

УДК 618.146/.148:611.018.7]- 006-036.3-07-08:006.35(477)“2024”

В.В. Лебедюк

Ведення пацієнок з аномальними результатами скринінгу та передраковими станами шийки матки відповідно до національних стандартів 2024 року (клінічний випадок)

Дніпровський державний медичний університет, Україна

Ukrainian Journal Health of Woman. (2024). 6(175): 83-88; doi: 10.15574/HW.2024.6(175).8388

For citation: Lebedyuk VV. (2024). Management of patients with abnormal screening results and precancerous conditions of the cervix according to national standards 2024 (clinical case). Ukrainian Journal Health of Woman. 6(175):83-88. doi: 10.15574/HW.2024.6(175).8388

Мета – вирішити проблему ранньої діагностики та лікування патологічних станів шийки матки відповідно до національного стандарту медичної допомоги (наказ МОЗ України від 18 червня 2024 року № 1057) на прикладі аналізу клінічного випадку.

Клінічний випадок. Пацієнтка Б., 1986 року народження, звернулася зі скаргами на періодичний біль унизу живота та неможливість завагітніти протягом 7 років. Проведено дообстеження: висновок рідинної цитології ASC-US, виявлено 16, 18, 31-й генотипи ВПЛ. Повний діагноз: Первинне безпліддя. ASC-US (атипові клітини плоского епітелію неясного генезу). Безпосередній ризик CIN 3+ 4,4%. Клінічна форма ВПЛ (16, 18, 33-й генотипи). Ектопія шийки матки. Зона трансформації 1 типу. Хронічний цервіцит. Проведена протизапальна терапія. Діагноз після лікування: HSIL, AGUS. Безпосередній ризик CIN 3+ 32%. Клінічна форма ВПЛ (16). Ектопія шийки матки. Зона трансформації 1 типу. Хронічний цервіцит. Проведено прицільну радіохвильову ексцизію шийки матки. За результатами патогістологічного дослідження виявлено плоскоклітинне інтраепітеліальне ураження низького ступеня LSIL, атипові залозисті клітини не виявлені. Діагноз: LSIL. Безпосередній ризик CIN 3+ 2,9%. Клінічна форма ВПЛ (16). Ектопія шийки матки. Зона трансформації 1 типу. Рекомендації положення стандарту після отримання відповідного гістологічного висновка в подальшому дають змогу спостерігати за жінкою впродовж 1 року.

Висновки. Аналіз клінічного випадку свідчить, що для своєчасної діагностики інтраепітеліальних уражень шийки матки потрібне обов'язкове проведення цервікального скринінгу, сортувального дообстеження і визначення ризику виникнення CIN 3+. Якщо цервікальний скринінг вже стандартизований у практиці гінеколога, то сортувальне дообстеження і визначення ризику виникнення CIN 3+ є новими поняттями, які загалом не використовуються. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення дослідження отримано інформовану згоду жінки. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: плоскоклітинне інтраепітеліальне ураження, атипові залозисті клітини, сортувальне дообстеження, ризик виникнення CIN 3+, прицільна біопсія.

Management of patients with abnormal screening results and precancerous conditions of the cervix according to national standards 2024 (clinical case)

V.V. Lebedyuk

Dnipro State Medical University, Ukraine

Aim – to solve the problem of early diagnosis and treatment of pathological conditions of the cervix in accordance with the national standard of medical care (order of the Ministry of Health of Ukraine No. 1057) using the example of a clinical case analysis.

