical cancer, palliative pelvic exenteration, radical treatment of cervical cancer, and cervical cancer in Central Asia. The search covered publications from 1990 to 2020. Ultimately, 1,267 potential publications were identified for this review. Articles were excluded for the following reasons: presence of only an abstract without a main text, absence of both an abstract and main text, use of alternative medicine methods for treatment or diagnosis, conducting pilot studies, inconsistency between the article content and the keywords, and animal studies. Consequently, 846 articles were excluded, leaving 421 publications for analysis. After further review, the full text was assessed for 250 articles, of which 33 were included in the final publication.

Keywords: Cervical cancer, palliative care, surgical treatment, hysterectomy, tumor therapy, radical interventions.

For citation: Orifova FM, Ortikova KhU, Yanova EU. Sovremennye khirurgicheskie strategii v terapii pozdnykh stadiy raka sheyki matki [Current surgical treatment options for late stages of cervical cancer]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2025;27(1):123-35. <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2025-27-1-123-135>

ВВЕДЕНИЕ

Необходимость рассмотрения вопроса современных хирургических стратегий в терапии поздних стадий РШМ обусловлены недостатком упорядоченной информации об этой проблеме. Отсутствие систематизированных данных создаёт трудности для понимания современных возможностей в данной области и ограничивает эффективность терапевтических подходов. Это может привести к недостаточной осведомлённости врачей о последних достижениях в области хирургического лечения данного заболевания, что влечёт за собой применение устаревших методов. Несистематизированная информация также может затруднить принятие оптимальных решений как самими пациентами, так и врачами.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в Узбекистане в 2020 году зарегистрировано 11,3 случая РШМ на 100000 женщин, а стандартизированный показатель заболеваемости этим видом рака составил 11 случаев на 100000 женщин. В том же году зарегистрировано 840 смертей от РШМ (соотношение смертности к заболеваемости этим видом рака в 2020 году составило 0,58) [1]. Более ранние публикации акцентировали своё внимание, главным образом, на проблемах эпидемиологии и профилактики РШМ в Узбекистане или другой патологии, например, синдрома Кушинга [2].

В одном из исследований показано, что в странах Центральной Азии уровни заболеваемости и смертности от РШМ значительно выше, чем в большинстве западных и высокодоходных стран, и продолжают расти. Только в Казахстане существует структурированная цитологическая программа скрининга, что позволяет проводить анализ охвата скрининга. В заключении исследования подчёркивается, что, несмотря на значительное снижение заболеваемости и смертности от РШМ в развитых странах, проблема остаётся актуальной в Центральной Азии из-за неорганизованности скрининга и отсутствия программ вакцинации [3].

В другом исследовании авторы провели сравнение распределения стадий рака груди и РШМ в десяти государствах постсоветского пространства. В ходе исследования выяснилось, что в период с 2013 по 2017 гг. более половины случаев рака груди в рассматриваемых странах, а в Беларуси, Казахстане и Украине более 75%, регистрировались на первых двух стадиях. Стадия I чаще всего выявлялась в возрастной группе женщин 50-69 лет, но варьировала в зависимости от страны. Для РШМ отмечался высокий процент диагностики на поздних стадиях (III и IV), особенно в Молдове и Армении (более 50%). Исследователи предложили, что для борьбы с высоким бременем заболеваемости РШМ необходимы изменения в национальной политике от случайного скрининга к организованным и качественно обеспеченным программам вакцинации от вируса папилломы человека (ВПЧ) и скринингу РШМ [4].

В другой статье оценена готовность стран Восточной Европы и Центральной Азии к достижению целей Глобальной стратегии ВОЗ по вакцинации от ВПЧ человека и скринингу РШМ. Исследование также оценивает текущее состояние вакцинации в 18 странах. Результаты показывают, что только в нескольких странах, таких как Армения и Грузия, были внедрены национальные программы вакцинации от ВПЧ. Эти страны достигли цели ВОЗ по вакцинации 90% девочек к возрасту 15 лет. Скрининг РШМ проводится во всех 18 странах, однако лишь Беларусь и Туркменистан достигли цели ВОЗ по охвату 70% женщин в возрасте от 35 до 45 лет. В заключении также подчёркивается, что услуги по профилактике РШМ в этом регионе являются очень ограниченными, и для достижения

INTRODUCTION

The necessity to address modern surgical strategies for treating late-stage cervical cancer (CC) stems from the absence of systematic information on this issue. This lack of systematic data hinders a comprehensive understanding of current treatment options and reduces the effectiveness of therapeutic approaches. Consequently, physicians may remain unaware of the latest advancements in surgical treatment, leading to reliance on outdated methods. Additionally, random information can complicate decision-making for both patients and healthcare providers.

According to the World Health Organization (WHO), in 2020, Uzbekistan reported 11.3 cases of CC per 100,000 women, with a standardized incidence rate of 11 cases per 100,000 women. That year, there were 840 registered deaths from CC, resulting in a mortality-to-incidence ratio of 0.58 for this type of cancer [1]. Previous publications have primarily focused on the epidemiology and prevention of cervical cancer in Uzbekistan or addressed other medical conditions, such as Cushing's syndrome [2].

A study found that CC incidence and mortality rates in Central Asian countries are significantly higher than in most Western and high-income nations, and these rates continue to rise. Only Kazakhstan has implemented a structured cytological screening program, enabling screening coverage analysis. The study concludes that while there has been a significant reduction in CC incidence and mortality in developed countries, the issue remains critical in Central Asia due to the absence of adequate screening and vaccination programs [3].

In another study, the authors compared the distribution of breast cancer and CC stages across ten post-Soviet countries. The research, covering the period from 2013 to 2017, revealed that more than half of breast cancer cases in these countries, and over 75% in Belarus, Kazakhstan, and Ukraine, were diagnosed at the first two stages. Stage I breast cancer was most frequently detected in women aged 50 to 69, although the rates varied by country. In contrast, CC was often diagnosed at more advanced stages (III and IV), particularly in Moldova and Armenia, where more than 50% of cases were at these late stages. The researchers suggested that to address the significant burden of CC, national policies should shift from random screening to organized and high-quality programs for human papillomavirus (HPV) vaccination and cervical cancer screening [4].

A recent article evaluated the readiness of countries in Eastern Europe and Central Asia to meet the goals of the WHO Global Strategy on Human HPV Vaccination and CC Screening. The study examined the current HPV vaccination status in 18 countries. The findings revealed that only a few countries, such as Armenia and Georgia, have implemented national HPV vaccination programs, successfully achieving the WHO target of vaccinating 90% of girls by age 15. CC screening is conducted in all 18 countries; however, only Belarus and Turkmenistan have met the WHO target of reaching 70% coverage among women aged 35 to 45. The conclusion highlights that CC prevention services in this region are very limited, and substantial investments in capacity development from international organizations are necessary to achieve the objectives of the WHO Global Strategy by 2030 [5].

A recent study conducted a qualitative analysis to develop a plan for introducing the HPV vaccine in Uzbekistan. The study highlighted that the launch of vaccination programs is hindered by the spread of misinformation regarding the need to vaccinate girls before they become sexually active. Additionally, the re-

целей Глобальной стратегии ВОЗ к 2030 году требуются значительные инвестиции в развитие потенциала от международных организаций [5].

В недавнем исследовании описаны результаты качественного анализа, направленного на разработку плана по внедрению вакцины от ВПЧ в Узбекистане. Отмечено, что введение программ вакцинации осложнялось распространением дезинформации о необходимости вакцинации девочек до начала половой активности. Исследование также охватывало отношение к вакцине среди медицинских работников, педагогов, опекунов и других взрослых групп в Узбекистане [6].

В целом, проблема онкопатологии в странах Азии является особенно сложной. Так, отмечено, что стоимость лечения рака продолжает превышать расходы на другие заболевания, представляя глобальную проблему доступа. Авторы призывают к внедрению ценообразования, ориентированного на ценность, и предлагают меры, такие как оценка ценности, финансирование приоритетов, развитие инноваций и снижение единичной экономики ухода для обеспечения универсального покрытия расходов на лечение рака в Азии [7].

РШМ является серьёзной глобальной проблемой. Несмотря на значимость исследования различных аспектов этого заболевания, имеется недостаток систематизированных знаний и публикаций, посвящённых оперативному лечению этой патологии в Узбекистане. Поэтому целью исследования стало изучение хирургических вмешательств при распространённых стадиях РШМ в условиях Узбекистана.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

При подготовке текущего обзора использовался метод анализа, основанный на определении дизайна исследования, выделении конкретных частей и данных в публикации. Также применялся метод систематизации, включающий разделение результатов исследования на применение гистерэктомии, хирургических вмешательств для лечения рецидивов заболевания, лимфодиссекцию и паллиативную хирургию.

