

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017
УДК 618.16-007.17-02-07

Порсохонова Д.Ф.¹, Рахматуллаева С.Н.¹, Якубович А.И.², Новосёлов В.С.³, Новосёлов А.В.³, Капильный В.А.³, Соснова Е.А.³

ФАКТОРЫ РИСКА ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ — КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Минздрава Республики Узбекистан, 100109, Республика Узбекистан, г. Ташкент, ул. Фараби, д. 3;

²ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, д. 1;

³ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Для корреспонденции: Порсохонова Деля Фозиловна, д-р мед. наук, ст. науч. сотр. Республиканского научно-практического медицинского центра дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, e-mail: delya.porsokhonova@mail.ru

*Приведены результаты эпидемиологических исследований авторов, касающихся изучения факторов риска развития дистрофических заболеваний вульвы (ДЗВ) у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста. Авторами проведено тестирование пациенток с ДЗВ по специально разработанным вопросам анкеты, нацеленной на получение наиболее полной информации об образе жизни пациенток, социально-бытовых и медицинских факторах, возможно, способствующих возникновению и формированию ДЗВ. Также авторами проведено обследование пациенток на наиболее распространённые инфекции, передаваемые половым путём (ИППП), и урогенитальные инфекции с целью уточнения инфекционного фактора в генезе дистрофии вульвы. Установлены прямые и косвенные факторы, способствующие формированию дистрофических заболеваний вульвы у женщин: перименопаузальный возраст; эндокринные заболевания; эмоциональные стрессы социально-бытового характера; более 3 беременностей в анамнезе; присутствие ИППП (вирус простого герпеса, цитомегаловирус) и воспалительных заболеваний органов малого таза; присутствие грибов *Candida*, бактерий *Ureaplasma urealyticum*, вируса папилломы человека ВПЧ 16/18, ВПЧ 31/33 и некоторых других инфекций на фоне ДЗВ; отсутствие информации о заболевании; выделения из половых путей; отсутствие эффекта от проведённого лечения; неадекватное лечение. Выявленные факторы необходимо учитывать при разработке лечебных и профилактических мероприятий в отношении ДЗВ у женщин.*

Ключевые слова: дистрофические заболевания вульвы; склеротрофический лишай вульвы; инфекции, передаваемые половым путем; анкетирование.

Для цитирования: Порсохонова Д.Ф., Рахматуллаева С.Н., Якубович А.И., Новоселов В.С., Новоселов А.В., Капильный В.А., Соснова Е.А. Факторы риска дистрофических заболеваний вульвы — клинико-эпидемиологическое исследование. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва*. 2017; 4 (3): 154—158. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2017-4-3-154-158>

Porsokhonova D.F.¹, Rakhmatullaeva S.N.¹, Yakubovich A.I.², Novoselov V.S.³, Novoselov A.V.³, Kaptil'nyy V.A.³, Sosnova E.A.³

RISK FACTORS OF DYSTROPHIC DISEASES OF VULVAE: CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH

¹Republican specialized scientific and practical medical center of dermatology and venereology, Tashkent, 100109, Republic of Uzbekistan;

²Irkutsk State Medical University, Irkutsk, 664003, Russian Federation;

³I.M.Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119991, Russian Federation

*The results of epidemiological studies of risk factors for the development of dystrophic diseases of the vulva (DDV) in women of reproductive and perimenopausal age are presented. Authors executed the testing of DDV patients according to specially developed questions of the questionnaire, aimed at the obtaining of the most complete information about the lifestyle of patients, social and medical factors, possibly contributing to the occurrence and formation of DDV. Also, the authors performed an examination of patients for the most common sexually transmitted infections (STIs), and urogenital infections in order to clarify the infectious factor in the genesis of dystrophy of the vulva. Direct and indirect factors that contribute to the formation of dystrophic diseases of the vulva in women are established to be as follows: perimenopausal age; endocrine diseases; emotional stress of a social character; more than 3 pregnancies in anamnesis; presence of STIs (herpes simplex virus, cytomegalovirus) and inflammatory diseases of the pelvic organs; presence of *Candida* fungi, *Ureaplasma urealyticum* bacteria, human papillomavirus — HPV 16/18, HPV 31/33 and some other infections on the background of DDV; lack of information about the disease; discharge from the genital tract; lack of treatment-effect; inappropriate treatment. The identified factors should be taken into account in the development of therapeutic and preventive measures in relation to DDV in women.*

Keywords: dystrophic diseases of the vulva; Sclerotrophic lichen vulva; Sexually transmitted infections (STIs); Questioning.