Clinical case. Patient B., born in 1986, complained of periodic pain in the lower abdomen and the inability to get pregnant for 7 years. Additional examination was performed: the conclusion of liquid cytology ASC-US, HPV genotyping revealed 16, 18, 31 HPV genotypes. Full diagnosis as: Primary infertility. ASC-US (atypical squamous epithelial cells of unclear genesis). Immediate risk of CIN 3+ 4.4%. Clinical form of HPV (16, 18, 33 genotypes). Ectopia of the cervix. Transformation zone type 1. Chronic cervicitis. Anti-inflammatory therapy was performed. Diagnosis after treatment: HSIL, AGUS. Immediate risk of CIN 3+ 32%. Clinical form of HPV (16). Ectopia of the cervix. Transformation zone type 1. Chronic cervicitis. Was targeted radio wave excision of the cervix was performed. The results of the pathohistological examination indicated low-grade squamous intraepithelial lesion LSIL, atypical glandular cells were not detected. Diagnosis: LSIL. Immediate risk of CIN 3+ 2.9%. Clinical form of HPV (16). Ectopia of the cervix. Transformation zone type 1. Taking into account the recommendations of the standard, after receiving the appropriate histological conclusion, we can subsequently observe the woman for 1 year.

Conclusions. The analysis of a clinical case indicates that for the timely diagnosis of intraepithelial lesions of the cervix, it is necessary to conduct cervical screening, sorting additional examination and determining the risk of CIN 3+. If cervical screening is already standardized in gynecological practice, sorting additional examination and determining the risk of CIN 3+ are new concepts that are generally not used.

The study was performed in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. The woman's informed consent was obtained for the study. The author declares that there is no conflict of interest.

Keywords: squamous intraepithelial lesion, atypical glandular cells, sorting additional examination, risk of CIN 3+, targeted biopsy.

Вступ

Рак шийки матки (РШМ) є однією з найпоширеніших онкологічних патологій у всьому світі. Протягом останнього десятиліття в структурі онкологічної захворюваності серед жінок РШМ посідає друге місце після раку грудної залози і визначається як основна причина смерті українських жінок репродуктивного, а отже, працездатного віку. Відомо, що РШМ передують цервікальні інтраепітеліальні неоплазії (CIN), які зазвичай викликані папіломавірусною інфекцією [4].

За даними «Бюлетеня Національного канцерреєстру України» № 23 від 2022 року, в Україні у 2020 р. звичайний (грубий) показник захворюваності на РШМ на 100 тис. жіночого населення становив 17,9, а звичайний (грубий) показник смертності від РШМ на 100 тис. жіночого населення – 7,9. РШМ є однією з провідних причин смертності від злоякісних новоутворень серед жінок репродуктивного віку, у т.ч. в жінок віком 18–29 років переважали смерті від РШМ (16,8%), а в жінок віком 30–54 роки серед причин смерті РШМ посів друге місце (15,9%). Усі показники для України в цілому обчислені, за винятком даних Донецької, Луганської областей, Автономної Республіки Крим та м. Севастополя. Враховуючи високі показники захворюваності та смертності саме серед жінок репродуктивного віку, комплексна боротьба з РШМ в Україні є дуже актуальною [2].

Щодо поширеності інфекції вірусу папіломи людини (ВПЛ), то сьогодні вона є найпоширенішою у всьому світі – глобальний показник становить 11,7%. За даними епідеміологічних досліджень, щонайменше 95% випадків плоскоклітинного РШМ містять ДНК ВПЛ. У світовому масштабі близько 630 млн осіб інфіковані ВПЛ. Важливо наголосити, що пік папіломавірусної інфекції припадає на вікову групу 20–25 років, тобто на період репродуктивної та статеві активності жінок. При цьому найчастіше виявляють 5 високоонкогенних генотипів ВПЛ: 16-й (47%), ВПЛ 18-й (29%), 52-й (9%), 31-й (8%) і 58-й (7%) [6].

У пацієнок із латентною формою ВПЛ і плоскоклітинним інтраепітеліальним ураженням низького ступеня (LSIL) можлива самостійна елімінація вірусу та регрес цервікальної інтраепітеліальної неоплазії (CIN I). Тому до цієї групи хворих, відповідно до рекомендацій Українського національного консенсусу щодо обстеження та

лікування жінок після первинного скринінгу шийки матки, пропонується застосовувати тактику динамічного спостереження [5].