Поиск проводился по базам PubMed, Google Scholar и архиву Кокрановской библиотеки. Для поиска потенциальных научных публикаций были использованы следующие ключевые запросы: хирургическое лечение рака шейки матки, операции при поздних стадиях рака шейки матки, рак шейки матки в Узбекистане, паллиативные операции при раке шейки матки, паллиативная тазовая экзентерация, радикальное лечение рака шейки матки, рак шейки матки в Средней Азии.

В результате данного метода поиска было выявлено 1267 потенциальных публикаций для текущего обзора. Статьи были исключены по следующим причинам: наличие только аннотации без полного текста, отсутствие и аннотации, и полного текста, использование альтернативных методов медицины для лечения или диагностики, проведение пилотных исследований, несоответствие содержания статьи ключевым словам, а также исследования на животных. Таким образом, 846 статей были исключены, оставлена 421 публикация для полнотекстового рецензирования. После дальнейшего анализа, полный текст был оценён для 250 статей, из которых 33 вошли в окончательный текст публикации.

Были проанализированы общие описательные данные из статей, такие как страна происхождения, количество пациентов, тип вмешательства и возрастная структура исследуемых женщин. Также были проанализированы методы вмешательства, включая технику операций, использование автоматизированных и интел-

search examined the attitudes of health workers, teachers, caregivers, and other adult groups toward the vaccine in Uzbekistan [6].

The complexities surrounding cancer pathology in Asian countries are significant and multifaceted. The costs associated with cancer treatment continue to surpass those of other diseases, highlighting a significant global access problem. The authors advocate for adopting value-based pricing and suggest strategies including value assessment, prioritization of funding, innovation development, and reducing unit costs in healthcare. These measures aim to ensure universal coverage for cancer treatment costs across Asia [7].

CC poses a significant global challenge. While studying various aspects of this disease is essential, there is a notable lack of systematic knowledge and published research on its surgical treatment in Uzbekistan. Therefore, this study aimed to examine surgical interventions for CC at commonly diagnosed stages within the context of Uzbekistan.

METHODS

The current review utilized an analytical method that defined the study design, identified specific components and data within the publications, and employed a systematic approach. This review included categorizing the study results into the following areas: hysterectomy, surgery for recurrent disease, lymph node dissection, and palliative surgery.

The search used PubMed, Google Scholar, and the Cochrane Library archive. The following keywords were employed to find relevant scientific publications: surgical treatment of cervical cancer, operations for late stages of cervical cancer, cervical cancer in Uzbekistan, palliative operations for cervical cancer, palliative pelvic exenteration, radical treatment of cervical cancer, and cervical cancer in Central Asia.

This search method resulted in identifying 1,267 potential publications for the review. Articles were excluded for various reasons, including being an abstract only without main text, lacking both an abstract and main text, focusing on alternative medicine for treatment or diagnosis, being pilot studies, showing inconsistency with the keywords, or being animal studies. As a result, 846 articles were excluded, leaving 421 publications for full-text review. After further analysis, the full text was evaluated for 250 articles, of which 33 were ultimately included in the final publication.

General descriptive data from the included articles were analyzed, covering aspects such as country of origin, number of patients, type of intervention, and age demographics of the women studied. The review also examined intervention methods, including surgical techniques, automated and intelligent systems, study designs, and follow-up durations. Furthermore, it assessed treatment complications, post-surgery survival times, and the patient's quality of life.

This study employed a comprehensive approach, including a systematic assessment highlighting current issues in treating late-stage CC. It also explored proposed solutions found in the literature. A thorough analytical study focused on the nature, roots, and consequences of the identified problems, which served as the foundation for developing strategies to address them.

Additionally, special attention was given to ensuring the confidentiality of individual patient data throughout the study. Personal identifiers, such as medical record numbers, were ex-

лектуальных систем, дизайн исследований и продолжительность наблюдения. Кроме того, оценивались осложнения лечения, продолжительность жизни после операции и качество жизни пациенток.

В исследовании был использован комплексный подход, который включал в себя системную оценку с акцентом на выявление актуальных проблем в сфере лечения РШМ на поздних стадиях, а также изучение предложенных в литературе вариантов их решения. Кроме того, было проведено тщательное аналитическое исследование, сфокусированное на характере выявленных проблем, их корнях и последствиях, что послужило основой для разработки стратегии их решения.

В текущем исследовании было уделено особое внимание на обеспечение конфиденциальности индивидуальных данных пациенток. Личные данные, такие как номера медицинских карт, не были включены в наборы данных, как в части индивидуальных исследований, так и в общем обзоре. Это решение способствовало обеспечению полной анонимности пациенток, о которых шла речь в текущем исследовании.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оперативные вмешательства при РШМ на поздних стадиях

По данным ВОЗ в Узбекистане существует наличие программы по своевременному выявлению первых симптомов РШМ на уровне первичной помощи, а также наличие чётко регламентированной системы направления больных из учреждений первичного звена для получения помощи второго и третьего уровней. В онкологических центрах или онкологических отделениях третьего уровня для пациенток доступны лабораторно-диагностические услуги, онкохирургия, химио- и лучевая терапия.

Радикальная гистерэктомия с оценкой лимфатических узлов является стандартной терапией для ранних стадий РШМ. Открытая радикальная гистерэктомия через лапаротомию была стандартной практикой в течение десятилетий, но в последнее время многие хирурги предпочитают минимально инвазивную хирургию (MIS) из-за её отчётливых периоперационных преимуществ. Однако результаты одного из исследований о лапароскопическом подходе к лечению РШМ показали, что пациентки, случайно выбранные для MIS, имели худшие онкологические результаты. Несмотря на это, авторы считают, что MIS не должен быть полностью отвергнут, и в некоторых случаях с детальным консультированием и тщательным выбором пациенток, может оставаться разумным вариантом. Авторы призывают к анализу собственных результатов и подчёркивают важность поддержания онкологических принципов для сохранения жизнеспособности MIS в определённых случаях. В дальнейших исследованиях необходимо подтвердить эти аспекты, и ожидаются результаты текущих рандомизированных исследований для более подробного руководства. Отказ от единого стандарта может остаться незамеченным, и решение о хирургическом подходе должно основываться на индивидуальном выборе для каждой больной под руководством опытного хирурга [8].

Целью проведения другого исследования была оценка безопасности и эффективности применения гистерэктомии в дополнение к стандартному лечению радиотерапией или химиотерапией, а также их комбинации у женщин с локально распространённым РШМ (ЛРРШМ). Исследование ставило перед собой задачу сравнить эффективность предложенного метода с результатами стандартного лечения в указанных случаях. Исследование включило 11

включено из данных наборов в индивидуальных исследованиях и общий обзор. Это решение помогло сохранить полную анонимность пациентов, рассмотренных в текущем исследовании.

RESULTS

Surgical interventions for CC at late stages

According to the WHO, Uzbekistan has implemented a program for the timely detection of the early symptoms of CC at the primary care level. There is also a well-defined system for referring patients from primary care clinics to receive secondary and tertiary care. In oncology centers or specialized oncology departments of tertiary care, patients can access laboratory diagnostic services, as well as oncosurgery, chemotherapy, and radiation therapy.

Radical hysterectomy with lymph node evaluation is the standard therapy for early CC. Traditionally, open radical hysterectomy via laparotomy has been the standard practice for decades. However, many surgeons have recently begun to favor minimally invasive surgery (MIS) because of its notable perioperative benefits. Despite this shift, a study investigating the laparoscopic approach to CC revealed that patients randomly assigned to MIS had poorer oncological outcomes. Nevertheless, the authors of the study argue against completely dismissing MIS. They suggest that, with thorough counseling and careful patient selection, MIS may still be viable in certain circumstances. The authors call for a reevaluation of their findings and emphasize the importance of adhering to oncological principles to ensure the continued feasibility of MIS in select cases. Further research is necessary to confirm these findings, and the results of ongoing randomized trials are anticipated to provide more detailed guidance. It is crucial to adopt consistent standards, and the choice of surgical approach should be based on the individual preferences of each patient, guided by an experienced surgeon [8].

