



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**5 (55) 2023**

**Сопредседатели редакционной  
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

*Ред. коллегия:*

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
Т.А. АСКАРОВ  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
С.И. ИСМОИЛОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Б.Т. РАХИМОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com>

E: [ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**5 (55)**

**2023**

*май*

УДК 618.19-053.6-055.25

## ЮВЕНИЛЬНАЯ ФИБРОАДЕНОМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

<sup>1,2</sup>Жуманиёзов Х.И., <sup>1,2</sup>Усмонова Ш.Т., <sup>2,4</sup>Хакимова Г.Г., <sup>1</sup>Кадыров Ш.Ш., <sup>1,3</sup>Хакимова Ш.Г.

<sup>1</sup>Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР.

<sup>2</sup>Ташкентский педиатрический медицинский институт.

<sup>3</sup>Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена – филиал федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации

<sup>4</sup>Nano Medical Clinic

### ✓ Резюме

*Фиброаденома (ФА) является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний молочных желез. Пик заболеваемости ФА встречается на вторую-третью декаду жизни. ФА более 5 см называются гигантскими. В данной статье описан клинический случай фиброаденомы молочной железы у пациентки 11 лет, у которой развилась быстрорастущая доброкачественная ФА молочной железы диаметром более 15 см. Молодой возраст пациентки и редкость этого подтипа ФА делают этот случай особенным.*

*Ключевые слова: ювенильная фиброаденома молочной железы, асимметрия молочных желез, фиброзно-кистозная мастопатия, доброкачественная опухоль, филоидной опухоль.*

## JUVENILE BREAST FIBROADENOMA: A CASE REPORT

<sup>1,2</sup>Jumaniyozov Kh.I., <sup>1,2</sup>Usmonova Sh.T., <sup>2,4</sup>Khakimova G.G., <sup>1,3</sup>Kadirov Sh.Sh., <sup>1,3</sup>Khakimova Sh.G. .

<sup>1</sup>Tashkent city branch of RSNPMTSOiR. <sup>2</sup>Tashkent Pediatric Medical Institute.

<sup>3</sup>Moscow Research Institute of Oncology named after P.A. Herzen - a branch of the federal state budgetary institution "National Medical Research Center for Radiology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, <sup>4</sup>Nano Medical Clinic.

### ✓ Resume

*Fibroadenoma (FA) is one of the most common diseases of the mammary glands. The peak incidence of FA occurs in the second or third decade of life. FAs larger than 5 cm are called giant. This article describes a clinical case of breast fibroadenoma in an 11-year-old female patient who developed fast-growing benign breast FA greater than 15 cm in diameter. The young age of the patient and the rarity of this subtype of FA make this case special.*

*Key words: juvenile fibroadenoma of the mammary gland, asymmetry of the mammary glands, fibrocystic mastopathy, benign tumor, phyllodes tumor.*

## SUT BEZI YUVINIL FIBROADENOMASI: AMALIYOTDAN LAVHA

<sup>1,2</sup>Jumaniyozov Kh.I., <sup>1,2</sup>Usmonova Sh.T., <sup>2,4</sup>Khakimova G.G., <sup>1,3</sup>Kadirov Sh.Sh., <sup>1,3</sup>Khakimova Sh.G.

<sup>1</sup>RSNPMTSOiR Toshkent shahar filiali, <sup>2</sup>Toshkent pediatriya tibbiyot instituti.

<sup>3</sup>P.A. Gertsen nomidagi Moskva onkologiya ilmiy-tadqiqot instituti. Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining "Milliy radiologiya ilmiy-tadqiqot markazi" federal davlat byudjet muassasasining filiali, <sup>4</sup>Nano Medical Clinic

✓ **Rezyume**

*Fibroadenoma (FA) sut bezlarining eng keng tarqalgan kasalliklaridan biridir. FAning eng yuqori darajasi hayotning ikkinchi yoki uchinchi o'n yilligida sodir bo'ladi. 5 sm dan katta FAlar gigant deyiladi. Ushbu maqolada diametri 15 sm dan oshiq tez o'sadigan benign ko'krak FA paydo bo'lgan 11 yoshli ayol bemorda ko'krak fibroadenomasi klinik holati tasvirlangan. Bemorning yoshligi va FAning ushbu kichik turining kamdan-kam uchraydiganligi bu holatni keltirib chiqaradi. maxsus.*