For citation: Porsokhonova D.F., Rakhmatullaeva S.N., Yakubovich A.I., Novoselov V.S., Novoselov A.V., Kaptil'nyy V.A., Sosnova E.A. Risk factors of dystrophic diseases of vulvae: clinical-epidemiological research. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology, Russian journal*. 2017; 4(3): 154—158. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2017-4-3-154-158>

For correspondence: Delya F. Porsokhonova, MD, PhD, DSci., senior researcher of the Republican specialized scientific and practical medical center of dermatology and venereology, Tashkent, 100109, Republic of Uzbekistan; e-mail: delya.porsokhonova@mail.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 20.06.2017
Accepted 03.07.2017

Введение

В последние годы значительно возрос интерес к проблеме дистрофических заболеваний вульвы (ДЗВ), что обусловлено выраженной тенденцией к омоложению данного заболевания, частым рецидивированием процесса, а также сложностью и низкой эффективностью терапии [1, 2]. Длительное и упорное течение заболевания, необоснованное и неэффективное применение различных лекарственных средств нередко приводят к развитию у пациенток различных психосоматических нарушений. Все вышеизложенное не только оказывает неблагоприятное воздействие на состояние организма женщины в целом, но и нарушает социальную адаптацию и снижает качество жизни. В качестве возможных причин ДЗВ рассматривают нейрообменно-эндокринные нарушения и аутоиммунные процессы [3]. ДЗВ всё чаще диагностируют у пациенток репродуктивного возраста, и в 70% наблюдений они сочетаются с вирусными и инфекционными агентами специфической и неспецифической природы [2, 4].

Целью исследования являлось изучение клинико-анамнестических, социально-бытовых, медицинских и микробиологических факторов, возможно, способствующих развитию ДЗВ.

Материал и методы

В исследование включили 65 социально-адаптированных пациенток в возрасте 18—62 лет с диагнозами «склероатрофический лишай» и «гиперпластическая дистрофия вульвы».

Для оценки типов поведения, связанных с риском формирования ДЗВ, тяжестью последствий длительного течения заболевания, изучения социальных и медицинских факторов, способствующих хронизации ДЗВ, и определения потребности в лечении целевой группы проведено анкетирование. Для анализа отобраны 32 признака, степень выраженности которых определена в баллах.

Клиническое обследование включало осмотр наружных половых органов и проведение вульвоскопии. Для верификации диагноза проводили гистологическое исследование биоптатов. Микробиологическое обследование включало микроскопию мазка по общепринятой методике и посев на питательные среды, разработанные в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре дерматологии и венерологии Минздрава Республики Узбекистан, предусматривающие выделение *Ur. urealyticum*, грибов рода *Candida*, сопутствующей микробной флоры, и определение её чувствительности к антибиотикам. Также для уточнения диагноза проводилось исследование методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) наиболее распространённых возбудителей, передаваемых

половым путем: *Ur. urealyticum*, *Myc. genitalium*, *Chl. trachomatis*, *Gardnerella vaginalis*, *HPV 16/18*, 31/33.