A recent study aimed to evaluate the safety and efficacy of hysterectomy in addition to standard treatments such as radiotherapy or chemotherapy, either alone or in combination, for women with locally advanced CC (LACC). The study sought to compare the effectiveness of this approach against standard treatment results in these cases. It included 11 randomized controlled trials encompassing over 2,500 case reports from women, though the studies varied methodological quality. The analysis examined various comparisons, including hysterectomy with radiotherapy, chemoradiotherapy, or neoadjuvant chemotherapy versus radiotherapy or chemoradiotherapy alone. Due to the low reliability of the data for most comparisons, the results indicated insufficient evidence to conclude that adding hysterectomy to other treatments improves survival rates in women with LACC compared to standard treatment [9].

Lymph node dissection for common types of CC and surgical treatment of relapses of the disease

A study examined the role of para-aortic lymph node resection in the treatment of CC, debating whether this procedure is therapeutic or diagnostic. The results from various studies regarding the impact of lymph node resection on survival rates were inconclusive. Based on data from the National Cancer Database (NCDB), a US-based cancer registry, the article analyzes the use and effects of surgical staging compared to radiological staging in treating CC. Overall survival rates did not differ among the groups studied. The authors conclude that routine surgical stag-

рандомизированных контролируемых исследований (более 2500 историй болезни женщин) различного методологического качества. Анализ охватывал различные сравнения, такие как гистерэктомия с радиотерапией, химиорадиотерапией или неоадьювантной химиотерапией по сравнению с одной лишь радиотерапией или химиорадиотерапией. Надёжность данных для большинства сравнений была низкой, в связи с чем, результаты показали, что нет достаточных доказательств того, что гистерэктомия в сочетании с другими видами лечения улучшает выживаемость у женщин с ЛРРШМ по сравнению со стандартным лечением [9].

Лимфодиссекция при распространённых видах РШМ и оперативное лечение рецидивов заболевания

Одно из исследований касалось роли резекции парааортальных лимфатических узлов в лечении РШМ. Обсуждалось, является ли эта процедура терапевтической или диагностической. Результаты исследований о влиянии резекции лимфатических узлов на выживаемость оказались неоднозначными. Статья анализирует использование и влияние хирургического определения стадии по сравнению с радиологическим в лечении РШМ на основе данных Национальной базы данных о раке. Общая выживаемость в исследованных группах не отличалась. Авторы заключают, что рутинное хирургическое определение стадии парааортальных узлов при ЛРРШМ имеет минимальную пользу, но может увеличить риск для пациента [10]. В то же время, другое исследование на 1,072 пациентах с ЛРРШМ показало, что радикальная диссекция лимфатических узлов в области аорты (CALS) влияет на выживаемость. Пациенты, прошедшие CALS и с отрицательным распределением лимфатических узлов (<-2), имели лучшие показатели по выживаемости. Многофакторный анализ подтвердил, что CALS является независимым прогностическим фактором в LACC, что подчёркивает важность радикальной диссекции лимфатических узлов для улучшения результатов лечения [11]. В другом обзоре рассматривалось применение концепции стволового лимфатического узла (SNNS) в хирургии РШМ и эндометрия. Вместо традиционной лимфаденэктомии, SNNS предлагает выявление стволового узла для избежания осложнений. Данные показывают, что SNNS эффективен в выявлении метастазов, снижая лимфатические осложнения [12].

Была проведена оценка эффективности радикального хирургического лечения при рецидивах РШМ. Результаты показали, что тазовая экзентерация (ТЭ) обеспечивала более высокую выживаемость, чем радикальная гистерэктомия, но с более выраженной морбидностью в послеоперационном периоде. При этом учитывались осложнения и длительность пребывания в больнице для обеих исследуемых групп [13].

В недавнем исследовании были обсуждены диагностика и хирургическое лечение случаев рецидива РШМ при транспонированных яичниках. Представлен опыт лапароскопической билатеральной оофорэктомии у женщины, перенёсшей радикальную гистерэктомию с транспозицией яичника. Систематический обзор показал девять подобных случаев с неблагоприятным прогнозом для четырёх из них. Однако три случая лапароскопической оофорэктомии не имели рецидивов после вторичной операции. Авторы подчеркнули необходимость дальнейших исследований для определения оптимального хирургического подхода в таких ситуациях [14].

В одном из исследований было рассмотрено лечение рецидива РШМ с фокусом на вовлечение влагалища в патологический процесс. Исследование сравнивало результаты выживаемости

ing of para-aortic nodes in LACC has minimal benefit and may increase the risk for patients [10]. A separate study involving 1,072 patients with LACC indicated that complete aortic lymphadenectomy surgery (CALS) impacts survival rates. Patients who underwent CALS and had log odds of positive LNs (LODDS) (less than -2) exhibited <-2 were associated with better disease-free survival and overall survival than suboptimal aortic lymphadenectomy surgery and LODDS ≥ -2 . Multivariate analysis confirmed that CALS is an independent prognostic factor in LACC, emphasizing the significance of radical lymph node dissection in improving treatment outcomes [11]. A recent review explored the use of the sentinel node navigation surgery (SNNS) method for cervical cancer and endometrial cancer. Unlike traditional lymphadenectomy, SNNS focuses on identifying the sentinel node to minimize complications. Research indicates that SNNS effectively detects metastases and reduces lymphatic complications [12].

The effectiveness of radical surgical treatment for recurrent cervical cancer was evaluated. The results indicated that pelvic exenteration (PE) offered better survival rates compared to radical hysterectomy, although it was associated with a higher incidence of postoperative complications. Both study groups were assessed for complications and length of hospital stay [13].

A recent study explored the diagnosis and surgical management of recurrent CC in patients with transposed ovaries. The authors shared their experience performing laparoscopic bilateral oophorectomy on a woman who had previously undergone a radical hysterectomy with ovarian transposition. A systematic review identified nine similar cases, four of which had poor prognoses. However, three cases involving laparoscopic oophorectomy did not experience any recurrence after the secondary surgery. The authors highlighted the need for further research to identify the optimal surgical approach [14].

A study investigated the treatment of recurrent CC with a particular emphasis on vaginal involvement. It compared survival and complication rates between vaginectomy and pelviclectomy in patients experiencing isolated vaginal recurrence of the neoplasm. The findings support using a bladder-preserving technique for this group of patients. However, the authors emphasize the need for further studies to validate these results and warn about the limitations of the study's retrospective design and small sample size. While vaginectomy may be a reasonable treatment option for women at high risk, it is crucial to educate patients about the potential necessity of more radical surgery if required [15].

The study reviewed cases of cervical cancer that were resistant to chemoradiotherapy (CRT). In total, 23 patients with an average age of 51 years were assessed. Among these patients, 60.8% experienced a recurrence of the disease, and 39% ultimately died. The median periods for disease-free and overall survival (OS) were 15 and 32 months, respectively. A simple hysterectomy was performed on 74% of the patients, and 52% experienced grade 3 or 4 complications. A grossly visible tumor in the surgical specimen was linked to remote recurrence, while positive surgical margins were associated with local recurrence. The authors suggest that hysterectomy could be a potential treatment option for patients with a central residual tumor after CRT, though it carries a high risk of complications. Topuz S et al (2020) presented the study results in the following table [16].

Palliative care for patients with late-stage CC

The decision to undertake major palliative surgery when curative treatment for tumors of the female reproductive organs is

и осложнений при вагинэктомии и пельвисэктомии у пациенток с изолированным вагинальным рецидивом новообразования. Результаты поддерживают использование методики, сохраняющей мочевой пузырь, для этой группы пациенток. Однако, авторы отмечают необходимость дополнительных исследований для подтверждения результатов и предостерегают от ограничений, связанных с ретроспективным характером исследования и небольшим объемом выборки. Вагинэктомия может рассматриваться как разумный вариант лечения для женщин с высоким риском, но важно осведомлять пациенток о возможности применения при необходимости более радикальных операция [15].

Были рассмотрены результаты хирургического лечения у пациенток с ЛРРШМ, устойчивым к химиорадиотерапии (CRT). Исследованы 23 пациентки, средний возраст 51 год. Из них 60,8% столкнулись с рецидивами, а 39% умерли. Медианные периоды выживаемости без болезни и общей выживаемости (OS) составили 15 и 32 месяца соответственно. У 74% пациенток проведена простая гистерэктомия, у 52% выявлены осложнения 3 и 4 степени. Макроскопическое наличие опухоли в патологическом образце было связано с отдаленным рецидивом, а положительные хирургические края – с локальным рецидивом. Авторы считают, что гистерэктомия может быть вариантом лечения при наличии центральной остаточной опухоли после CRT, но с высоким риском осложнений. Результаты исследования коротко объединены в табл. [16].