*Kalit so'zlar: sut bezining juvenil fibroadenomasi, sut bezlarining assimetriyasi, fibrokistik mastopatiya, yaxshi xulqli o'sma, filloda o'smasi.*

**Актуальность**

По данным Dent D.M. et al. (1988), в онкологических клиниках частота встречаемости ФА у обследованных женщин составила 7-13% [2], а на аутопсиях бессимптомные ФА были обнаружены у 9% женщин [3]. У постменопаузальных женщин ФА встречается значительно реже, однако ее частота может увеличиваться на фоне заместительной гормональной терапии. Даже у «бессимптомных» женщин ФА встречается примерно в 25% случаев [4]. На аутопсиях частота встречаемости ФА составляет примерно 50%, но это количество может увеличиваться даже до 75% у пациенток старше 20 лет [5-6].

ФА, встречающиеся у подростков, называют ювенильными. Как правило, их частота не превышает 0,52%. Растущие ювенильные ФА могут вызывать асимметрию МЖ, дисторсию расположенной над ними кожи, втягивание сока. Гигантские ФА относятся к числу доброкачественных заболеваний МЖ. Малигнизация в эпителиальных компонентах ФА - крайне редкое явление и частота не превышает 0,002-0,0125% [21].

Филлоидные (листовидные) опухоли (ФО) молочных желез являются редким заболеванием и составляют 0,3–0,5% от всех опухолей молочной железы. ФО возникают из доброкачественных эпителиальных фиброаденом молочной железы ввиду их гистологического сходства [29, 27, 28]. Но до сих пор продолжают дискуссии специалистов на эту тему. Микроскопически ФО представлены узловыми или многоузловыми образованиями с четкими границами, коричнево-серого цвета. В более крупных по размерам ФО могут наблюдаться кистозно-расширенные полости (расщелины), опухоль может приобретать вид «цветной капусты». В некоторых случаях могут наблюдаться очаги кровоизлияний, что является предпосылкой к злокачественному варианту ФО [26]. Классификация разделяет их на доброкачественные, пограничные, злокачественные. Чаще всего (~в 64%) встречается доброкачественный вариант данной опухоли. Приблизительно 25% опухолей являются злокачественными [29].

**Клинический случай.**

Больная К. 11 лет, считает себя больной с ноября 2021 года, когда нашла образование в правом молочной железе при самообследовании. В течение 2х недели образование увеличилось в размерах и стало болезненным, кожи правой молочной железы покраснела появилось стрии, в связи с чем больная самостоятельно обратилась в Ташкентский Городской Филиал Республиканского Специализированный Научно-Практического Медицинского Центра Онкологии и Радиологии (ТГФ РСНПМЦОиР).

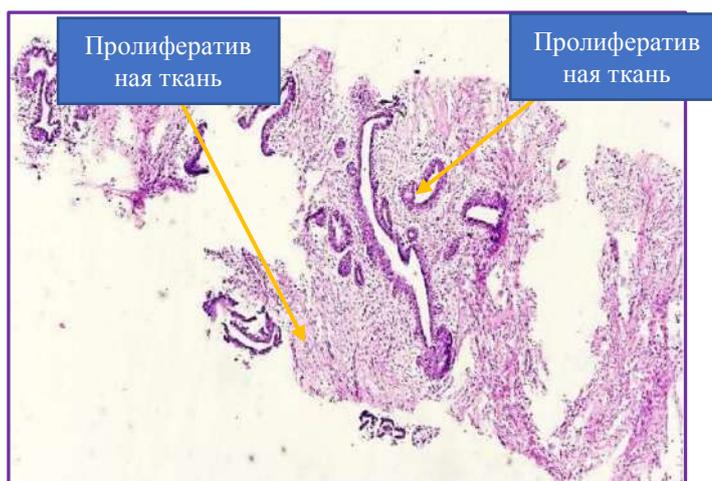


Рис.1. Молочные железы при первичном осмотре.

