

UŞAQLIQ BOYNUN XƏSTƏLİKLƏRİ VƏ HAMİLƏLİK

**C.F. Gurbanova, N.A. Şahbazova, X. Adıgözəlova-Mirzəyeva,
A.A. Şahbazova, K.X. Əfəndiyeva, Q.V. İsayev, S.E. İdrisova**
Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: *uşaqlıq boynun xəstəlikləri, HPV, CIN, hamiləlik, diaqnostika, profilaktika*

Uşaqlıq boynu xəstəliklərinin diaqnostika və müalicəsində əldə olunan müasir nailiyyətlərə baxmayaraq, uşaqlıq boynu patologiyası mamalıq və ginekologiyada, xüsusilə də hamilə qadınlar arasında, ən aktual problemlərdən biri olaraq qalır. Bu qanunauyğunluq təsadüfi deyil və reproduktiv yaşlı qadınlar, xüsusən də 29 yaşdan aşağı pasiyentlər arasında uşaqlıq boynu xərçənginin artan rastgəlmə tezliyi ilə şərtlənir. Uşaqlıq boynu xərçəngi ilə xəstələnmənin orta illik artım tempi 2,1% təşkil edir və hamilə qadınlarda müşahidə olunan bütün onkoloji xəstəliklər arasında 45% payla birinci yeri tutur. 30 yaşadək qadınlarda ölüm səbəblərinin strukturunda isə uşaqlıq boynu xərçənginin payı 8,5%-ə çatır [1].

Ədəbiyyat məlumatlarına görə, uşaqlıq boynunun fon xəstəlikləri uşaqlıq boynunun ektopiyası qadın əhalisinin 38,8%-də rast gəlinir və ginekoloji xəstələrin 54,2%-ni təşkil edir. Bu xəstəliklərin strukturunda 54,2%-i ektopiya təşkil edir və əsasən 25 yaşadək gənc qadınlar qrupunda aşkar olunur. Ədəbiyyatda bu gün də uşaqlıq boynu fon xəstəliklərinin etiologiyası, patogenezi və müalicəsi ilə bağlı çoxsaylı suallar qalmaqdadır [2].

Uşaqlıq boynunun eroziyası çoxqatlı yastı epitelin silindrik epitellə əvəz olunması nəticəsində yaranan selikli qısa defektidir. Uşaqlıq boynunun eroziyası xərçəngönü hal hesab olunur və əlavə risk amilləri olduqda displaziya və uşaqlıq boynu xərçənginin inkişafı üçün zəmin yarada bilər. Uşaqlıq boynunun eroziyası serviksdə çoxqatlı yastı epitelin silindrik epitellə əvəzlənməsi nəticəsində meydana çıxır. Bu hal travma, iltihab, hormonal dəyişikliklər və infeksiyalar kimi müxtəlif səbəblərlə bağlı ola bilər. Uşaqlıq boynu eroziyasının patogenezi epitelin regenerasiya və reparasiya prosesləri ilə əlaqədardır. Uşaqlıq boynu eroziyasının klinik təzahürlərinə narahatlıq hissi, cinsi əlaqədən sonra qanaxma, floraya görə anormal yaxma nəticələri və iltihabi əlamətlər aid ola bilər. Bununla belə, çox vaxt uşaqlıq boynu eroziyası simptomuz keçir və profilaktik müayinələr zamanı təsadüfən aşkar olunur. Uşaqlıq boynu eroziyasının

diaqnostikasında əsas üsullar vizual baxış, kolposkopiya, həmçinin zərurət olduqda Pap-test və biopsiya-dır. Mümkün infeksiya amillərin müəyyənəşdirilməsi üçün mikrobioloji müayinə də tələb oluna bilər [3].

Uşaqlıq boynunun ektopiyası silindrik epitelin uşaqlıq boynunun vaginal hissəsinə yerdəyişməsi ilə xarakterizə olunur. Anadangəlmə və qazanılmış ektopiya ayırd edilir. Birinci halda adından da görün-düyü kimi, dəyişiklik doğuşdan mövcud olur, ikinci halda isə səbəb həm mexaniki zədələnmələr, həm iltihabi proses, həm də hormonal pozğunluqlar ola bilər. Klinik olaraq cinsi əlaqə zamanı və ya ondan sonra qanlı ifrazatın olması, həmçinin ağ ifrazatın miqdarının artması müşahidə edilə bilər. Uşaqlıq boynunun leykoplakiyasına gəldikdə isə, bu patologiyanın yaranma səbəbləri hələ kifayət qədər öyrənilməmişdir. Bununla belə, zərif və kobud leykoplakiya formaları fərqləndirilir. Kobud forma daha nadir rast gəlinir. Xərçəngə çevrilə bilən kondilomaların əsas səbəbi cinsi yolla ötürülən insan papilloma viruslarıdır (HPV). Uşaqlıq boynunun displaziyası toxumalarda patoloji dəyişikliklərlə müşayiət olunur və zöhrəvi, eləcə də digər infeksiya xəstəliklərinə cavab olaraq yarana bilər. Ağır dərəcəsinə görə displaziyanın üç tipi ayırd edilir [4]. HPV ilə infeksiyalanmış servikal kanalda yeni törəmənin əmələ gəlməsi 6 ay ərzində baş verir. Persist edən infeksiyalanmış toxumanın ara mərhələləri keçməklə bəd xassəli şişə çevrilməsi adətən 10-20 il ərzində baş verir. Bu yaş qrupunda reproduktiv planların tamamlanmaması, virusun eliminasiyası ehtimalının olması, operativ müdaxilələrdən sonrakı servikal faktorla əlaqəli sonsuzluq (servikal kanalın daralması və ya tam atreziası, istmik-servikal çatışmazlıq) ağırlaşmış hamiləliklərin və doğuşların olması hallarında ciddi tədbirlərin görülməsinə ehtiyac var [5].