Паллиативная помощь пациенткам с РШМ на поздних стадиях

Принятие решения о проведении крупной паллиативной операции при невозможности радикального лечения опухолей женских репродуктивных органов является одним из самых сложных этапов взаимодействия между пациентами и врачами. Для пациенток с РШМ был разработан основной пакет паллиативной помощи (EPPCCC), который направлен на предотвращение и облегчение основных страданий, связанных с этим видом рака. Однако женщины с РШМ, чаще чем пациенты с другими видами рака, сталкиваются с различными формами страданий, которые не удаётся облегчить стандартной паллиативной помощью. Для решения этой проблемы экспертная группа из разных стран разработала расширенный пакет паллиативной помощи при РШМ. В этот пакет включены лекарства, лучевая терапия, хирургические процедуры и психоонкологические методы, предназначенные для пациенток, чьи нужды превосходят возможности EPPCCC. Важно, чтобы каждый элемент пакета был доступен при наличии соответствующих ресурсов и опыта [17].

Таблица Исходы лечения метастазов РШМ

Локализация метастазов Site of metastases	Лечение рецидива Treatment of metastatic relapse	Летальный исход Fatal outcome
Ткань лёгкого Lungs	Химиотерапия Chemotherapy	Да Yes
Надпочечники Adrenal glands	Адреналэктомия + химиотерапия Adrenalectomy + chemotherapy	Нет No
Внутрибрюшинное распространение Intraperitoneal spread	Химиотерапия Chemotherapy	Да Yes
Головной мозг + локальное распространение Brain + local spread	Специализированная помощь Specialized assistance	Да Yes
Головной мозг + лёгкое + костная система Brain + lung + bone	Радиотерапия и химиотерапия Radiotherapy and chemotherapy	Да Yes
Головной мозг + лёгкое Brain + lung	Радиотерапия и химиотерапия Radiotherapy and chemotherapy	Да Yes

Источник: S. Topuz et al [16]

no longer an option is one of the most challenging aspects of the interaction between patients and doctors. For patients with CC, the essential package of palliative care for CC (EPPCCC) has been developed, aiming to prevent and alleviate the primary sources of suffering associated with this cancer. However, women with CC often experience various forms of suffering that standard palliative care cannot adequately address. To tackle this issue, an expert group from multiple countries has created an extended palliative care package specifically for CC patients. This package includes medications, radiotherapy, surgical procedures, and psycho-oncological support for individuals whose needs surpass what the EPPCCC can provide. It is crucial that all elements of this package are accessible and that the necessary resources and expertise are available [17].

Surgical palliation for CC primarily aims to alleviate symptoms and enhance the quality of life for patients whose disease cannot be cured. One study examined the outcomes of embolizing selected pelvic vessels in patients experiencing severe bleeding due to LACC. The study involved 47 patients with an average age of 44 years. Bleeding was successfully controlled in nearly 96% of the women within the first 24 hours following the embolization procedure. Although no serious complications were reported, 37% of patients did experience complications, primarily related to pelvic pain. Repeat embolization was necessary in 17 cases. After one year, 28% of the patients were disease-free, 45% were alive, and 26% had died due to the progression of CC. Overall, pelvic vessel embolization emerged as a valuable alternative for managing life-threatening bleeding in women with LACC. However, further research is needed to understand its impact on disease recurrence and mortality due to cancer [18].

Another article reviews various neurosurgical procedures for treating cancer-related pain, particularly in the pelvic region. The options include chemical rhizotomy, which involves cutting the spinal nerve roots; opening the spinal canal to sever the nerve roots; and cordotomy, where the spinothalamic tract is cut. Additionally, surgical laminectomy and midline myelotomy can be performed to disrupt the visceral afferent pain pathway within the dorsal columns of the spinal cord. The article also discusses stereotactic cingulotomy, a procedure that interrupts pain pathways in the brain. However, these surgeries demand a high level of skill and experience from the surgeons, and some come with risks, such as meningitis. Furthermore, the use of spinal cord stimulation, primarily employed for non-cancer pain, is also mentioned as a potential treatment for cancer pain [17].

Table Outcomes of treatment of metastatic CC

В целом, хирургическая паллиативная помощь при РШМ направлена на облегчение симптомов и улучшение качества жизни пациенток, у которых заболевание не может быть радикально вылечено. В одном исследовании описаны результаты эмболизации выбранных тазовых сосудов у пациенток с тяжёлым кровотечением из-за ЛРРШМ. В исследование было включено 47 больных со средним возрастом 44 года. Кровотечение удалось контролировать у почти 96% женщин в течение первых суток после эмболизации. Хотя серьёзных осложнений не возникло, у 37% пациенток наблюдались осложнения, в основном связанные с тазовой болью. В 17 случаев потребовалась повторная эмболизация. После года 28% пациенток жили без признаков заболевания, 45% избежали летального исхода, и 26% умерли от прогрессирования РШМ. Таким образом, эмболизация тазовых сосудов являлась полезной альтернативой для контроля жизнеугрожающего кровотечения у женщин с ЛРРШМ. Влияние на рецидив заболевания и смерть от онкологических причин требует дальнейших исследований [18].

Другая статья рассматривает несколько нейрохирургических процедур для лечения боли при раке, особенно в области таза. Возможности включают химическую ризотомию (разрыв спинных нервных корешков), открытие спинного канала для перерезания корешков, применение кордотомии для разрыва спиноталамического тракта, а также хирургическую ламинэктомию и мидлайн-миелотомию для прерывания висцерального афферентного болевого пути между дорзальными колоннами спинного мозга. Также рассматривается стереотаксическая цингулотомия для прерывания болевых путей в мозге. Однако эти процедуры требуют высокого уровня навыков и опыта хирургов, а некоторые из них связаны с рисками, такими как менингит. Также обсуждается использование стимуляции спинного мозга, которая, хотя и применяется преимущественно для боли, не связанной с раком, также может использоваться для лечения боли при раке [17].

Паллиативные процедуры в гинекологической онкологии охватывают широкий спектр от минимально инвазивных вмешательств до сложных операций. В недавнем обзоре акцент делался на исследованиях, касающихся двух клинических сценариев: устранение кишечной непроходимости и обширного поражения, приводящего к паллиативной ТЭ. Рассмотрены возможности и ограничения хирургической ТЭ, представлены результаты литературного обзора ретроспективных исследований с 1993 по 2020 год. Выполнение полной резекции опухоли (R0) зачастую является единственной лечебной опцией для лечения распространённых опухолей малого таза и их рецидивов. Хирургические ограничения могут быть преодолены с помощью адекватной экспертизы и тесного междисциплинарного сотрудничества. Несмотря на низкую смертность (2-5%), отмечается относительно высокий уровень морбидности (32-84%), который может быть снижен оптимизацией периоперационного периода. В результате ТЭ около 80% пациентов сообщают об удовлетворительных результатах. Выводы подчёркивают возможность предложения хирургической ТЭ с низкой смертностью и приемлемым качеством жизни после операции, особенно в контексте мультимодальных стратегий лечения и предпочтений пациентов [19]. Злокачественная кишечная непроходимость часто возникает при запущенных формах рака, наиболее часто поражая яичники и поперечно-ободочную кишку. Другие новообразования женских половых органов, такие как саркома матки и агрессивный эндометриоидный рак, могут метастазировать в кишечник и вызывать непроходимость. Основными причинами являются обструкция просвета кишки или дисфункция перистальтики [20-22].

Palliative procedures in gynecologic oncology encompass various interventions, from minimally invasive techniques to more complex surgeries. A recent review examined studies on two specific clinical scenarios: the relief of intestinal obstruction and extensive disease that necessitates palliative PE. The review discusses the possibilities and limitations of PE, presenting the findings of a literature review of retrospective studies conducted from 1993 to 2020. Achieving complete tumor resection (R0) is often the only curative option for treating advanced pelvic tumors and their recurrences. While surgical limitations can be addressed through adequate expertise and close interdisciplinary collaboration, a relatively low mortality rate is associated with these procedures (2-5%). However, the morbidity rate remains high (32-84%), although it can be reduced by optimizing the perioperative period. As a result of PE, approximately 80% of patients report satisfactory outcomes. These findings emphasize that PE can be performed with low mortality and an acceptable quality of life post-surgery, particularly within the framework of multimodal treatment strategies and in consideration of patient preferences [19]. Malignant intestinal obstruction frequently occurs in advanced cancers, particularly those affecting the ovaries and transverse colon. Other tumors in the female reproductive system, such as uterine sarcomas and aggressive endometrioid cancers, may also metastasize to the intestine and lead to obstruction. The primary causes of this condition are either obstruction of the intestinal lumen or dysfunction in peristalsis [20-22].