**Локальный статус.** Молочные железы ассиметричные. Правая молочная железа увеличена в объеме, при пальпации уплотнена и полностью замещена опухолью размерами 15x15 см, болезненная, кожа гиперемирована, натянена, отмечается стрии на коже. Левая молочная железа без особенностей. Соски без особенностей, выделений нет. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

**УЗИ молочных желез:** В левой молочной железе патологии не выявлено. Правая молочная железа увеличена в объеме. Объемное образование занимает всю поверхность молочной железы. Границы четкие, края не ровные, однородной структуры с размерами 15x14 см. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Выполнена трепан биопсия опухоли правой молочной железы. Патоморфологическое заключение: Фиброзно-кистозная мастопатия, пролиферативная форма в виде протоковой гиперплазии.



**Рис.2. Патогистологическое исследование трепанационной биопсии (окраска гематоксилин-эозином): Фиброзно-кистозная мастопатия, пролиферативная форма в виде протоковой гиперплазии.**

Выполнено хирургическое лечение в объеме энуклеация опухоли правой молочной железы.



**Рис.3. Интраоперационная фотография: правая молочная железа до разреза кожи. Полуовальная линия размечена маркером в области ретромаммарной складки.**



*Рис.4. Интраоперационная фотография: После обработки операционного поля произведено полуовальные радиарный надрез по линиям разметки. Опухоль находилась под железистой тканью, видна капсула опухоли.*



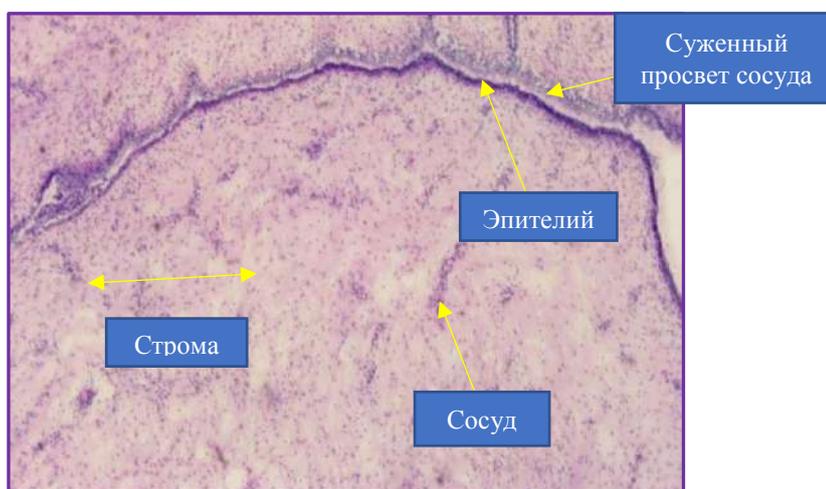
*Рис.5. Интраоперационная фотография: Тупым путем опухоль отделена от мышечной фасции и окружающей ткани, без разрыва и травматизации капсулы опухоли. Во время операции после энуклеации опухоли произведена ревизия молочной железы, опухоль эвакуирована в целом с капсулой.*



*Рис.6. Железистая ткань и млечные протоки молочной железы технически не травмированы.*