Результаты

Подавляющее большинство пациенток — 42 (64,6%) находились в возрасте 45—55 лет; 19 (29,2%) пациенток — в возрасте 18—44 лет; 4 (6,1%) — старше 55 лет. Из них 57 (87,7%) женщин состояли в зарегистрированном браке, 5 (7,7%) в браке никогда не состояли, 3 (4,6%) — в гражданском браке; 10 (15,4%) пациенток имели высшее образование, 49 (75,4%) — среднее, 6 (9,2%) — неоконченное среднее; 10 (15,4%) пациенток занимались частным предпринимательством, 55 (84,6%) — были домохозяйками. У 60 (92,3%) женщин имелись дети в количестве 1—7. По данным тестирования, 5 (7,7%) женщин рассматривали состояние своего здоровья как удовлетворительное, 29 (44,6%) — хорошее, 31 (47,7%) — неудовлетворительное. У 52 (80,0%) пациенток ДЗВ оказывало постоянное отрицательное влияние на настроение и образ жизни, приводя к снижению трудовой и двигательной активности, у 8 (12,3%) влияло периодически, у 5 (7,7%) не влияло. Сопутствующие эндокринные заболевания выявлены у 29 (44,6%) пациенток: сахарный диабет — у 3 (4,6%), тиреотоксикоз — у 5 (7,7%), гипотиреоз — у 8 (12,3%), ожирение — у 10 (15,4%), диффузный зоб — у 3 (4,6%). Часть пациенток имели сочетанную эндокринную патологию. В связи с заболеваниями эндокринной системы 20 (69%) из 29 женщин принимали такие препараты, как йодомарин, эутирокс, инсулин/сиофор, 9 (31%) пациенток по поводу сопутствующей эндокринной патологии на диспансерном учёте не состояли и не лечились. У 55 (84,6%) женщин обнаружены такие сопутствующие заболевания, как сердечно-сосудистые у 18 (27,7%), болезни суставов у 5 (7,7%), нервной системы у 26 (40,0%), мочеполовой системы у 8 (12,3%). Большинство женщин (49, или 75,3%) постоянно подвергались эмоциональным стрессам социально-бытового характера, 11 (16,9%) — редко, 5 (7,7%) не подвергались стрессовым ситуациям.

Позднее менархе в 16 лет отмечалось у 23 (35,4%) женщин, в 14—15 лет — у 18 (27,7%), в 12—13 лет — у 21 (32,3%), в 10 лет — у 3 (4,6%).

У 9 (13,8%) женщин в анамнезе имелись указания на 5 и более беременностей, у 5 (7,7%) — на 4, у 13 (20%) — на 3, и у 34 (52,3%) — на 2 беременности. У 4 (6,1%) пациенток имелся 1 ребёнок, у 4 (6,1%) детей не было.

23 (35,4%) пациентки имели регулярный менструальный цикл. Менопауза после 50 лет наступила у 27 (41,5%) женщин, после 45 лет — у 15 (23,1%). Симптомы климактерического синдрома в виде приливов жара отмечали 16 (34,8%) женщин, усталость — 20 (43,5%), раздражительность — 36 (78,3%). Жалобы на сухость в области гениталий предъявляли 20 (43,5%) женщин.

У 16 (24,6%) женщин приём тех или иных продуктов питания влиял на появление зуда, а у 49 (75,4%) женщин такой взаимосвязи не отмечено.

Среди 52 женщин, перенёвших ранее воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), возбудители заболевания установлены в 49 (94,2%) наблюдениях и были представлены хронической герпесвирусной инфекцией, дрожжеподобными грибами, гарднереллой и стрептококком.

Большинство пациенток ранее обследовались на наличие инфекции в объёме исследования мазков отделяемого из влагалища с окраской по Граму — 57 (87,7%), иммуноферментного анализа (ИФА) — 31 (47,7%), бактериологического исследования с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам — 39 (60%), ПЦР — 5 (7,7%). Люминесцентная микроскопия на хламидии и посев на специфические среды для выращивания урогенитальных микоплазм не проводились ни одной пациентке, что допускает факт упущения диагностики вышеуказанных инфекций.