A study compared minimally invasive and open PE in treating gynecologic cancers. The primary objective was to evaluate the quality of life in women after undergoing open versus minimally invasive PE, as well as to assess overall survival and perioperative morbidity. A total of 117 patients participated in the study and were matched based on their baseline characteristics. The results indicated no significant differences in disease-free survival or perioperative complications between the two groups, except for a higher rate of intraoperative transfusions in the open PE group. These findings emphasize no survival differences between minimally invasive and open PE when treating gynecologic cancer [23].

A study analyzing overall survival (OS) and disease-free survival (DFS) following complete PE included data from 39 primary studies. The results indicated that the 1-year OS for patients with gynecologic malignancies after this procedure ranged from 50.0% to 72.0%, while the 5-year OS varied between 6.0% and 64.6%. For patients with colon cancer, the 1-year survival rate exceeded 80%. Additionally, DFS was higher in primary tumor cases than local recurrences. The review also highlighted improved OS trends, particularly in larger medical centers with more experience and likely better equipment. The study's conclusion suggests that PE, traditionally regarded as a palliative intervention, may need to be reevaluated in favor of a curative approach [24].

PE is a surgical procedure used to treat malignant tumors in the pelvic region. During this operation, all organs within the pelvic cavity are removed, which includes the female reproductive organs, part of the rectum, and the lower urinary tract. The primary aim of PE is to achieve complete tumor resection (R0) in cases of advanced pelvic cancers or in cases where the cancer has recurred. PE can be performed for radical and palliative reasons, depending on the extent of the malignancy. Additionally, it is applicable in situations where the tumor has invasively spread to pelvic structures, making it difficult to remove only a part of the affected organs. Recent advancements in minimally invasive surgical techniques have allowed PE to be performed with less in-

В другом исследовании было проведено сравнение минимально инвазивной и открытой ТЭ в лечении гинекологических злокачественных опухолей. Основной целью было оценить качество жизни женщин после открытой и минимально инвазивной ТЭ, а также общую выживаемость и периоперационную морбидность. В исследование были включены 117 пациенток, и проведено сопоставление по показателям для уравнивания базовых характеристик. Результаты не выявили значимой разницы в выживаемости без признаков заболевания и периоперационных осложнениях, за исключением более высокой частоты интраоперационных трансфузий в группе с открытой ТЭ. Выводы исследования подчёркивают отсутствие различий в выживаемости между минимально инвазивной и открытой ТЭ при лечении гинекологического рака [23].

Исследование общей выживаемости (OS) и выживаемости без признаков заболевания (DFS) после полной ТЭ включало данные 39 первичных исследований. Результаты показали, что однолетняя OS у пациенток с гинекологическими злокачественными опухолями после данного вмешательства варьировала от 50,0% до 72,0%, а пятилетняя OS — от 6,0% до 64,6%. Для пациенток с раком толстой кишки однолетний уровень выживаемости составил более 80%. DFS была выше в случае первичных опухолей, чем при локальном рецидиве. Обзор также показал увеличение общей выживаемости с течением времени, особенно в крупных центрах с большим опытом и, вероятно, более совершенным оборудованием. Вывод исследования предполагает, что ТЭ, традиционно рассматриваемая как паллиативное вмешательство, может быть пересмотрена в сторону лечебного подхода [24].

ТЭ используется в лечении злокачественных опухолей тазовой области. В ходе этой операции происходит удаление всех органов, расположенных внутри полости таза, включая женские репродуктивные органы, часть прямой кишки и нижний мочевой тракт. Целью ТЭ является полная резекция опухоли (R0) в случаях распространённых раковых заболеваний таза или их рецидивов. Операция может быть проведена как в радикальных, так и в паллиативных целях, в зависимости от степени распространения злокачественного процесса. Кроме того, ТЭ может использоваться в ситуациях, когда опухоль инвазивно вовлекает структуры таза, усложняя возможность удаления только части поражённых органов. В последние годы развитие минимизированных хирургических методов позволяет также проводить ТЭ с использованием минимально инвазивных подходов, что может снизить риск осложнений и ускорить восстановление после операции. Важным аспектом ТЭ является не только удаление самой опухоли, но и обеспечение максимально возможного качества жизни после операции. Многие исследования показывают, что при оптимальной хирургической технике и современных подходах к послеоперационному уходу пациенты могут достичь удовлетворительных результатов и улучшения их качества жизни. Данное вмешательство представляет собой одну из самых масштабных и тяжёлых операций в гинекологической онкологии. Хирургические вмешательства могут быть как классическими, так и минимально инвазивными, но сопряжены с большой длительностью (от 5 до 14 часов) и различными потенциальными осложнениями [25].

В одном из исследований рассмотрена роль ТЭ в лечении рака прямой кишки с акцентом на достижение R0 резекции. Выбор хирургического вмешательства определялся оценкой возможности резекции. Исследование также затрагивало спорные вопросы, связанные с ТЭ при метастатическом заболевании. Послеоперационный уход у таких больных требует значительных ресурсов и включает уникальные аспекты, такие как «синдром пу-

vative approaches. This development can help reduce the risk of complications and promote quicker recovery after surgery. A crucial aspect of PE goes beyond just tumor removal; it also focuses on ensuring the patient's highest possible quality of life after the surgery. Research indicates that with optimal surgical techniques and modern postoperative care strategies, patients can achieve satisfactory outcomes and improve their quality of life. PE is among the most extensive and complex surgeries in gynecological oncology. These surgical procedures can be either traditional or minimally invasive but typically last between 5 to 14 hours and carry various potential complications [25].

A study investigated the role of PE in treating rectal cancer, focusing on achieving an R0 resection. The choice of surgical approach was based on the feasibility of the resection. The study also addressed controversial issues related to PE in cases of metastatic disease. Postoperative care for these patients is resource-intensive and involves consideration of a spectrum of post-exenteration complications, including empty pelvis syndrome. Despite the procedure's associated morbidity, patients' quality of life returned to baseline within six months and was maintained for up to five years [26].

The procedure for urinary tract reconstruction following PE for the treatment of gynecologic malignancies involves the removal of all organs within the pelvic cavity. There are several methods for urinary tract reconstruction, although only a few are commonly used. This review discusses the technical aspects, advantages, and disadvantages of each method while also critically analyzing continental techniques. The choice of approach depends on factors such as patient characteristics, the surgical team's experience, the capabilities of the medical institution, and the specific characteristics of the disease. The primary reconstruction methods include Bricker ileal conduit, self-catheterizable pouch, and orthotopic bladder replacement. Both continent or incontinent urinary diversions exhibit similar complication rates. Significant complications associated with these procedures may include urinary incontinence, stoma-related complications, challenges with self-catheterization, and the potential risk of secondary tumors. Training the surgical team and helping patients adapt to specific methods can take time. Quality of life assessment following different reconstruction methods remains a topic of debate. However, younger patients may benefit more from continent urinary diversions. The concentration of complex care procedures, such as total excisions, in specialized centers is considered a crucial factor in optimizing the outcomes of this complex surgery [27]. Data on modern surgical options for late-stage CC is continually being updated, including contributions from researchers in Uzbekistan.

DISCUSSION

The current article examines the impact of advanced technologies, including minimally invasive techniques, on the effectiveness and safety of surgical procedures. This underscores the relevance of the study in light of modern medical advancements.

The article also delves into extensive palliative interventions for neurological problems and PE. It emphasizes the variety of medical procedures available and their effects on patients with various conditions. The focus on postoperative care and rehabilitation highlights the importance of both the surgical procedure and subsequent care, significantly influencing the final treatment outcomes and quality of life for patients. Moreover, the article

стого таза». Несмотря на морбидность процедуры, качество жизни пациентов возвращалось к исходному уровню в течение шести месяцев и поддерживалось до пяти лет [26].

Процедура восстановления мочевых путей после ТЭ, предназначенная для лечения гинекологических злокачественных опухолей, включает в себя удаление всех органов в тазовой полости. Существует несколько методов для восстановления мочевых путей, но лишь немногие из них широко используются. В обзоре рассматриваются технические аспекты, преимущества и недостатки каждого метода, а также проводится критический анализ континентных методов. Выбор подхода зависит от характеристик пациента, хирургического опыта, медицинского учреждения и особенностей заболевания. Основные методы восстановления включают илеокондукт Брикера, самокатетеризуемый резервуар и ортотопическую замену мочевого пузыря. Континентные и неконтинентные методы имеют схожие частоты осложнений. Значимыми осложнениями являются мочевое недержание, осложнения со стомой, трудности с самокатетеризацией и риск вторичной опухоли. Обучение хирургической команды и адаптация пациентов к некоторым методам требуют времени. Оценка качества жизни при различных методах остаётся предметом дискуссий, но кажется, что молодые пациенты могут выиграть от континентных методов. Централизация ТЭ в специализированных центрах считается ключевым фактором для оптимизации результатов сложной операции [27]. Таким образом, продолжают накапливаться данные о современных возможностях хирургии на поздних стадиях РШМ, в том числе и в контексте публикаций узбекских учёных.