Vaxtında qoyulan diaqnoz və adekvat müalicə uşaqlıq boynunun bir çox ağır patologiyalarının, xüsusilə onkoloji xəstəliklərinin profilaktikası hesab olunur. Müasir təbabətin yüksək nailiyyətlərinin olmasına baxmayaraq uşaqlıq boynu xərçəngi gineko-

logiyanın aktual problemlərindən biridir və onkogenoloji xəstəliklərin strukturunda 2ci yeri tutur və təəssüf ki, ilbəil müxtəlif yaş qruplarında rastgəlmə tezliyinin artması tendensiyası müşahidə olunur [6]. Uşaqlıq boynu öz struktur-funksional xüsusiyyətlərinə görə reproduktiv sistemdə xüsusi yer tutur, mayalanma, ağırlaşmamış hamiləlik və vaxtında doğuşların təmin edilməsində mühüm rol oynayır. Dünyada hər il 530000 yeni uşaqlıq boynu xərçəngi olan xəstələr aşkar edilir, hər il 275000 qadın bu xəstəlikdən dünyasını dəyişir. Amerika Xərçənglə Mübarizə Cəmiyyətinin məlumatına əsasən, uşaqlıq boynu xərçəngi hər il orta hesabla 13000 qadında aşkar edilir ki, bunların 4500 nəfərində letallıqla nəticələnir. Azərbaycanda 2001-2011-ci illər üzrə şiş diaqnozu ilə qeydə alınan 29225 qadın xəstəsinin 2285 nəfərini uşaqlıq boynu xərçəngi olan xəstələr təşkil edir. Təyin edilmişdir ki, uşaqlıq boynu xərçənginin inkişafının risk qrupuna aşağı sosial təbəqədən olan, erkən cinsi həyata başlayan, erkən doğan, qaradərili, çoxsaylı cinsi partnyorları olan və qaydasız cinsi həyat keçirən qadınlar aiddir [7].

Yaxmanın Papanikolau üsulu ilə hər il sitoloji müayinəsi ABŞda uşaqlıq boynu xərçənginin rastgəlmə tezliyini nəzərəcarpacaq dərəcədə azaltmışdır. 1988-ci ildə histopatoloji və sitopatoloji dəyişikliklər əsasında uşaqlıq boynunun preinvaziv və invaziv zədələnmələrini müəyyənləşdirən Betesta sistemi (Bethesda System) qəbul olunmuşdur. Bu sistemə epiteldaxili zədələnmələrin aşağı dərəcəsi, epiteldaxili zədələnmələrin yüksək dərəcəsi terminləri daxil edilmişdir [8].

İnsan papilloma virusu (İPV) reproduktiv sistem infeksiyalarının ən çox yayılmış virus törədiciyi olub, qadınlarda və kişilərdə bir sıra xəstəliklərə, o cümlədən xərçəngə çevrilə bilən xərçəngönü vəziyyətlərə səbəb olur. HPV infeksiyası əksər hallarda asimptomatik olub, hüceyrəvi immunitet və yerli mexanizmlərlə təmizlənilir, lakin bu virusun davamlı persistə etməsi patoloji vəziyyətin inkişafına səbəb ola bilər. Qadınlarda onkogen HPV növlərinin səbəb olduğu uşaqlıq boynunda intraepitelial neoplazianın (CIN) inkişafına gətirib çıxara bilər ki, bu da müalicə olunmadıqda invaziv uşaqlıq boynu xərçənginə çevrilə bilər [9]. İnsan papillomavirusu (HPV) uşaqlıq boynu xərçənginin yaranmasında demək olar ki, zəruri səbəb hesab olunur və HPV genotipləri uşaqlıq boynunda bədxassəli proses törətmə potensialına görə yüksək riskli və aşağı riskli qruplara bölünür. Risk altında olan qadınların skriningində HPV-DNT-nin aşkarlanması geniş istifadə olunur. Lakin

hamiləlik dövründə onun klinik əhəmiyyəti kifayət qədər sübut olunmamışdır. HPV-DNT testi monitorinq, riskin stratifikasiyası və kolposkopiya tələb edən halların aşkar edilməsi üçün faydalı vasitə ola bilər. HPV-mRNT testi ilə birlikdə istifadə edildikdə onun spesifikliyi arta bilər. Lakin hamilə olmayan qadınlarda HPV-DNT aşkarlanma tezliyi ilə müqayisədə nəticələr birmənalı olmamış və etibarlı nəticə çıxarmağa imkan verməmişdir. Həm bu qeyri-müəyyən nəticələr, həm də testin yüksək qiyməti onun geniş tətbiqinə mane olur. Buna görə də Papanikolaou yaxması (Pap-smear) hələ də birinci sıra diaqnostik vasitə olaraq qalır, kolposkopiya nəzarəti altında uşaqlıq boynundan götürülən biopsiya isə hamiləlik zamanı servikal intraepitelial neoplazianın (CIN) aparılmasında və müalicə taktikasının müəyyən edilməsində "qızıl standart" üsul hesab olunur [10].