Однак динамічне спостереження потребує обов'язкових регулярних візитів жінки до лікаря та необхідних досліджень. Чи є підстави для хвилювання щодо розвитку хвороби при динамічному спостереженні? Це питання завжди дискутувалося, а в умовах війни стало ще більш актуальним. Порушення обов'язкової регулярності візитів до гінеколога, які дають змогу вчасно виявити прогресування передракового процесу та пролікувати жінку, головна підстава для хвилювання, оскільки лише в більш ніж половини (50–60%) жінок із CIN I спостерігають спонтанний регрес неоплазії. Інша половина (40–50%) протягом 2 років потрапляє до статистики ризику: у 32% пацієнок спостерігають персистенцію ВПЛ, у 11–25% – прогресування неоплазії, а в 1% – малігнізацію [3].

Діагностування передракових захворювань шийки матки ґрунтується на результатах цервікального скринінгу, сортувального дообстеження і бажано визначення ризику виникнення CIN 3+ на основі поєднання поточних і попередніх результатів скринінгу РШМ (у т.ч. невідомий анамнез). Кольпоскопія з прицільною біопсією та ендоцервікальний кюретаж є основними методами виявлення передракових захворювань шийки матки, що потребують лікування або спостереження [2,3].

Мета дослідження – вирішити проблему ранньої діагностики та лікування патологічних станів шийки матки відповідно до національного стандарту медичної допомоги (наказ МОЗ України від 18 червня 2024 року № 1057) на прикладі аналізу клінічного випадку.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення дослідження отримано інформовану згоду жінки.

Клінічний випадок

Пацієнтка Б. 1986 року народження звернулася зі скаргами на періодичний біль унизу живота та неможливість завагітніти протягом 7 років.

З анамнезу: менструації розпочалися з 13 років, через 4 місяці стали регулярними; з 20 років розпочала статеве життя. Далі діагностували хронічний пієлонефрит і провели неодноразове лікування. У 2017 р. вийшла заміж і розпочала планувати народження дитини. На момент

Таблиця 1

Рекомендації при аномальних результатах скринінгу за невідомого результату ВПЛ-тестування в анамнезі [3]

Результат ВПЛ в анамнезі	Результат поточного ВПЛ тестування	Результат поточного ЦДШМ	Безпосередній ризик CIN 3+, %	5-річний ризик CIN 3+, %	Рекомендоване ведення	Оцінка достовірності рекомендації, %
Невідомий	ВПЛ негативний	NILM	0,00	0,12	5-річне спостереження	100
Невідомий	ВПЛ негативний	ASC-US	0,04	0,40	3-річне спостереження	100
Невідомий	ВПЛ негативний	LSIL	1,1	2,0	1-річне спостереження	100
Невідомий	ВПЛ негативний	ASC-H	3,4	3,8	Кольпоскопія*	Особлива ситуація
Невідомий	ВПЛ негативний	AGC	1,1	1,5	Кольпоскопія*	Особлива ситуація
Невідомий	ВПЛ негативний	HSIL+	25	27	Кольпоскопія/лікування	53
Невідомий	ВПЛ негативний	ALL**	0,01	0,14	5-річне спостереження	95
Невідомий	ВПЛ позитивний	NILM	2,1	4,8	1-річне спостереження	100
Невідомий	ВПЛ позитивний	ASC-US	4,4	7,3	Кольпоскопія	100

Примітки: 100% оцінка достовірності рекомендацій не є точною, але округлюється до 100%. Ризик, що визначає рекомендоване ведення, виділений жирним шрифтом; * – подальше ведення ASC-H і AGC згідно з цим Стандартом; ** – ALL, наприклад, первинний скринінг ВПЛ без ЦДШМ. Таблиця адаптована згідно з джерелом [1].