ОБСУЖДЕНИЕ

В текущей статье основное внимание было уделено воздействию передовых технологий, включая малоинвазивные подходы, на эффективность и безопасность хирургических вмешательств. Это подчёркивает актуальность исследования в контексте современных медицинских достижений.

Далее статья фокусировалась на обширных паллиативных вмешательствах, таких как устранение неврологических проблем и ТЭ. Это указывает на широкий спектр рассматриваемых медицинских процедур и их влияние на пациенток с различными заболеваниями. Выделение важности послеоперационного ухода и реабилитации подчёркивало осознание того, что не только сама хирургическая процедура, но и последующий уход играют ключевую роль в окончательных результатах лечения и качестве жизни больных. Также статья подчёркивала необходимость индивидуализированного подхода к каждой пациентке. Это включает в себя комплексное понимание особенностей каждого конкретного случая и адаптацию терапии под индивидуальные потребности, что считается ключевым фактором для достижения успешных результатов лечения. Такой подход демонстрирует современные тенденции в медицине, направленные на персонализированную и целенаправленную терапию для улучшения результатов лечения. Анализ различных хирургических методов в проведённых исследованиях показывает ограниченную эффективность этих методов при лечении поздних стадий РШМ. Сравнение радикальных и органосохраняющих операций позволяет найти оптимальный баланс между степенью вмешательства и сохранением качества жизни пациенток.

Существенные совпадения результатов текущего обзора с исследованиями других авторов в области хирургического лечения РШМ подчёркивают актуальность и значимость обсуждаемой темы. Недавняя статья была посвящена сравнению хирургической

stresses the necessity of an individualized approach to patient care. This approach entails a comprehensive understanding of each unique case and tailoring therapy to meet individual needs, which is crucial for successful treatment outcomes. This approach reflects current trends in medicine that favor personalized and targeted therapies to enhance treatment results. An analysis of various surgical techniques presented in the studies reveals the limited effectiveness of these methods in treating advanced CC. Comparing radical and organ preservation surgeries helps pinpoint the optimal balance between the degree of surgical intervention and the preservation of a patient's quality of life.

Notable similarities between the findings of this review and other studies in the field of cervical cancer surgical treatment highlight the significance of the topic. A recent article focused on comparing surgical and clinical staging prior to primary chemoradiation therapy in patients with CC at stages IIB-IVA, according to the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) classification. This study was part of the prospective international multicenter study, Uterus-11. The objective was to evaluate how preliminary surgical staging, including the removal of large lymph nodes, affects overall survival in patients with CC. It is important to note that, despite no overall survival differences observed between surgical and clinical staging, an improvement in survival was seen for a specific subgroup of patients who underwent surgical staging [28]. These findings highlight the significance of adopting an individualized approach to selecting treatment methods, which should consider the specific characteristics of patients and the stage of their disease.

However, as noted by other authors, the appropriateness of surgical intervention is also a crucial factor. In the European Union and the United States, the standard treatment for LACC is chemoradiation. In regions with limited access to radiotherapy, LACC can be managed with chemotherapy and hysterectomy [9]. It is unclear whether this approach improves survival rates in these countries, particularly Uzbekistan. Therefore, it is crucial to assess the safety and efficacy of performing hysterectomy in conjunction with radiotherapy, chemotherapy, or both as an alternative treatment option.

The current article highlights the limited number of studies regarding palliative surgery for CC; this topic has rarely been addressed in scientific literature. However, one study retrospectively examined clinical cases, surgical profiles, and outcomes of palliative procedures conducted at an oncology center. Out of 8,300 patients, 678 underwent palliative surgery, primarily for gastrointestinal tract tumors. These patients achieved symptom relief in 80-90% of cases, although morbidity was high among those with liver, gastrointestinal tract, and gynecological cancers. Overall, the significance of palliative surgery in enhancing the comfort of cancer patients, especially in resource-limited countries, was emphasized [29].

This review focuses on the various surgical strategies employed in the treatment of advanced CC. Prior studies have conducted systematic reviews of the literature addressing different aspects of cervical cancer. For instance, one study specifically explored strategies to enhance the effectiveness of CC screening in the United States [30]. Another study examined in detail the factors influencing access to healthcare for patients with CC in Brazil [31]. When comparing the results of the current review with studies by other authors, the relevance and diversity of the issue are emphasized. Specifically, the factors identified that promote or restrict access to healthcare in previous studies are crucial el-

и клинической стадии перед первичной химиорадиотерапией у пациенток с РШМ стадий IIB-IVA по классификации FIGO (Международной федерации по онкологии и гинекологии). Исследование проводилось в рамках международного многоцентрового проспективного рандомизированного исследования Uterus-11. Целью данной работы было оценить влияние предварительной хирургической стадии, включая удаление крупных лимфатических узлов, на общую выживаемость пациентов с раком шейки матки. Следует отметить, что, несмотря на отсутствие различий в общей выживаемости между хирургической и клинической стадиями РШМ, для определённой подкатегории пациенток наблюдалось улучшение выживаемости при хирургической стадии [28]. Это подчёркивает важность индивидуализированного подхода к выбору метода лечения, учитывая конкретные характеристики пациенток и их стадии заболевания.

Тем не менее, как отмечалось другими авторами, важным аспектом является целесообразность проведения хирургического вмешательства. Так, стандартное лечение в Евросоюзе и США для ЛРРШМ – химиорадиотерапия. В странах с ограниченным доступом к радиотерапии ЛРРШМ может лечиться химиотерапией и гистерэктомией [9]. Неизвестно, улучшает ли это выживаемость в целом в этих странах и в Узбекистане, в частности. Важно оценить безопасность и эффективность гистерэктомии в сочетании с радиотерапией или химиотерапией или и тем, и другим, как альтернативного метода лечения.

В текущей статье было ограничено число работ, касающихся паллиативной хирургии при РШМ, в целом эта тема крайне редко обсуждалась в научных публикациях. В то же время, в одной из работ ретроспективно исследованы клинические случаи, профили хирургических вмешательств и результаты паллиативных процедур в онкологическом центре. Из 8300 пациентов 678 подверглись паллиативной хирургии, преимущественно при опухолях пищеварительного тракта. Пациентам удалось достичь снятия симптомов в 80-90% случаев, но морбидность была высокой у пациентов с опухолями печени, желудочно-кишечного тракта и гинекологическим раком. В целом подчёркнута важность паллиативной хирургии для обеспечения комфорта больных раком, особенно в странах с ограниченными ресурсами [29].

Текущий обзор в настоящее время акцентирует внимание на различных хирургических стратегиях, применяемых при лечении поздних стадий РШМ. В предшествующих исследованиях были осуществлены систематические обзоры литературы, охватывающие разнообразные аспекты проблематики РШМ. Например, в одной из работ детально исследованы стратегии повышения эффективности скрининга РШМ в контексте США [30], тогда как в другой – подробно рассмотрены факторы, влияющие на уровень доступности здравоохранения для пациенток с РШМ в Бразилии [31]. При сравнении результатов текущего обзора с исследованиями других авторов подчёркивается не только актуальность, но и многогранность проблематики. В частности, обсуждаемые факторы, содействующие или ограничивающие доступ к здравоохранению в предшествующих исследованиях, являются фундаментальными аспектами, оказывающими существенное влияние на эффективность мероприятий, направленных на профилактику и лечение. Примеры литературных обзоров, затрагивающих вопросы РШМ в различных странах, также предоставляют дополнительный исследовательский контекст. К примеру, относительно Эфиопии авторы говорят насущной необходимости внедрения обширных стратегий профилактики и повышения уровня информированности среди женщин [32]. Подобным образом, исследование по Никарагуа акцентирует внимание на важности развития

элементов, которые значительно влияют на эффективность вмешательств, направленных на профилактику и лечение. Литературные обзоры, касающиеся ВПВ в различных странах, предоставляют дополнительный контекст для этого исследования. Для instance, в Эфиопии, авторы подчеркивают срочную необходимость внедрения комплексных стратегий профилактики и повышения осведомленности среди женщин [32]. Исследование Никарагуа подчеркивает необходимость улучшения понимания ВПВ, ВПВ и ВПВ, а также выявления барьеров, которые могут препятствовать эффективности процессов скрининга в стране [33]. Эти сравнительные анализы усиливают наше понимание сложной проблемы ВПВ, подчеркивая критическую необходимость комплексного подхода в разработке стратегий профилактики, диагностики и лечения.