Uşaqlıq boynu xəstəliklərinin skrininginin aparılması da müasir tibbin qarşısında duran ciddi məsələlərdən hesab edilir. Bu məqsədlə aparılan tədqiqatlarda maye əsaslı sitologiyanın həssaslığı 93,1%, ənənəvi PAP test isə 81,3% təşkil etmişdir. Maye əsaslı sitologiyanın spesifikliyi 76,2%, ənənəvi PAP testin isə 70,6% təyin edilmişdir. Ümumi diaqnostik dəyər maye əsaslı sitologiyada 86%, ənənəvi PAP testdə isə 78,5% hesablanmışdır. Məlum olmuşdur ki, reproduktiv yaş qrupunda olan 46% qadında, premenopauza yaş qrupuna daxil olan 79,5%, postmenopauza qrupuna daxil olan 78% qadında abort olmuşdur. Doğuşdan sonrakı fəsadlardan isə doğuş yollarının yumşaq toxumalarının, xüsusilə uşaqlıq boynunun cırıq reproduktiv yaş qrupda 32% qadında rast gəlməmişdir. Reprodaktiv yaş qrupunda 70% qadın heç bir ailə planlaması üsulundan istifadə etməmişdir [11].

Aparılan araşdırmalara görə hamiləlik zamanı aşkar edilən uşaqlıq boynu xəstəliklərinin, xüsusilə iltihabi və HPV-assosiasiyalı zədələnmələr, servikal intraepitelial neoplaziya (CIN) və invaziv uşaqlıq boynu xərçəngönü vəziyyətlər təkcə cift-döl sağlamlığının qorunması baxımından deyil, həm də gələcəkdə ciddi onkoloji xəstəliklərə zəmin yaratması baxımından xüsusi əhəmiyyət kəsb edir [12].

Uşaqlıq boynunun xəstəlikləri və hamiləlikdə aktuallığı

Uşaqlıq boynu patologiyası reproduktiv yaş dövründə geniş yayılmışdır və bu səbəbdən hamiləlik zamanı aşkarlanan servikal dəyişikliklər mama-ginekoloji praktikada mühüm yer tutur. Servikal xərçəngin demək olar ki, bütün halları yüksək onkogen riskli İPV ilə bağlıdır; ÜST məlumatına görə uşaqlıq

boynu xərçənginin təxminən 99%-i yüksək riskli İPV infeksiyası ilə əlaqəlidir. Bu fakt hamiləlik zamanı aşkar olunan servikal dəyişikliklərin sadəcə lokal problem deyil, uzunmüddətli onkoloji risk göstəricisi olduğunu göstərir. Eyni zamanda prenatal müşahidə bir çox qadında ilk sistemli ginekoloji müayinə mərhələsi olduğundan hamiləlik erkən aşkarlama üçün xüsusi imkanlar yaradır [13].

Aybaşı funksiyanın formalaşma xüsusiyyətləri: erkən və ya gec menarxe, erkən cinsi yetişkənlik uşaqlıq boynu xəstəliklərinin inkişaf riskini 5–7,5 dəfə artırır. Cinsi anamnez: erkən cinsi həyata başlama, süni abortlar, həddindən artıq cinsi aktivlik, çoxsaylı cinsi partnyorların olması infeksiyalanma üçün şərait yaradır və xəstəliklərin gedişini ağırlaşdırır. Reproduktiv funksiya: ilk hamiləlik və doğuşun erkən yaşda baş verməsi, çoxsaylı hamiləlik və doğuşlar, erkən menarxe, hormonal pozğunluqlar, hormonal kontraseptivlərin 5–9 il müddətində istifadəsi, uşaqlıq boynunun travmaları [14].

Gələcəkdə reproduktiv funksiyanı qorumaq istəyən pasiyentlər üçün seçimlər sadəcə konizasiyadan başlayaraq, şiş ölçüsü <2 sm olan hallarda abdominal radikal traxelektomiyaya qədər dəyişir. Ölçüsü >2 sm olan şişlərin idarə olunması isə daha az dəqiq müəyyən edilmişdir və təlimatlarda belə hallarda fertilliyi qoruyan yanaşmalar nəzərdən keçirilərkən residiv riskinin daha yüksək ola biləcəyi vurğulanır. Eyni zamanda, neoadyuvant kimyaterapiya seçilmiş pasiyentlərdə tövsiyə olunur. Nəhayət, təlimatlarda hamiləlik dövründə xərçəng və nadir şişlər mövzularına da toxunulur, lakin bu məsələlər geniş təfərrüat verilmədən təqdim edilir və xüsusilə hamiləliyin müxtəlif gestasiya dövrlərində və ya spesifik nadir histoloji yarımtiplərdə aparılma taktikası ilə bağlı daha ətraflı tövsiyələrə ehtiyac vardır. Müşahidəyə gəldikdə isə, təlimatlar həyat keyfiyyətinin monitorinqinin vacibliyini vurğulayır ki, pasiyentlər qısa və uzunmüddətli əlavə təsirlərlə bağlı mühüm məlumatları təqdim edə bilsinlər [15]. Uşaqlıq boynu xərçəngi dünya səhiyyəsi üçün hələ də mühüm problem olaraq qalır ki, bunu 2030-cu ilədək yeni halların sayının 700 minə çatacağına dair proqnoz da təsdiqləyir [16].