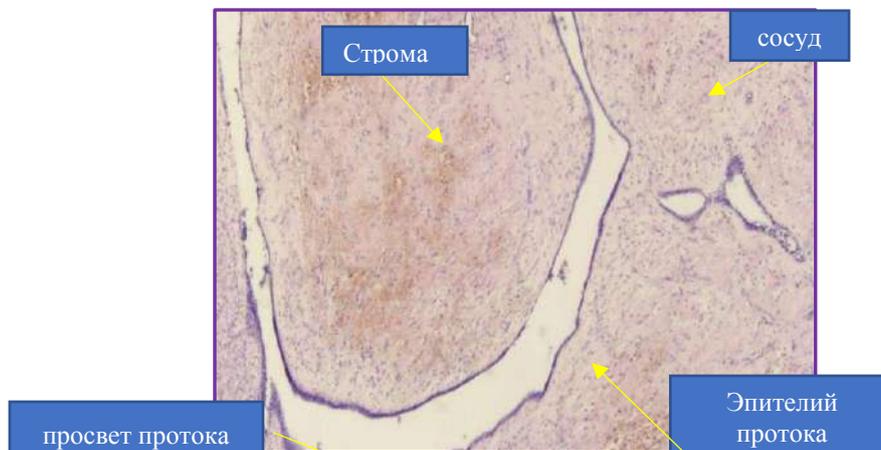
**Рис. 7,8.** Макропрепарат. При разрезе образование размером 11х9х4 см, поверхность гладкая, красного цвета, участками кровоизлияния, плотной консистенции, однородная.



**Рис. 9.** Интраоперационное срочное микроскопическая картина филоидной опухоли правой молочной железы. Паренхима опухоли представлена крупными ветвящимися или полиповидными протоками с суженными просветами, выстланными несколькими рядами умеренно пролиферирующего призматического или кубического эпителия. Соединительная ткань сдавливает протоки. Строма состоит из отечной миксоматозной или умеренно пролиферирующей фиброзной ткани с фокусами лимфоцитарной инфильтрации.



**Рис.10.** После операционный вид молочных желез. Трансдермально выведен дренаж из ложи опухоли правой молочной железы. Наложены внутрикожные косметические швы на кожу. Сразу после операции гиперемии кожи исчезло, натяжение кожи разрешилась.



**Рис.11.** После операционное плановое микроскопическая (расширенный) ной филоидной опухоли (фиброаденома). Ткань молочной железы с крупными ветвящимися или полиповидными протоками папиллярного строения, выстланными несколькими рядами умеренно пролиферирующего призматического или кубического эпителия, местами, формирующими сосочковые структуры. Ядра клеток увеличенные, гиперхромные. Строма состоит из отечной миксоматозной или фиброзно-жировой ткани с очагами лимфоцитарной инфильтрации, кровоизлияний и периканаликулярного роста.



**Рис.12.** Вид на 5-е сутки после операции. Молочные железы приблизились к симметрии, отмечалось незначительная гиперемия кожи правой молочной железы, без болезненно. После операционный период протекал гладко, рана зажило первичным натяжением.

*Установлен клинический диагноз:* Ювенильная филоидная фиброаденома правой молочной железы.

После проведенного оперативного вмешательства достигнута относительная симметричность молочных желез. Болевые ощущения и гиперемия кожи молочной железы устранены. Пациентка остаётся под динамическим наблюдением.

**Обсуждение.** Интересным представляется тот факт, что ФА чаще встречаются у женщин с высоким социально-экономическим статусом и у темнокожих [7,8]. Возраст появления менархе, возраст наступления менопаузы, гормональная терапия, включая прием оральных контрацептивов, не являются достоверными факторами увеличения риска появления ФА [9,10,11].

Как правило, ФА клинически представляется в виде хорошо пальпируемого уплотнения, которое зачастую является случайной находкой при врачебном или самообследовании [12,13,2,14]. ФА выглядит как единичная, гладкая, однородная, подвижная масса размерами от 1 до 3 см [15]. Размеры большинства ФА остаются неизменными или прекращают увеличиваться в диапазоне между 2 и 3 см. Наиболее частой локализацией ФА является верхненаружный квадрант МЖ [16].