Длительность заболевания у 10 (15,4%) женщин составила более 10 лет, у 21 (32,3%) — 5—10 лет, у 26 (40%) — 2 года, у 8 (12,3%) — несколько месяцев. За медицинской помощью спустя несколько лет обратились 34 (52,3%) женщины, спустя несколько месяцев — 26 (40,0%), сразу после возникновения кожных проявлений — 5 (7,7%). Из этого следует, что нелеченый процесс, длящийся свыше 10 лет, может повлечь за собой необратимые изменения вплоть до перехода в вульварную интраэпителиальную неоплазию (VIN) различной степени выраженности, что необходимо учитывать в менеджменте ДЗВ. В связи с краурозом вульвы наружную местную терапию кортикостероидными мазями и кремами использовали 34 (52,3%) женщины, эстрогенсодержащими препаратами — 5 (7,7%), хирургическое лечение использовано у 10 (15,4%) женщин. Никогда не лечились по поводу своего заболевания 16 (24,6%) женщин. Из 34 женщин, которые пользовались гормональными мазями и кремами, 13 (38,2%) использовали их постоянно, 5 (14,7%) — в течение нескольких лет, 13 (38,2%) — в течение 6 мес, 3 (8,8%) — в течение 1 мес. Данное обстоятельство имеет большое значение для оценки возможных осложнений наружной стероидной терапии, поскольку она может приводить как к привыканию, так и к атрофии тканей.

В основном зуд беспокоил женщин только в ночное время суток — 36 (55,4%) пациенток, постоянно — 21 (32,3%), в течение всего дня — 8 (12,3%).

Частота выполнения туалета гениталий у 5 (7,7%) женщин составила 1 раз в день, у 10 (15,4%) — 2 раза в день, у 16 (24,6%) — после каждого акта испражнения/мочеиспускания и у 34 (52,3%) женщин — 5 раз и более в день; 32 (49,2%) женщины для подмывания использовали хозяйственное мыло с целью купирования зуда. Известно, что слишком частые подмывания способствуют пересыханию кожных покровов, снижению бактерицидных свойств кожи и возникновению маце-

рации. В то же время редкое использование гигиенических процедур способствует накоплению секрета сальных и потовых желез и микробной колонизации кожи и слизистых гениталий.

Часть женщин (31, или 47,6%) использовали гигиенические средства в виде марлевой прокладки, 21 (32,3%) — фабричные гигиенические прокладки с дезодорирующим эффектом, 8 (12,3%) — фабричные гигиенические прокладки без дезодорирующего эффекта и 5 (7,7%) не использовали какие-либо средства. Следует отметить, что дезодорирующие средства, используемые для улучшения свойств прокладок (экстракт ромашки, лимона, алоэ и др.), равно как и физико-химический состав самих прокладок, зачастую могут вызывать аллергические реакции в области хорошо васкуляризированной и иннервированной кожи вульвы.

Большинство женщин — 46 (70,8%) отмечали наличие выделений из половых путей различной степени выраженности. Преобладающий характер выделений — жидкие, молочно-белого цвета, которые многими женщинами расценивались как физиологические бели, в то время как наличие выделений из половых путей может указывать на присутствие возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), которые могут способствовать возникновению зуда.

На вопрос «Сопровождается ли половой контакт неприятными ощущениями?» положительно ответили 28 (43,1%) женщин, отрицательно — 23 (35,4%), затруднились ответить 11 (16,9%) женщин. Следовательно, дискомфорт, вызываемый зудом и кожными проявлениями, оказывает неблагоприятное влияние на характер сексуальных взаимоотношений и не позволяет получать от них удовлетворение. Это также сказывается на качестве жизни пациенток, усиливая нервное напряжение.

Половые партнёры опрошенных женщин ни в одном случае не привлекались к параллельному обследованию, однако 68% из них имели эпизоды острых либо хронические заболевания мочеполовых путей в виде уретрита, простатита, везикулита.

Проведённые нами исследования микрофлоры урогенитального тракта при ДЗВ выявили наличие *Ureaplasma urealyticum* у 26 (40%) пациенток, вируса простого герпеса (ВПГ) 2-го типа у 10 (15,4%), *Gardnerella vaginalis* у 23 (35,4%), *Chlamydia trachomatis* у 8 (12,3%), *Mycoplasma genitalium* у 3 (4,6%), цитомегаловируса (ЦМВ) у 8 (12,3%), HPV 16/18 у 18 (27,7%), HPV 31/33 у 21 (32,3%), грибов рода *Candida* у 34 (52,3%), *St. aureus* у 23 (35,4%), *St. saprophyticus* у 16 (24,6%), *St. haemolyticus* у 34 (52,3%), *St. epidermidis* у 10 (15,4%), *Enterobacter* у 21 (32,3%), *Enterobacterium spp.* у 8 (12,3%), *St. viridans* у 5 (7,7%), *Escherichia coli* у 3 (4,6%).