Hamiləlik zamanı uşaqlıq boynunda fizioloji dəyişikliklər və diaqnostik çətinliklər

İPV infeksiyasının hamilələrdə yayılması müxtəlif işlərdə geniş diapazonda göstərilir. 2021-ci il yenilənmiş icmalında hamiləlikdə İPV prevalensiyasının 5.5%-dən 65%-ə qədər dəyişə bildiyi, bunun yaş, coğrafiya və gestasiya müddətindən asılı olduğu

bildirilmişdir. 2025-ci il böyük kohort tədqiqatında isə hamilə qadınlarda ümumi İPV pozitivlik təxminən 19.9% olmuşdur. Bu məlumatlar həm ilkin profilaktikanın, həm də hamiləlikdən əvvəl və ya sonra rasiona skrininqin əhəmiyyətini artırır [17].

İnvaziv uşaqlıq boynu xərçəngi hamiləlikdə nadir olsa da, ən mürəkkəb servikal patologiyadır. 2024-cü il sistemlik icmalına görə bu hal təxminən 1.6–11.1/100 000 hamiləlik arasında rast gəlinir və bütün servikal xərçənglərin təxminən 3%-i hamiləlikdə diaqnoz qoyulur. Eyni zamanda böyük şəbəkə məlumatları hamilə qadınlarda xəstəliyin daha çox erkən mərhələdə aşkarlanmasını göstərir; bir təhlildə hamilə xəstələrdə yalnız 26% halların II–IV mərhələdə olduğu, qeyri-hamilə qadınlarda isə bu göstəricinin 52% təşkil etdiyi bildirilmişdir. Bu, prenatal nəzarətin erkən aşkarlamaya töhfəsini düşündürür [18].

Hamiləlik serviksdə damarlaşmanın artması, ektopion, stromal ödem, sekretor aktivliyin yüksəlməsi və sitomorfoloji dəyişikliklərlə müşayiət olunur. Sitoloji baxımdan navikulyar hüceyrələr, hiperplastik endoservikal hüceyrələr, immatur metaplastik hüceyrələr, Arias–Stella tipli dəyişikliklər, hətta residual hüceyrələr və trofoblast elementləri müşahidə oluna bilər. Bu dəyişikliklər bəzən koilositoz, HSIL və ya adenokarsinoma in situ ilə qarışdırıla bilər. Buna görə hamiləlikdə servikal sitologiyanın interpretasiyası adi populyasiyadan daha çox təcrübə tələb edir və yalnız pozitiv, eləcə də yalnız neqativ nəticə riskini artırır [12].

Bu səbəbdən erkən diaqnostika yalnız testin götürülməsi ilə məhdudlaşmır; düzgün nəticə üçün hamiləliklə bağlı morfoloji fonun nəzərə alınması vacibdir. 2023-cü il icmalına görə servikal skrininq hamiləlik zamanı təhlükəsizdir, lakin qanama riskini azaltmaq üçün uyğun nümunəgötürmə alətindən istifadə olunmalıdır. Kolposkopiya təcrübəli mütəxəssis tərəfindən aparıldıqda daha etibarlıdır, çünki hamiləlik serviksindəki dəyişikliklər invaziv prosesi maskalaya və ya əksinə şişirdə bilər [19].

Etioopatogenez və əsas risk amilləri

Hamiləlik zamanı uşaqlıq boynu son dərəcə mühüm anatomik və funksional strukturdur. Uşaqlıq boynunda yaranan pozğunluqlar hamiləliyin gedişinə və nəticəsinə ciddi təsir göstərə bilər. Hazırda uşaqlıq boynu patologiyasının müxtəlif diaqnostika və müalicə üsullarının seçimi, həmçinin bu patologiyanın hamiləliyin gedişinə və nəticəsinə təsiri məsələsi öz aktuallığını qoruyub saxlayır. Uşaqlıq boynunda baş verən dəyişikliklərin strukturunda