В заключение, важно подчеркнуть значимость современных хирургических стратегий для лечения ВПВ и выделить будущие перспективы исследования. Выявление нерешенных вопросов и необходимость дополнительного исследования помогут определить направления для дальнейшего развития этой области медицины. Этот обзор не только суммирует ключевые выводы, но и подчеркивает важность хирургического вмешательства в лечении ВПВ и исследует способы улучшения существующих методов. Особое внимание уделяется созданию баз данных многоцентрового исследования, позволяющего проводить более комплексный анализ оптимальных хирургических практик. Эта инициатива послужит основой для дальнейших достижений в медицинской практике в этой области.

CONCLUSION

Этот обзор литературы исследовал современные хирургические стратегии для лечения ВПВ. Выводы подчеркивают важность комплексного подхода к лечению этого состояния. Комбинирование хирургического лечения с радиацией и химиотерапией является ключевым для достижения наилучших клинических результатов.

Роль паллиативных вмешательств также подчеркивается. Анализ нескольких статей о паллиативной хирургии указывает на необходимость рассмотрения не только радикальных операций, но и паллиативных вариантов, которые могут улучшить качество жизни для пациентов с ВПВ.

Балансирование радикального лечения с качеством жизни является ключевым. Изучая различные методы, такие как ВПВ, вагинэктомия, и другие, медицинские работники могут найти баланс между радикальностью лечения и сохранением качества жизни пациента. Выбор стратегии зависит от характеристик опухоли и индивидуальных факторов пациента.

Современные технологии, включая малоинвазивную хирургическую технику, значительно снижают морбидность и улучшают хирургические результаты. Продолжающиеся исследования могут прояснить перспективы использования новых технологий в ВПВ.

Послеоперационная забота и реабилитация играют важную роль в обеспечении успешных хирургических результатов. Высококачественная послеоперационная забота и эффективные программы реабилитации могут значительно сократить время восстановления и повысить удовлетворенность пациента.

Существует необходимость дополнительного исследования. Учитывая ограничения, наблюдаемые в некоторых исследованиях, проведение более обширных исследований с долгосрочным наблюдением является критическим для более точной оценки эффективности и безопасности современных хирургических стратегий в ВПВ.

Важной целью является проведение дальнейших исследований, охватывающих большие наборы данных и дополнительные параметры. Результаты этого обзора служат ценным ресурсом для медицинских специалистов в различных областях, позволяя им расширять свое понимание и углублять исследование различных аспектов хирургического лечения ВПВ.

знаний о мазках Папаниколау, ВПЧ и РШМ, а также указывает на препятствия, способные снизить эффективность процессов скрининга в данной стране [33]. Эти сопоставительные анализы обогащают общее понимание сложной проблемы РШМ и выделяют неотъемлемую важность многоаспектного подхода при разработке стратегий профилактики, диагностики и лечения.

Завершая обсуждение, следует подчеркнуть важность современных хирургических стратегий в терапии поздних стадий РШМ и выделить перспективы для будущих исследований. Определение нерешённых вопросов и потребностей в дополнительных исследованиях поможет сформулировать направления для будущего развития данной области медицины. Этот обзор не только обобщает ключевые выводы, но и подчёркивает значимость хирургического вмешательства в лечении РШМ, а также рассматривает пути совершенствования существующих методов. Особое внимание уделено необходимости создания многоцентровых баз данных для более глубокого анализа оптимальных хирургических практик. Это станет основой для дальнейшего прогресса в медицинской практике данной области.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данном литературном обзоре исследовались современные хирургические стратегии в терапии поздних стадий РШМ. Результаты работы подтверждают необходимость многоаспектного подхода в лечении поздних стадий этой патологии. Важность комбинации хирургического лечения, лучевой и химиотерапии подчёркивается для достижения наилучших клинических результатов.

Оценка роли паллиативных вмешательств: анализ ряда статей о паллиативной хирургии подчёркивает необходимость внимательного рассмотрения не только радикальных операций, но и возможности паллиативных вмешательств для улучшения качества жизни пациенток с распространённым РШМ.

Баланс между радикальностью и качеством жизни: изучение различных методов, таких как ТЭ, вагинэктомия и другие, позволяет сохранить баланс между радикальностью лечения и сохранением качества жизни. Выбор определённой стратегии зависит от характеристик опухоли и индивидуальных особенностей пациентки.

Роль современных технологий: отмечается, что современные технологии, такие как минимально инвазивные хирургические методы, могут играть важную роль в снижении морбидности и улучшении результатов операций. Исследования в этом направлении могут дополнительно внести ясность в перспективы применения новых технологий в хирургии РШМ.

Роль послеоперационного ухода и реабилитации: подчёркивается, что успешные результаты хирургического лечения также зависят от качества послеоперационного ухода и реабилитации. Развитие эффективных программ послеоперационного сопровождения может значительно сократить период восстановления и повысить общую удовлетворённость пациенток.

Необходимость дополнительных исследований: учитывая относительную ограниченность некоторых исследований, подчёркивается важность проведения более крупных исследований с длительным периодом наблюдения для более точной оценки эффективности и безопасности современных хирургических стратегий при поздних стадиях РШМ.

Существенной задачей остаётся акцентирование внимания на дальнейших исследованиях, охватывающих более обширные наборы данных с включением дополнительных параметров. Результаты данного исследования представляют собой ресурс для медицинских специалистов различных областей, позволяя им расширить свои знания и более глубоко изучить разнообразные аспекты хирургического лечения женщин с РШМ.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO; 2021. <https://www.who.int/publications/m/item/cervical-cancer-uzb-country-profile-2021>
2. Powell MP, Narimova GJ, Halimova ZJ. The results of surgical treatment of Cushing tumors in the Republic of Uzbekistan: Establishing transsphenoidal surgery in a developing nation. *World Neurosurgery*. 2017;97:213-20. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2016.09.067>
3. Aimagambetova G, Chan CK, Ukybassova T, Imankulova B, Balykov A, Kongrtay K, et al. Cervical cancer screening and prevention in Kazakhstan and Central Asia. *Journal of Medical Screening*. 2021;28(1):48-50. <https://doi.org/10.1177/0969141320902482>
4. Ryzhov A, Corbex M, Piñeros M, Barchuk A, Andreasyan D, Djanklich S, et al. Comparison of breast cancer and cervical cancer stage distributions in ten newly independent states of the former Soviet Union: A population-based study. *The Lancet. Oncology*. 2021;22(3):361-69. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30674-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30674-4)
5. Davies P, Aluloski I, Aluloski D, Brcanski J, Davidzenka A, Durdyeva A, et al. HPV vaccination and cervical cancer screening policies and practices in 18 countries, territories and entities across Eastern Europe and Central Asia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2023;24(5):1781-8. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2023.24.5.1781>
6. Warsi SK, Nielsen SM, Franklin BAK, Abdullaev S, Ruzmetova D, Raimjanov R, et al. Formative research on HPV vaccine acceptance among health workers, teachers, parents, and social influencers in Uzbekistan. *Vaccines*. 2023;11(4):754. <https://doi.org/10.3390/vaccines11040754>

REFERENCES

7. Wong EYT, Lim JFY, Toh HC. A review on paying for advanced cancer therapeutics: Hard truths and realities in Asia. *Chinese Clinical Oncology*. 2023;12(4):40. <https://doi.org/10.21037/cco-23-37>
8. Brandt B, Levin G, Leitao Jr MM. Radical hysterectomy for cervical cancer: The right surgical approach. *Current Treatment Options in Oncology*. 2022;23(1):1-14. <https://doi.org/10.1007/s11864-021-00919-z>
9. Kokka F, Bryant A, Olaitan A, Brockbank E, Powell M, Oram D. Hysterectomy with radiotherapy or chemotherapy or both for women with locally advanced cervical cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2022;8(8):CD010260. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010260.pub3>
10. Pareja R. Surgical staging for locally-advanced cervical cancer: The answer remains 'NO'. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2022;32(7):828-9. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2022-003713>
11. Lluca A, Escrig J, Gil-Moreno A, Benito V, Hernández A, Díaz-Feijoo B, et al. The extent of aortic lymphadenectomy in locally advanced cervical cancer impacts on survival. *Journal of Gynecologic Oncology*. 2021;32(1):e4. <https://doi.org/10.3802/jgo.2021.32.e4>
12. Niikura H, Tsuji K, Tokunaga H, Shimada M, Ishikawa M, Yaegashi N. Sentinel node navigation surgery in cervical and endometrial cancer: A review. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2019;49(6):495-500. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyz062>
13. Rema P, Mathew AP, Suchetha S, Ahmed I. Salvage surgery for cervical cancer recurrences. *Indian Journal of Surgical Oncology*. 2017;8(2):146-9. <https://doi.org/10.1007/s13193-015-0472-2>