Таблиця 2

Рекомендації при аномальних результатах скринінгу за відсутності ВПЛ в анамнезі

Результат ВПЛ в анамнезі	Результат поточного ВПЛ-тестування	Результат поточного ЦДШМ	Безпосередній ризик CIN 3+, %	5-річний ризик CIN 3+, %	Рекомендоване ведення	Оцінка достовірності рекомендації, %
ВПЛ негативний	ВПЛ негативний	AGC	0,78	0,88	Кольпоскопія	Особлива ситуація
ВПЛ негативний	ВПЛ негативний	HSIL+	14	14	Кольпоскопія	100
ВПЛ негативний	ВПЛ негативний	ALL**	00,1	0,10	5-річне спостереження	98
ВПЛ негативний	ВПЛ позитивний	NILM	0,74	2,3	1-річне спостереження	100
ВПЛ негативний	ВПЛ позитивний	ASC-US	2,0	3,8	1-річне спостереження	100
ВПЛ негативний	ВПЛ позитивний	LSIL	2,1	3,8	1-річне спостереження	100
ВПЛ негативний	ВПЛ позитивний	ASC-H	14	18	Кольпоскопія*	100
ВПЛ негативний	ВПЛ позитивний	AGC	14	21	Кольпоскопія	100
ВПЛ негативний	ВПЛ позитивний	HSIL+	32	34	Кольпоскопія/лікування	100

Примітки: 100% оцінка достовірності рекомендацій не є точною, але округлюється до 100%. Ризик, що визначає рекомендоване ведення, виділений жирним шрифтом; * – подальше ведення ASC-H і AGC згідно з цим Стандартом; ** – ВПЛ – негативний ALL, наприклад, первинний скринінг ВПЛ. Таблиця адаптована згідно з джерелом [1].

обстеження діагностували в ендометрії поліп, який видалили в стаціонарі. З 2018 р. жінку обстежили з приводу безпліддя, провели протизапальне лікування. 13.04.2020, 02.03.2021 та 07.02.2023 провели екстракорпоральне запліднення. Результати негативні.

У подальшому діагностику та лікування провели відповідно до наказу МОЗ України від

18 червня 2024 року № 1057 [3]. Враховуючи позитивний ВПЛ-статус (16-й генотип); фактори ризику (кілька статевих партнерів, статевий партнер високого ризику; інфекції, що передаються статевим шляхом), призначили повторне визначення ВПЛ (за рік після первинного обстеження) та цитологічне дослідження на основі рідинної цитології.

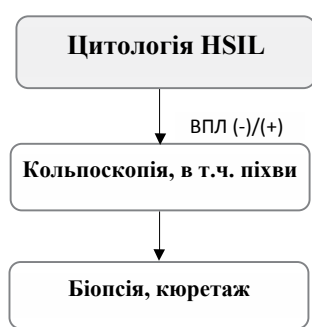


Рис. 1. Ведення пацієток із цитологічно підтвердженим HSIL

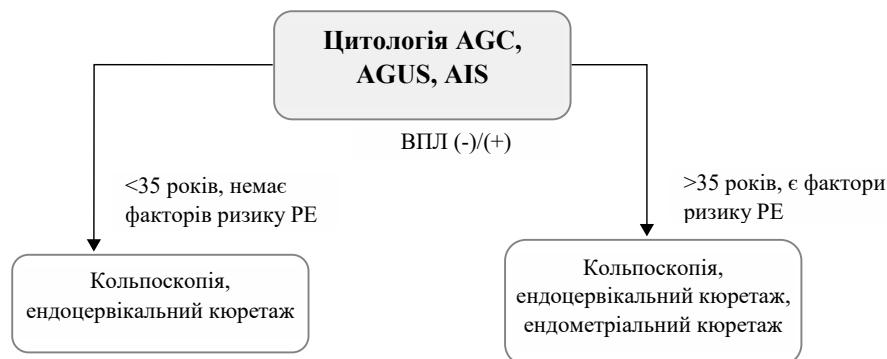


Рис. 2. Ведення пацієток із цитологічно підтвердженим AGUS

Висновок рідинної цитології від 13.05.2024: атипові клітини плоского епітелію невизначеного значення (ASC-US); 16, 18, 31-й генотипи ВПЛ.

Діагноз на 15.04.2024: Первинне безпліддя. ASC-US. Клінічна форма ВПЛ (16, 18, 33-й генотипи). Ектопія шийки матки. Зона трансформації I типу. Хронічний цервіцит. *Trichomonas vaginalis*. Бактеріальний вагіноз.