aparıcı yeri iltihabi proseslər (ekzo- və endoservisitlər) tutur – onların payı 90% təşkil edir. Cinsi yolla ötürülən infeksiyalar uşaqlıq boynunun ektopiyası zamanı silindrik epitelin çoxqatlı yastı epitellə əvəzlənməsi prosesini pozur və onun müxtəlif patoloji hallarının inkişafına şərait yaradır. Bundan əlavə, uşaqlıq boynunda dəyişiklikləri olan hamilə qadınlarda, uşaqlıq boynunda dəyişiklik olmayan qrupla müqayisədə, anamnezdə endoservisit və uşaqlıq artımlarının iltihabi xəstəliklərinin tezliyinin artması diqqəti cəlb edir (müvafiq olaraq 76,7% və 4,4%). Hazırda məlumdur ki, hamiləlik dövründə dölnün vəziyyətinin pozulmasının ən çox rast gəlinən səbəbi plasentar çatışmazlıqdır. Bu hal dölnün bətn daxili hipoksiyasının, inkişafdan qalmasının, eləcə də doğuş zamanı travmalarının əsas səbəblərindən biridir. Uşaqlıq boynunda dəyişiklikləri olan qadınlarda hamiləliyin gedişi yüksək düşükyaratma tezliyi və fetoplasentar çatışmazlıqla (FPC) səciyyələnir: servikal kanalın polipoid törəmələri zamanı müvafiq olaraq 72% və 8%, uşaqlıq boynunun xərçəngünü hallarına görə invaziv müalicə üsullarından sonra 74% və 38%, ektopiya və ektropion zamanı 32% və 11%, leykoplaqiya zamanı 16% və 8%, servikal intraepitelial neoplaziya zamanı isə 17% və 11% hallarda müşahidə olunur. Plasentar çatışmazlığın inkişafı baxımından xüsusi risk qrupunu anamnezində genital infeksiya xəstəliklərin yüksək indeksi olan qadınlar, xüsusilə ekzo- və endoservisitdən əziyyət çəkənlər təşkil edir [20].

Hamiləlik dövründə estrogen, progesteron, insan xorionik qonadotropini və kortikosteroidlərdə baş verən hormonal dəyişikliklər ananın immun vəziyyətini əhəmiyyətli dərəcədə dəyişdirir, bu da uşaqlıq boynu hüceyrələrini insan papilloma virusu (HPV) infeksiyası kimi kanserogen amillərin təsirinə daha həssas edir və beləliklə, bədxassəli transformasiya riskini artırır [21]. Bununla belə, hamiləliyin özünəməxsus fizioloji vəziyyəti bu bədxassəli prosesin simptomlarını gizlədə bilər. Bundan əlavə, hormonal dəyişikliklərin təsiri altında olan şiş markerləri çox vaxt anormal nəticələr göstərir ki, bu da şişin mənsəyini və ağırlıq dərəcəsini dəqiq müəyyən etməyi çətinləşdirir.

Tədqiqatlarda müəyyən edilmişdir ki, hamiləlikdə uşaqlıq boynu xərçəngi olan pasiyentlərin 5 illik ümumi sağqalma ehtimalı hamilə olmayan uşaqlıq boynu xərçəngi pasiyentlərinin göstəriciləri ilə oxşardır. Məlum olmuşdur ki, törəminin ölçüsü (≥ 4 sm), FIGO mərhələsi ($\geq$ IB2) və diaqnoz qoyulma vaxtı (doğuşdan sonrakı diaqnoz) mühüm proqnostik risk amilləridir. Bu xəstələrdə doğuş üsulunun seçimi

məsələsi də sona qədər öz həllini tapmamışdır, buna görə də əlavə araşdırmalara ehtiyac vardır. Bu nəticələr hamiləlikdə uşaqlıq boynu xərçəngi hamilə qadınlarda fərdi şəkildə aparılması üçün mühüm istinad mənbəyi ola bilər. Sonrakı tədqiqatların əsas diqqəti yüksək riskli patoloji tiplərə, limfa düyünü metastazlarının qiymətləndirilməsinə və NACT-in optimal tətbiqinə yönəldilməlidir, bu da öz növbəsində hamiləlikdə uşaqlıq boynu xərçənginin müalicə strategiyaları daha da təkmilləşdirilməsinə imkan verəcəkdir [10]. Hamiləlikdə uşaqlıq boynu xəstəliklərinin əsas etioloji fonunu persistə edən HPV infeksiyası təşkil edir. Hamiləliyə xas immun modulyasiya, hormonal fonun dəyişməsi və servikal epitelin transformasiya zonasında baş verən dinamik proseslər HPV ilə əlaqəli lezyonların aşkarlanmasını və təkamülünü təsirləndirə bilər. Bununla belə, müasir mənbələr hamiləliyin HPV-nin təbii gedişini köklü şəkildə dəyişdirmədiyini, yəni hamilə qadınlarda xərçəngə proqressiya riskinin qeyri-hamilə qadınlarla eyni risk prinsipləri əsasında qiymətləndirilməli olduğunu vurğulayır [22].

Erkən diaqnostika: skrininq, kolposkopiya və biopsiya

Müasir yanaşma ondan ibarətdir ki, hamiləlik servikal skrininq üçün əks-göstəriş deyil. Əksinə, prenatal müşahidə zamanı daha əvvəl skrininqdən keçməmiş qadınlarda bu, yüksək dəyərli diaqnostik fürsətdir. ASCCP-nin 2024-cü il tövsiyəsinə görə hamiləlik HPV-nin təbii tarixçəsini dəyişdirmir və anormal skrininq nəticələri qeyri-hamilə qadınlarla eyni risk hədləri əsasında qiymətləndirilməlidir. Hamiləlikdə kolposkopiya dərhal CIN3+ riski $\geq 4\%$ olduqda tövsiyə edilir. Lakin ekspeditiv müalicə hamiləlik zamanı tövsiyə olunmur; eksiziya yalnız xərçəngdən şübhə olduqda nəzərdən keçirilir [22].