14. Maeda M, Hisa T, Kurahashi H, Hayashida H, Lee M, Kakubari R, et al. Surgical management for transposed ovarian recurrence of cervical cancer: A systematic review with our experience. *Current Oncology*. 2022;29(10):7158-70. <https://doi.org/10.3390/curroncol29100563>
15. Vizzielli G, Chiantera V, Ercoli A, Scambia G. ASO authors reflections: Vaginectomy as surgical treatment of recurrent cervical cancer. *Annals of Surgical Oncology*. 2021;28(6):3291-2. <https://doi.org/10.1245/s10434-020-09266-z>
16. Topuz S, Kaban A, Küçük S, Salihoglu Y. Is surgical treatment an option for locally advanced cervical cancer in the presence of central residual tumor after chemoradiotherapy? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrica*. 2020;42(1):35-42. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701459>
17. Krakauer EL, Kane K, Kwete X, Afshan G, Bazzett-Matabele L, Ruthnie Bien-Aimé DD, et al. Augmented package of palliative care for women with cervical cancer: Responding to refractory suffering. *JCO Global Oncology*. 2021;7:886-95. <https://doi.org/10.1200/GO.21.00027>
18. Alméida A, Rodríguez J, Beltrán J, Sáenz J, Merchán A, Egurrola J, et al. Emergency embolization of pelvic vessels in patients with locally advanced cervical cancer and massive vaginal bleeding: A case series in a Latin American Oncological Center. *JCO Global Oncology*. 2020;6:1376-83. <https://doi.org/10.1200/GO.20.00239>
19. Lampe B, Luengas-Würzinger V, Weitz J, Roth S, Rawert F, Schuler E, et al. Opportunities and limitations of pelvic exenteration surgery. *Cancers*. 2021;13(24):6162. <https://doi.org/10.3390/cancers13246162>
20. Krouse RS. Malignant bowel obstruction. *Journal of Surgical Oncology*. 2019;120(1):74-7. <https://doi.org/10.1002/jso.25451>
21. Davis M, Hui D, Davies A, Ripamonti C, Capela A, DeFeo G, et al. Medical management of malignant bowel obstruction in patients with advanced cancer: 2021 MASCC guideline update. *Supportive Care in Cancer*. 2021;29(12):8089-96. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06438-9>
22. Madariaga A, Lau J, Ghoshal A, Dzierzanowski T, Larkin P, Sobocki J, et al. MASCC multidisciplinary evidence-based recommendations for the management of malignant bowel obstruction in advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2022;30(6):4711-28. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06889-8>
23. Bizzarri N, Chiantera V, Loverro M, Sozzi G, Perrone E, Gueli Alletti S, et al. Minimally invasive versus open pelvic exenteration in gynecological malignancies: A propensity-matched survival analysis. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2023;33(2):190-7. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2022-003954>
24. Miri SR, Akhavan S, Mousavi AS, Hashemi SR, Sheikhhasan S, Almasi-Hashiani A, et al. A Systematic review on overall survival and disease-free survival following total pelvic exenteration. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2022;23(4):1137-45. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2022.23.4.1137>
25. Grimes WR, Stratton M. Pelvic exenteration. In: StatPearls. *StatPearls Publishing, Treasure Island (FL)*. 2023.
26. Ng KS, Lee PJM. Pelvic exenteration: Pre-, intra-, and post-operative considerations. *Surgical Oncology*. 2021;37:101546. <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2021.101546>
27. Martínez-Gómez C, Angeles MA, MartínezA, Malavaud B, Ferron G. Urinary diversion after pelvic exenteration for gynecologic malignancies. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2021;31(1):1-10. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2020-002015>
28. Marnitz S, Tsunoda AT, Martus P, Vieira M, Affonso Junior RJ, Nunes J, et al. Surgical versus clinical staging prior to primary chemoradiation in patients with cervical cancer FIGO stages IIB-IVA: Oncologic results of a prospective randomized international multicenter (Uterus-11) intergroup study. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2020;30(12):1855-61. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2020-001973>
29. Deo SVS, Kumar N, Rajendra VKJ, Kumar S, Bhoirwal SK, Ray M, et al. Palliative surgery for advanced cancer: Clinical profile, spectrum of surgery and outcomes from a Tertiary Care Cancer Centre in low-middle-income country. *Indian Journal of Palliative Care*. 2021;27(2):281-5. https://doi.org/10.25259/IJPC.399_20
30. Bonuck KJ, Angier H, McCrimmon S, Holderness H, Erroba J, Huguet N, et al. A scoping literature review on evidence-based strategies to increase cervical cancer screening. *Journal of Primary Care and Community Health*. 2023;14:21501319231220994. <https://doi.org/10.1177/21501319231220994>
31. Lopes VAS, Ribeiro JM. Cervical cancer control limiting factors and facilitators: A literature review. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: Uma revisão de literatura. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2019;24(9):3431-42. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.32592017>
32. Derbie A, Mekonnen D, Nibret E, Misgan E, Maier M, Woldeamanuel Y, et al. Cervical cancer in Ethiopia: A review of the literature. *Cancer Causes & Control*. 2023;34(1):1-11. <https://doi.org/10.1007/s10552-022-01638-y>
33. Daniel D, Wickerham A, Fitzgerald EA, Kue J. Interventions to eliminate cervical cancer in Nicaragua: An integrative review of the literature. *Hispanic Health Care International*. 2023;21(2):104-13. <https://doi.org/10.1177/15404153221081280>

❶ СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Орифова Фируза Мухаммадиевна, заведующая отделением гинекологии Самаркандского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии
ORCID ID: 0009-0005-3728-0223
E-mail: firuzaorifova@gmail.com

Ортикова Хилола Убайдуллаевна, кандидат медицинских наук, врач гинеколог отделения гинекологии Самаркандского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии; ассистент кафедры онкологии, Самаркандский государственный медицинский университет
ORCID ID: 0009-0001-3573-7163
E-mail: hilolaortikova@gmail.com

Янова Эльвира Умаржоновна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры лучевой диагностики и терапии, Самаркандский государственный медицинский университет
ORCID ID: 0000-0001-8588-1297
E-mail: yanova_elvira@list.ru

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов
Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали

Конфликт интересов: отсутствуют

❶ AUTHORS' INFORMATION

Orifova Firuza Mukhamadievna, Head of the Department of Gynecology of the Samarkand Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology
ORCID ID: 0009-0005-3728-0223
E-mail: firuzaorifova@gmail.com

Ortikova Khilola Ubaydullaevna, Candidate of Medical Sciences, Gynecologist of the Department of Gynecology, Samarkand Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology; Assistant of the Department of Oncology, Samarkand State Medical University
ORCID ID: 0009-0001-3573-7163
E-mail: hilolaortikova@gmail.com

Yanova Elvira Umarzhonovna, Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Radiation Diagnostics and Therapy, Samarkand State Medical University
ORCID ID: 0000-0001-8588-1297
E-mail: yanova_elvira@list.ru

Information about support in the form of grants, equipment, medications

The authors did not receive financial support from manufacturers of medicines and medical equipment

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest

 АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:**Янова Эльвира Умаржоновна**

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры лучевой диагностики и терапии, Самаркандский государственный медицинский университет

140107, Республика Узбекистан, г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18

Тел.: +998 (915) 360769

E-mail: yanova_elvira@list.ru

 ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:**Yanova Elvira Umarzhonovna**

Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Radiation Diagnostics and Therapy, Samarkand State Medical University

140107, Republic of Uzbekistan, Samarkand, Amir Temur str., 18

Tel.: +998 (915) 360769

E-mail: yanova_elvira@list.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: ОФМ, ОХУ

Сбор материала: ОХУ

Анализ полученных данных: ОФМ, ЯЭУ

Подготовка текста: ОХУ

Редактирование: ОФМ, ЯЭУ

Общая ответственность: ОФМ

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Conception and design: OFM, OKhU

Data collection: OKhU

Analysis and interpretation: OFM, YaEU

Writing the article: OKhU

Critical revision of the article: OFM, YaEU

Overall responsibility: OFM

Поступила 26.05.24

Принята в печать 27.02.25

Submitted 26.05.24

Accepted 27.02.25