Стандартными методами диагностики заболевания молочной железы является УЗИ молочных желез и маммография. Дополнительно может быть использована МРТ молочных желез. Для постановки патоморфологического диагноза необходима core-биопсия с последующим морфологическим и иммуногистохимическим исследованием [13]. Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) признана малоинформативным методом исследования, так как дает много ложноотрицательных результатов [25, 26]. Широкое распространение получила Трепан биопсия - ТБ (Core Needle Biopsy) в диагностике и дифференциальной диагностике заболеваний молочной железы, учитывая технологическую простоту исследования, получение достаточного материала и доступность молочной железы для инвазивных методик. Большее значение имеет дооперационная дифференциальная диагностика их с раком молочной железы при любых размерах узлов, а также диагностика более редких вариантов опухолей с высоким риском рецидивирования и возможной малигнизацией [23]. Однако, в нашем клиническом примере точный диагноз был установлен с интраоперационном срочном исследованием.

Лечение ФА до сих пор остается дискуссионным, однако общепризнанной является его зависимость от возраста пациентки и клинической ситуации [19]. Greenberg R. et al. (1998) полагают, что в случае диагностирования не пальпируемых ФА срок динамического наблюдения и консервативного лечения может составить от 1 до 3 лет [22]. ФА почти не поддается медикаментозному лечению. Основной вид лечения - оперативный [18]. Хирургическое лечение молочной железы необходимо при ее быстром росте, подозрении на трансформацию в саркому, особенно тогда, когда есть наследственность к развитию рака.

При доброкачественных и пограничных ФО прогноз благоприятный, и, как правило, после хирургического лечения рецидивов не наблюдается. При злокачественных ФО выживаемость больных составляет от 60 до 80% [30, 31, 32].

### **Заключение**

Филоидные опухоли молочной железы являются редкой патологией, в связи с чем существует малое количество рандомизированных исследований, а также отсутствуют стандарты лечения. Гистологически ФО подразделяются на доброкачественную, пограничную и злокачественную, подход к лечению которым должен быть разным. Для доброкачественную ФО лечения остается так, как ФА молочной железе, хирургическом удалением образование. В случае доброкачественных ФО лучевая терапия не требуется. Однако, если пограничных или злокачественных ФО адьювантная ЛТ снижает риск местного рецидивирования. Гормональная терапия неэффективна при данной патологии. Целесообразность применения адьювантной химиотерапии при злокачественной ФО остается спорной, так как не было проведено ни одного рандомизированного исследования.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Sperber F., Blank A., Metser U., Flusser G., Klausner J.M., Lev-Chelouche D. Diagnosis and Treatment of Breast Fibroadenomas by Ultrasound-Guided Vacuum-Assisted Biopsy Arch Surg 2003 July 138:796-800.
2. Dent D.M., Hacking E.A., Wilkie W. Benign breast disease: clinical classification and disease distribution. Br J Clin Pract. 1988 42(suppl 56):69-71.
3. Franyz V.K., Pickern J.W., Melcher G.W., Auchincloss J.R. Incidence of chronic. 1951.
4. El-Wakeel H, Umpleby HC. Systematic review of fibroadenoma as a risk factor for breast cancer. Breast. 2003, Oct 12(5):302-7.
5. Onuigh W.I.B. Adolescent mass in Nigerian igbos. Am J Surg. 1979 137:367-71.