Kolposkopik yönümlü biopsiya düzgün göstəriş olduqda hamiləlikdə əsas təhlükəsiz metod sayılır və əlverişsiz cərrahi və ya ginekoloji nəticələrlə əlaqələndirilmir. Bununla belə, hər sitoloji müayinə zamanı aşkar edilən anomaliyalar olduqda dərhal invaziv diaqnostikanın aparılmasına da tələbat olmur. Mənbələrdə xüsusilə vurğulanır ki, onkoloji xəstəlik şübhəsi olduqda belə, hamiləlikdə müalicə adətən doğuşdan sonrakı dövrə saxlanılır; əsas məqsəd invaziv xərçəngi istisna etməkdir. ESGO 2023 təlimatında histoloji təsdiqin kolposkopik biopsiya və ya yalnız seçilmiş hallarda, əsasən I trimestrdə kiçik konizasiya ilə aparıla biləcəyi, lakin ECC-nin aparılmalı olduğu göstərilir [22].

Hamiləlikdə servikal intraepitelial neoplaziya (CIN): rastgəlmə tezliyi və təbii gediş

Ədəbiyyatın ümumi nəticəsi ondan ibarətdir ki, hamiləlikdə aşkarlanan servikal displaziya hallarında əksər lezyonlar (zədələnmələr) ya stabildir, ya da doğuşdan sonra geriye inkişaf edir. 2024-cü il icmalında invaziv xəstəliyə proqressiya riskinin 0–0.4% olduğu, xüsusilə ASC-US və LSIL hallarının böyük hissəsində postpartum dövrdə ciddi lezyon aşkar edilmədiyi göstərilir. Eyni mənbədə CIN 2/3 zədələnmələrində spontan regressiyanın 48–70% diapazonunda olduğu qeyd edilir. 2024-cü il patomorfoloji icmalında LSIL üçün ümumi regressiyanın 76%-ə qədər, HSIL üçün isə 59%-ə qədər yüksələ bildiyi bildirilir [23].

Digər tərəfdən, bütün zədələnmələr geriye inkişaf etmir. 2025-ci il icmalına görə postpartum dövrdə regressiya 10–70%, persistensiya 25–45%, proqressiya isə 3–30% arasında dəyişə bilər; bu fərqlər seçilmiş populyasiyadan, ilkin lezyon dərəcəsi və izləmə müddətindən asılıdır. Buna görə “hamiləlikdə hər bir CIN təhlükəsizdir” fikri düzgün deyil; daha doğru yanaşma “əksər CIN lezyonları konservativ izlənilə bilər, lakin invaziyanın qaçırılmaması üçün sistemli nəzarət vacibdir” şəklindədir [24].

CIN zamanı proqnoz və aparma taktikası

ASCCP-yə görə hamiləlik zamanı CIN2/3 və ya AIS aşkarlanarsa, xəstə kolposkopiya və yaşa uyğun testlərlə hər 12–24 həftədən bir izlənməlidir. Təkrar biopsiya yalnız lezyonun pisləşməsi və ya invaziya şübhə yarandıqda tövsiyə olunur. Təkrar kolposkopiyanın postpartum dövrə saxlanması da qəbul edilə bilər. Doğuşdan sonra kolposkopiya ən azı 4 həftə sonra aparılmalıdır; görünən zədələnmə varsa, eksizisional prosedür və ya tam diaqnostik qiymətləndirmə aparılır. Beləliklə, yüksək dərəcəli servikal zədələnmələrin hamiləlikdə aparılmasında əsas prinsip müalicəni yox, nəzarəti gücləndirməkdir. Bu taktika həm ana, həm də döl üçün lazımsız invaziv müdaxilələrin qarşısını alır. Eyni zamanda AIS diaqnozu qoyularsa, ginekoloji onkoloqa yönləndirmə üstün hesab olunur. Praktikada bu yanaşma sitologiya, HPV testi, ekspert kolposkopiya və postpartum yenidən qiymətləndirmənin kombinasiyasına əsaslanır [22].

İnvaziv uşaqlıq boynu xərçəngi və hamiləlik

Proqnoz baxımından mövcud məlumatlar göstərir ki, hamiləliyin özü servikal xərçəngin bioloji aqressivliyini mütləq şəkildə artırmır. 2024-cü il

icmalında uşaqlıq boynu xərçənginin hamiləlik zamanı baş verməsinin maternal proqnozu pisləşdirdiyinə dair inandırıcı sübutun olmadığı qeyd olunur. Buna baxmayaraq, proqnoz yenə də əsasən FIGO mərhələsi, limfa düyünü statusu, histoloji tip, şiş ölçüsü və müalicənin gecikdirilmə imkanları ilə müəyyənəşir. Bu səbəbdən hamiləlikdə invaziv xəstəlik şübhəsi olduqda qərarlar yalnız multidissiplinar komanda tərəfindən verilməlidir [18].