У наказі МОЗ України від 18 червня 2024 року № 1057 стосовно ведення ASC-US у пацієток віком від 25 років зазначено, що необхідна кольпоскопія, а за наявності уражень – біопсія шийки матки. Відповідно до положення стандарту, подальша діагностика передракових захворювань шийки матки ґрунтується на результатах: цервікального скринінгу; сортувального дообстеження; бажано визначення ризику виникнення CIN 3+. По-перше, слід визначитися відносно «CIN 3+», який включає діагнози CIN 3 (у т.ч. ураження з базальною атипією на всю товщину епітелію), аденокарциному in situ (AIS) та РШМ. По-друге, в алгоритмі сортування для скринінгу, спостереження та діагностики РШМ стосовно цієї пацієнтки, зокрема за наявності ризику CIN 3+ 4,4%, також рекомендована кольпоскопія.

Ризик CIN 3+ відповідно до положення стандарту (Рекомендації при аномальних результатах скринінгу за невідомого результату ВПЛ-тестування в анамнезі) у зв'язку з невідомим результатом ВПЛ в анамнезі; результат поточного тестування – позитивний статус ВПЛ; результат цитологічного дослідження ASC-US – виявлено безпосередній ризик CIN 3+ 4,4% і 5-річний ризик 7,3% (табл. 1).

Повний діагноз на 15.04.2024. Первинне безпліддя. ASC-US. **Безпосередній ризик CIN 3+ 4,4%.** Клінічна форма ВПЛ (16, 18, 33-й геноти-

пи). Ектопія шийки матки. Зона трансформації I типу. Хронічний цервіцит. *Trichomonas vaginalis*. Баквагіноз.

Жінкам із незадовільним результатом цитологічного дослідження шийки матки (ЦДШМ), згідно з класифікацією BETHESDA, перед повторним ЦДШМ за наявності показань проводять лікування аномальних вагінальних виділень, інфекцій, що передаються статевим шляхом.

У наведеному випадку призначили таку проти-запальну терапію: 0,1% хлоргексидину, 0,1% гексамідину, 0,3% хлоркрезолу – нерозведений або в розведенні з водою 1:10 = 2 ковпачки на склянку води; за 2 хв промити водою 1–2 рази на добу протягом 12 днів; тилорон у перші 2 доби лікування по 250 мг, потім по 125 мг через 48 год.

13.09.2024 провели повторний аналіз урогенітального мазка: ступінь чистоти II, дріжджеподібний грибок і *Trichomonas vaginalis* не виявлені; за результатами генотипування на ВПЛ – 16-й генотип; цитологічне дослідження на основі рідинної цитології: HSIL, AGS NOS.

Повний діагноз на 13.09.2024: плоскоклітинне інтраепітеліальне ураження високого ступеня (HSIL), атипові залозисті клітини невизначеного значення (AGUS). **Безпосередній ризик CIN 3+ 32%.** Клінічна форма ВПЛ (16). Ектопія шийки матки. Зона трансформації I типу. Хронічний цервіцит.

Відповідно до стандартів після дообстеження змінився безпосередній ризик CIN 3+ (Рекомендації при аномальних результатах скринінгу за відсутності ВПЛ в анамнезі) (табл. 2) [3].

Відповідно до додатку стандарту медичної допомоги «Алгоритми ведення пацієток залежно від результату цитологічного скринінгу та віку жінки» визначили подальші дії (рис. 1, 2) [3].

19.09.2024 провели прицільну радіохвильову ексцизію та ендометріальний кюретаж шийки матки, матеріал відправили на патогістологічне дослідження (рис. 3). Враховуючи безпліддя, від ендометріального кюретажу жінка відмовилася.

23.09.2024 результати патогістологічного дослідження вказали на LSIL; атипівні залозисті клітини не виявлені.

Діагноз на 30.09.2024: LSIL. Безпосередній ризик CIN 3+ 2,9%. Клінічна форма ВПЛ (16). Ектопія шийки матки. Зона трансформації I типу.