Обсуждение

Таким образом, преобладающее число женщин с ДЗВ относились к социально-адаптированному контингенту, на что указывает уровень образования (среднее и высшее) и пребывание в зарегистрированном бра-

ке. То, что 76% из них являлись домохозяйками, объясняет причины возможной неосведомлённости женщин по вопросам происхождения и течения ДЗВ. Анализ репродуктивной функции у женщин с ДЗВ указывает на её состоятельность и относительно невысокую (21,5%) долю частых (свыше 3) беременностей и родов, в целом сопоставимую с популяционной частотой. Тот факт, что 47,7% пациенток оценивает состояние своего здоровья как неудовлетворительное, отчасти характеризует влияние ДЗВ на уровень трудоспособности, жизнедеятельности и качество жизни пациенток. На это же указывает и то, что у 80% женщин заболевание влияло на их настроение (в сторону ухудшения) и образ жизни (снижение трудовой и двигательной активности). Наличие у 44,6% женщин сопутствующих эндокринных заболеваний может указывать на важную роль эндокринного дисбаланса в происхождении ДЗВ, что требует дальнейшего изучения. Позднее менархе (в 16 лет) у 35,4% женщин, более 3 беременностей в анамнезе у 20% женщин также могли явиться факторами, способствовавшими гормональному истощению, приводящему к сухости слизистых гениталий и возникновению зуда. Высокая частота сопутствующих заболеваний нервной системы (40%) и переживания женщинами эмоциональных стрессов социально-бытового характера (75,3%) могли послужить усугубляющими факторами формирования зуда. Факт обострения зуда после употребления тех или иных продуктов питания у 24,6% женщин указывает на незначительную и скорее второстепенную роль алиментарного фактора в возникновении зуда. Две пациентки до обращения перенесли вульвэктому по поводу склероатрофического лишая и лейкоплакии вульвы, однако, несмотря на иссечение значительной площади вульвы, у них сохранялся зуд, а при дополнительном обследовании в рамках настоящего исследования выделена *Ur. urealyticum*. Данное обстоятельство может указывать на пусковую роль инфекции в генезе дистрофии вульвы.

Частота оперативных вмешательств в виде кесарева сечения, удаления кисты яичника у 35,4% женщин в целом совпадает с общепопуляционной и вероятнее всего не может являться фактором, провоцирующим начало ДЗВ. То обстоятельство, что 80% пациенток ранее перенесли ИППП либо воспалительные заболевания урогенитального тракта (эндоцервицит, уретрит, кольпит, бактериальный вагиноз и эрозию шейки матки), требует дальнейшего изучения, поскольку допускает факт персистенции инфекции и её участия в развитии ДЗВ. Факт позднего обращения за медицинской помощью (спустя несколько лет от начала заболевания) половины из длительно (в течение 5—10 лет) болеющих женщин в силу интимного характера заболевания способствует развитию необратимых дистрофических, а возможно, и неопластических изменений и указывает на необходимость проведения активной пропаганды обследования и лечения данного контингента женщин. Преобладающее использование женщинами (52,3%) гормональных