Müalicə taktikasını üç əsas amil müəyyənəşdirir: gestasiya yaşı, xəstəliyin mərhələsi və pasiyentin hamiləliyi saxlamaq istəyi. ESGO tövsiyələrində aşağıdakı variantlar göstərilir: fetal yetkinlik yaxınlaşmışsa müalicəni doğuşa qədər gecikdirmək; seçilmiş erkən mərhələli hallarda konizasiya və ya sadə trakelektomiya ilə hamiləliyi qorumağa çalışmaq; pasiyent hamiləliyi saxlamaq istəmirsə qeyri-hamilə qadınlarda olduğu kimi radikal müalicəyə keçmək; lokal irəliləmiş və ya rezidual şiş zamanı isə hamiləliyin 14-cü həftəsindən sonra sisplatin və ya karboplatin əsaslı kimyaterapiyanı nəzərdən keçirmək. Taksonlarla kombinasiyanın mümkün olduğu ayrıca vurğulanır. Doğuşun aparılması da xüsusi əhəmiyyət daşıyır. ESGO sənədində spontan vaginal doğuşun mənfəi proqnostik təsir göstərə biləcəyi qeyd olunur və buna görə servikal xərçəngli hamilələrdə Qeysəriyyə kəsiyi üstünlük verilən doğuş üsulu hesab edilir. Bir çox hallarda Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı zamanı və ya ondan dərhal sonra definitiv onkoloji müalicə planlaşdırılır. Bu yanaşma xüsusilə invaziv şişin serviksdən keçmə riskini və müalicə gecikməsini azaltmağa yönəlir.

İlkin və ikincili profilaktika

Bu mövzuda profilaktika ayrıca vurğulanmalıdır. ÜST (WHO) servikal xərçəngin eliminasiya strategiyasında 90–70–90 hədəflərini irəli sürür: 15 yaşa qədər qızların 90%-nin HPV vaksini alması, qadınlardan 70%-nin 35 və 45 yaşadək yüksək effektiv testlə skriningdən keçməsi və prekanser/kanser halların 90%-nin müalicə olunması. Hamiləlik zamanı servikal xəstəliklərin idarə olunması nə qədər vacibdirsə, onlardan əvvəlki mərhələdə profilaktika daha böyük ictimai səhiyyə əhəmiyyətinə malikdir. Prenatal dövrdə aşkar olunan patologiyalar postpartum skrining və lazım gəldikdə vaksinasiya planının yenidən qurulması üçün də signal sayılmalıdır [25].

Nəticə. Ədəbiyyatın ümumi təhlili göstərir ki, hamiləlik zamanı uşaqlıq boynunun xəstəlikləri heterogen qrup təşkil edir və onların içində ən böyük praktik əhəmiyyət HPV-assosiasiyalı servikal

zədələnmələr, uşaqlıq boynu fon xəstəlikləri və invaziv servikal xərçəngə məxsusdur. Hamiləlik servikal sitologiya və kolposkopiyanın interpretasiyasını çətinləşdirən fizioloji fon yaratsa da, düzgün aparıldıqda erkən diaqnostika mümkündür və təhlükəsizdir. CIN hallarının böyük hissəsi konservativ izlənilə bilər, çünki regressiya yüksək, invazivləşmə isə çox aşağıdır. İnvaziv xərçəng hallarında isə yanaşma fərqi, mərhələ-əsaslı və multidissiplinar olmalıdır; məqsəd ananın onkoloji təhlükəsizliyini qorumaqla mümkün olduqda dölün də həyat qabiliyyətini təmin etməkdir [12].

SUMMARY

Cervical diseases and pregnancy

*J.F. Gurbanova, N.A. Shahbazova,
Kh. Adigozalova-Mirzayeva,
A.A. Shahbazova, K.Kh. Efendiyeva,
Q.V. Isayev, S.E. Idrisova*

*Department "Obstetrics", Scientific-Research
Institute of Obstetrics and Gynecology, Baku, Azerbaijan*

Keywords: *cervical diseases, HPV, CIN, diagnosis,
pregnancy, prevention*

The article discusses the main cervical diseases and their influence on the course of pregnancy. The article highlights the significance of the problem, reviews the epidemiology of cervical diseases, and addresses physiological changes of the cervix during pregnancy as well as associated diagnostic difficulties. The article addresses the etiopathogenesis and key risk factors of cervical pathology, outlines methods for early diagnosis, including screening, colposcopy and biopsy and discusses aspects of pregnancy management and cervical cancer prevention.

İxtisarların siyahısı:

ASCCP – American Society for Colposcopy and Cervical Patology

ASCUS – Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance

AIS – adenocarcinoma in Situ

CIN – Cervical Intraepithelial Neoplaziya

ESGO – European Society of Gynecological Oncology

ECC – Endoservical Curettage

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics

HPV – Human Papillomavirus Infection

LSIL – Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion

NACT – Neoadjuvant Chemotherapy

WHO – World Health Organization

РЕЗЮМЕ

Заболевания шейки матки и беременность

*Дж.Ф. Курбанова, Н.А. Шахбазова,
Х. Адигозалова-Мирзаева, А.А. Шахбазова,
К.Х. Эфендиева, К.В. Исаев, С.Е. Идрисова*

Отделение «Акушерство», Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, Баку, Азербайджан

Ключевые слова: *заболевания шейки матки,
ВПЧ, CIN, диагностика, беременность,
профилактика*

В статье рассматриваются основные заболевания шейки матки и их влияние на течение беременности. В статье освещается значимость проблемы, рассматривается эпидемиология заболеваний шейки матки, а также физиологические изменения шейки матки во время беременности и связанные с ними диагностические трудности. В статье рассматриваются также этиопатогенез и основные факторы риска патологии шейки матки, описываются методы ранней диагностики, включая скрининг, кольпоскопию и биопсию, а также обсуждаются аспекты ведения беременности и профилактики рака шейки матки.