Рекомендації положення стандарту після отримання гістологічного висновка при біопсії під контролем кольпоскопії в подальшому дають змогу спостерігати за жінкою впродовж 1 року (табл. 3) [3].

Обговорення

Аналіз клінічного випадку вказує, що для сучасної діагностики інтраепітеліальних уражень шийки матки потрібне обов'язкове проведення цервікального скринінгу, сортувальне дообстеження і визначення ризику виникнення CIN 3+. Якщо цервікальний скринінг вже стандартизований у практиці гінеколога, то сортувальне дообстеження та визначення ризику виникнення CIN 3+ є новими поняттями, які загалом використовуються не в повній мірі. У клінічному випадку це дало змогу, за невеликий проміжок часу (5 місяців), при неоднозначних показниках цитологічного обстеження (висновок первинної цитології ASC-US, позитивний статус ВПЛ; повторне обстеження після протизапального лікування, аналіз уrogenітального мазка: ступінь чистоти II, дріжджеподібний грибок і *Trichomonas vaginalis* не виявлені; генотипування на ВПЛ – 16-й генотип; цитологічне дослідження на основі рідинної цитології: HSIL, AGS NOS), своєчасно провести

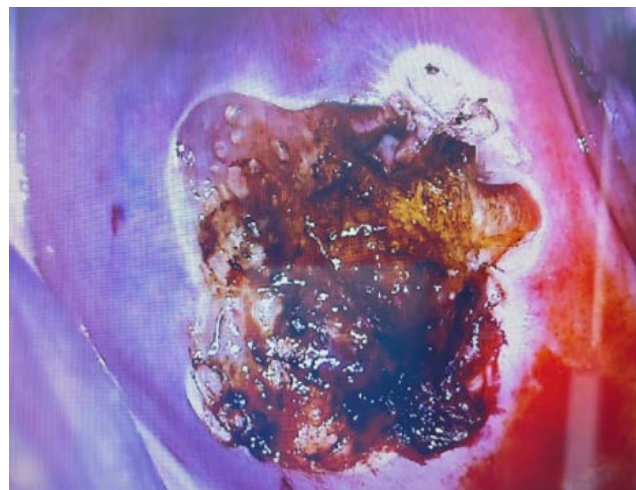


Рис. 3. Прицільна радіохвильова ексцизія шийки матки

прицільну радіохвильову ексцизію та ендометріальний кюретаж шийки матки, що зменшило безпосередній ризик CIN 3+ до 2,9%. Рекомендації положення стандарту після отримання відповідного гістологічного висновка в подальшому дали змогу спостерігати за жінкою впродовж 1 року. Спостереження рекомендоване пацієнткам, у яких безпосередній ризик CIN 3+ за даними поточних і попередніх результатів скринінгу РШМ становить менше 4%.

Висновки

Тривала доклінічна фаза від інфікування ВПЛ до розвитку інвазійного РШМ дає змогу ефективно проводити скринінг, діагностику та лікування передракових станів, що сприяє зниженню рівнів захворюваності та смертності жінок. Нехильне виконання стандартів медичної допомоги (наказ МОЗ України від 18 червня 2024 року № 1057) дає змогу, по-перше: за рахунок сортувального дообстеження мати чітке уявлення по-

Таблиця 3

Рекомендації після отримання гістологічного висновка при біопсії під контролем кольпоскопії

Анамнез: результати тестування до кольпоскопії	Результати біопсії під контролем кольпоскопії	1-річний ризик CIN 3+, %	5-річний ризик CIN 3+, %	Рекомендоване ведення
ВПЛ позитивний NILMx2	<CIN I	0,56	2,7	1-річне спостереження
ВПЛ позитивний ASC-US	<CIN I	0,49	3,2	1-річне спостереження
ВПЛ позитивний LSIL	<CIN I	0,59	2,1	1-річне спостереження (особлива ситуація)
ASC-H	<CIN I	2,4	4,4	1-річне спостереження (особлива ситуація)
AGC	<CIN I	1,2	1,6	1-річне спостереження (особлива ситуація)
HSIL+	<CIN I	2,9	4,8	1-річне спостереження

дальших дій при аномальних результатах скринінгу на РШМ; по-друге: за допомогою визначення ризику виникнення CIN 3+ контролювати динаміку патологічного процесу та своєчасну зміну діагностичного і лікувального алгоритму, що підтверджено в клінічному випадку.