мазей и кремов, причем 38,2% из них применяли их постоянно, могло спровоцировать атрофические процессы в ткани вульвы и вызвать привыкание и устойчивость к другим методам лечения. Соблюдение 52,3% женщин обряда «намаз», требующего 5-кратного туалета гениталий в день, могло способствовать нарушению бактерицидных свойств кожи, мацерации и проникновению инфекции, развитию воспалительных изменений кожи, на фоне которых может развиваться дистрофия. Использование гигиенических средств в виде марлевых прокладок 47,6% женщин также могло способствовать развитию термостатического эффекта, нарушению перспирации тканей вульвы и открывать пути микробной колонизации мочепоолового тракта, а использование прокладок с дезодорирующим эффектом (32,3%) могло усилить аллергические реакции. Наличие выделений той или иной степени выраженности из половых путей у 70,8% пациенток, с одной стороны, указывает на присутствие инфекции, с другой — вызывает раздражение кожи гениталий, что усугубляет дискомфорт. Имеющиеся у 43,1% женщин неприятные ощущения во время половых контактов, по-видимому, усугубляли нервные расстройства, травмировались истонченные ткани вульвы, значительно ухудшая качество жизни пациенток. Половые партнёры женщин с ДЗВ до настоящего момента к обследованию не привлекались ввиду отсутствия у них каких-либо беспокойств, кроме явлений простатита и уретрита у 68%, что также может указывать на сохранение очага инфекции у партнёра, чем может быть вызван рецидив или отсутствие эффекта от проводимой терапии в случаях, если зуд спровоцирован инфекционным агентом. Преобладающее возникновение зуда в ночное время у 55,4% пациенток требует дальнейшего подробного изучения. Так, основываясь на вышеуказанных результатах, можно выделить следующие прямые и косвенные факторы, способствующие возникновению и хронизации дистрофических заболеваний вульвы у женщин: перименопаузальный возраст; эндокринные заболевания; эмоциональные стрессы социально-бытового характера; более 3 беременностей в анамнезе; присутствие ИППП (ВПГ, ЦМВ) и ВЗОМТ; присутствие грибов рода *Candida*, бактерий *Ureaplasma urealyticum*, ВПЧ 16/18, ВПЧ 31/33 и некоторых других инфекций на фоне ДЗВ; отсутствие информации о заболевании; выделения из половых путей; отсутствие эффекта от проведённого лечения; неадекватное лечение. В дальнейшем по мере накопления данных представляется целесообразным оценить полноту факторизации перечисленных причин и распределить их по степени значимости. Однако уже на данном этапе все эти факторы должны быть учтены при разработке менеджмента в отношении ДЗВ у женщин.

Финансирование. Исследование проводилось в рамках прикладного проекта (гранта), выделенного Государственным комитетом по науке и технике Республики Узбекистан, АДСС.15.19.2. на период 2015—

2017 гг.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кауфман Р., Фаро С., Браун Д. *Доброкачественные заболевания вульвы и влагалища*. М.; 2009: 320—43.
2. Чулкова О.В., Новикова Е.Г., Соколов В.В., Чулкова Е.А. Диагностика и лечение фоновых и предраковых заболеваний вульвы. *Практическая онкология*. 2006; 7(4): 197—204.
3. Кулаков В.И., Прилепская В.Н. (ред.). *Практическая гинекология*. 4-е изд. М.: «МЕДпресс-информ»; 2008: 69—74.
4. Ашрафян Л.А., Харченко Н.В., Киселёв В.И. и др. *Рак вульвы: этиопатогенетическая концепция*. М.; 2006.

REFERENCES

1. Kaufman R., Faro S., Brown D. *Benign Diseases of the Vulva and Vagina. [Dobrokachestvennyye zabolevaniya vul'vy i vlagalishcha]*. Moscow; 2009: 320—43. (in Russian)
2. Chulkova O.V., Novikova E.G., Sokolov V.V., Chulkova E.A. Diagnostics and treatment of background and precancerous diseases of the vulva. *Prakticheskaya Onkologiya*. 2006; 7(4): 197—204. (in Russian)
3. Kulakov V.I., Prilepskaya V.N. (Eds). *Practical Gynecology. [Prakticheskaya ginekologiya]*. 4th ed. Moscow: «Medpress-inform»; 2008: 69—74. (in Russian)
4. Ashrafyan L.A., Kharchenko N.V., Kiselev V.I. et al. *Cancer of the Vulva: Etiopathogenetic Concept. [Rak vul'vy: etiopatogeneticheskaya kontseptsiya]*. Moscow; 2006. (in Russian)

Поступила 20.06.2017
Принята к печати 03.07.2017