ƏDƏBİYYAT

1. Ушакова С.В., Зароченцева Н.В., Меньшикова Н.С. Особенности заболеваний шейки матки у беременных с привычным невынашиванием в анамнезе. Российский вестник акушера-гинеколога. 2017;17(2):13-19

2. Парфенова ГВ, Коновалов ВИ, Цудор ВБ Особенности течения фоновых заболеваний шейки матки у больных гепатитами В и С // Гинекология, 2006, Т.8, №5, с. 24-26)
3. Фархан Тарек, Фахрутдинова Э.Х. Патология шейки матки и профилактика рака шейки матки: актуальные подходы и стратегии // Вестник науки. 2023. №4 (61)
4. Иругова Э.З., Накова З.А., Мартокова А.М. и др. Патология шейки матки // Colloquium-journal. 2019. №27 (51), с.74-76
5. Pənahova A. M. Uşaqlıq boynu fon, xərçəngönü xəstəlikləri və xərçəngində kanserogen amil kimi hpv virusunun rolu //Azərbaycan onkologiya jurnalı, 2017, N2, s.24-29
6. Quliyeva K.D., Bayramova G.M., Quliyeva Ş.V. və b. Uşaqlıq boynu patologiyalarının müalicəsinə müasir yanaşma // Sağlamlıq. - 2016. - № 4. - S. 90-94
7. Pənahova A.M. Uşaqlıq boynu xərçənginin diaqnostikasında və proqnozunun qiymətləndirilməsində elektron mikroskopik tədqiqatların əhəmiyyəti: Fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi almaq üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın avtoreferatı. Bakı – 2021, 28 s.
8. Əliyeva Ş.E. Uşaqlıq boynu xərçəngönü xəstəliklərinin klinik və patomorfoloji meyarlarının qiymətləndirilməsi: Fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi almaq üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın avtoreferatı. Bakı – 2024, 32 s.
9. Uşaqlıq boynu patologiyalarının birincili və ikincili profilaktikası üzrə klinik protokol Bakı 2025, 48 s.
10. Zeng, S., Li, X., Xiao, S. et al. Prognostic evaluation and treatment strategies for cervical cancer in pregnancy: a systematic review and meta-analysis // BMC Cancer, 2025, 25, 502, p.1-13
11. Məcidova N.B. Uşaqlıq boynunun xoşxassəli xəstəliklərinin diaqnostika və müalicəsinin təkmilləşdirilməsi: Fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi almaq üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın avtoreferatı. Bakı – 2024, 32 s.
12. Kim J.Y., Shim J.Y. Cervical intraepithelial neoplasia and cervical cytology in pregnancy //J Pathol Transl Med. 2024 Nov; 58(6):283-290.
13. Cervical cancer //https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer?utm_source=chatgpt.com#tab=tab_1
14. Пикуза Т.В., Чилова Р.А., Капительный В.А. и др. Патология шейки матки у беременных: обследование и лечебная тактика (обзор литературы). Гинекология. 2016; 18 (2): 11–18
15. Ramirez P.T. ESGO/ESTRO/ESP updated guidelines in cervical cancer // Int J Gynecol Cancer. 2023; 33(5): 667–668
16. Чернов Д.Ю., Тихоновская О.А., Логвинов С.В. и др. Расширенная диагностика патологий шейки матки. Бюллетень сибирской медицины. 2025; 24(4):104–110.
17. Chilak V.N., Navti O.B., Beloushi M.A. Human papillomavirus (HPV) in pregnancy – An update //European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2021, 264, p.340-348
18. Le Guévelou J., Selleret L., Laas E. et al. Cervical Cancer Associated with Pregnancy: Current Challenges and Future Strategies // Cancers (Basel). 2024 Mar 29; 16(7):1341
19. Kumari S. Screening for Cervical Cancer in Pregnancy // Oncol Rev. 2023 Oct 17; 17:11429
20. Атабиева Д.А., Чилова Р.А., Гадаева И.В. и др. Фетоплацентарная недостаточность при патологии шейки матки // Архив (акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева. 2015. №1
21. Nocarova L, Ondrus D. Cervical cancer in pregnancy // Klin Onkol. 2020; 33(4):268–73. 6.
22. Practice Pearls 4: Tips for Best Practice on Management of Abnormal Cervical Cancer Screening Tests in Pregnancy Editors: ASCCP Practice Committee Original Author: Erin L. Nelson, MD Mentor: Original post date: June 8, 2021
23. Balan T.A., Balan R.A., Socolov D. et al. Pregnancy-Related Precancerous Cervical Lesions: Pathogenesis, Diagnosis, Evolution, and Impact upon Gestation and Fertility. J Clin Med. 2024 Nov 8, 13(22):6718
24. Piórecka A., Marcinkowska W., Gagorowski F. et al. Cervical Dysplasia and Cervical Cancer During Pregnancy: From Pathogenesis to Clinical Management // J Clin Med. 2025 May 28, 14(11):3784
25. Cervical Cancer Elimination Initiative //https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative, utm_source=chatgpt.com