Кольпоскопія з прицільною біопсією та ендоцервікальний кюретаж є основними методами виявлення передракових захворювань шийки матки, що потребують лікування або спостереження.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Egemen D, Cheung LC, Chen X, Demarco M et al. (2020). Risk Estimates Supporting the 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines. *Journal of lower genital tract disease*. 24(2): 132–143. <https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000529>.
2. MOZ Ukrainy. (2024). Skryninzh raku shyiky matky. Vedennia patsientok z anomalnyimi rezultatamy skryninhu ta peredrakovymy stanamy shyiky matky. Klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh vyd 18.06.2024. [МОЗ України. (2024). Скринінг раку шийки матки. Ведення пацієнток з аномальними результатами скринінгу та передраковими станами шийки матки. Клінічна настанова, заснована на доказах від 18.06.2024.]
3. MOZ Ukrainy. (2024). Standart medychnoi dopomohy. Skryninzh raku shyiky matky. Vedennia patsientok z anomalnyimi rezultatamy skryninhu ta peredrakovymy stanamy shyiky matky. Nakaz MOZ Ukrainy vid 18 chervnia 2024 roku No. 1057. [МОЗ України. (2024). Стандарт медичної допомоги. Скринінг раку шийки матки. Ведення пацієнток з аномальними результатами скринінгу та передраковими станами шийки матки. Наказ МОЗ України від 18 червня 2024 року № 1057].
4. Potapov VO. (2023). Papilomavirusna infektsiia ta lehki tservikalni intraepitelialni neoplazii: yak unyknyty prohresuvannia peredrakovoho protsesu. *Akusherstvo. Hinekologhiia. Reproduktohhiia*. 5(56). [Потапов ВО. (2023). Папіломавірусна інфекція та легкі цервікальні інтраепітеліальні неоплазії: як уникнути прогресування передракового процесу. *Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія*. 5(56)]. URL: <https://health-ua.com/akusherstvoginekologiya/zapalni-ta-disbioticnizaxvoriuvannia/75630-paplomavirusna-nfekttsya-ta-legk-tservikaln-ntraeptelaln-neoplaz-yakuniknuti>].
5. Volodko NA, Vinnytska AB, Kaminskyi VV et al. (2018). Ukrainyskiy natsionalnyi konsensus z obstezhennia ta likuvannia zhinok pislia prokhozhenia pervynnoho tservikalnoho skryninhu. *Reproductive Endocrinology*. 5(43): 8–14. [Володько НА Вінницька АБ, Камінський ВВ та ін. (2018). Український національний консенсус з обстеження та лікування жінок після проходження первинного цервікального скринінгу. *Репродуктивна ендокринологія*. 5(43): 8–14].
6. Zaporozhan VM, Kaminskyi VV, Svyntsytskyi VS. (2017). Natsionalnyi konsensus shchodo vedennia patsientok z tservikalnymy intraepitelialnymy neoplaziiamy, zumovlenymy papilomavirusnoiu infektsiieiu. *Health of woman*. 7(123): 16–24. [Запорожан ВМ, Камінський ВВ, Свинцицький ВС. (2017). Національний консенсус щодо ведення пацієнток з цервікальними інтраепітеліальними неоплазіями, зумовленими папіломавірусною інфекцією. *Здоров'я жінки*. 7(123): 16–24].

Відомості про автора:

Лебедюк Володимир Володимирович – к.мед.н., доц. каф. акушерства, гінекології та перинатології ФПО ДДМУ. Адреса: м. Дніпро, вул. В. Вернадського, 9. <https://orcid.org/0000-0001-7549-4664>.

Стаття надійшла до редакції 03.09.2024 р.; прийнята до друку 27.11.2024 р.