6. Schuerch C., Rosen P.P., Hirota T., Itabashi M. A pathologic study of benign breast disease in Tokyo and New York. *Cancer*, 1982 50:1899-902.
7. Brinton L.A., Vajsey M.P., Flavel R. Risk factors for benign breast disease. *Am J Epidemiol*. 1981 113:203-14.
8. Soini I., Aine R., Lauslthti K. Independent risk factor of benign and malignant breast lesion. *Am J Epidemiol*. 1981 114:507-14.
9. Canny P.F., Berkowitz G.S., Kelsey J.L. Fibroadenoma and the use of exogenous hormones: a case control study. *Am J Epidemiol*. 1988 127:454-61.
10. Ravnihar B., Segel D.G., Lindthier J. An epidemiologic study of breast cancer and benign breast neoplasm in relation to the oral contraceptive and estrogen use. *Eur J Cancer*. 1979 15:395-405.
11. Soini I., Aine R., Lauslthti K. Independent risk factor of benign and malignant breast lesion. *Am J Epidemiol*. 1981 114:507-14.
12. Yu H., Rohan T.E., Cook M.G., Howe G.R. Risk factor for fibroadenoma: a case control study in Australia. *Am J Epidemiol*. 1992 135:247-58.
13. Dent D.M., Cant P.J. Fibroadenoma. *World J Surg*. 1989 13:706-10.
14. Dent D.M., Hacking E.A., Wilkie W. Benign breast disease: clinical classification and disease distribution. *Br J Clin Pract*. 1988 42(suppl 56):69-71.
15. Haagensen C.D. Disease of the breast. 3rd ed. Philadelphia, Pa W.B.Saunders 1996 267-83.
16. Foster M.E., Carrahan N., Williams S. Fibroadenoma of the breast: a clinical and pathological study. *J R Coll Surg Ed-inb*. 1988 33:13-6.
17. Wilkinson S., Anderson T.J., Rifkind E., Chetty U., Forrest A.P.M. Fibroadenoma of the breast: a follow-up of conservative management. *Br J Surg*. 1989 76:390-391.
18. Tiryaki T, Senel E, Hucumenoglu S, Cakir BC, Kibar AE. Breast fibroadenoma in female adolescents. *Saudi Med J*. 2007 Jan 28(1):137-8.
19. Sperber F., Blank A., Metser U., Flusser G., Klausner J.M., Lev-Chelouche D. Diagnosis and Treatment of Breast Fibroadenomas by Ultrasound-Guided Vacuum-Assisted Biopsy *Arch Surg*, 2003 July 138:796-800
20. Wilkinson S., Anderson T.J., Rifkind E. Chetty U. Fibroadenoma of the breast: a follow up of conservative management. *Br J Surg*. 1989 76:390-1.
21. Deschenes L., Jacob S., Fobia J., Christen A. Beware of breast fibroadenoma in middle aged women. *Can J Surg*. 1985 28:372-3.
22. Sperber F., Blank A., Metser U., Flusser G., Klausner J.M., Lev-Chelouche D. Diagnosis and Treatment of Breast Fibroadenomas by Ultrasound-Guided Vacuum-Assisted Biopsy *Arch Surg*, 2003 July 138:796-800.
23. Нейштадт, Э.Л. Патология молочной железы / Нейштадт Э.Л., Воробьева О.А.– СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2003 208.
24. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical practice guidelines in oncology. Available at: [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp) Accessed on February 27, 2016.
25. Jacklin RK, Ridgway PF, Ziprin P, Healy V, Hadjiminias D, Darzi A. Optimising preoperative diagnosis in phyllodes tumour of the breast. *J Clin Pathol*. 2006 59(5):454-459. DOI: 10.1136/jcp.2005.025866
26. Jang JH, Choi MY, Lee SK, Kim S, Kim J, Lee J, et al. Clinicopathologic risk factors for the local recurrence of phyllodes tumors of the breast. *Ann Surg Oncol*. 2012 Aug 19(8):2612-7. DOI: 10.1245/s10434-012-2307-5
27. Tavassoli FA, Devilee P. Genetics of tumours of the breast and female genital organs. In: World Health Organization Classification of Tumours, IARC Press, Lyons 2003 99.
28. Kuijper A, Buerger H, Simon R, Schaefer KL, Croonen A, Boecker W, et al. Analysis of the progression of fibroepithelial tumours of the breast by PCR-based clonality assay. *J Pathol*. 2002 197(5):575-581. DOI: 10.1002/path.1161
29. Calhoun K, Lawton TJ, Kim JM, et al. Phyllodes tumors. In: Diseases of the breast. Harris J, Lippman ME, Osborne CK, Morrow M (eds). Lippincott Williams and Wilkins, 2010 781.
30. Chaney AW, Pollack A, McNeese MD, Zagars GK, Pisters PW, Pollock RE, et al. Primary treatment of cystosarcoma phyllodes of the breast. *Cancer* 2000 89(7):1502-1511.
31. Macdonald OK, Lee CM, Tward JD, Chappel CD, Gaffney DK. Malignant phyllodes tumor of the female breast: association of primary therapy with cause-specific survival from the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) program. *Cancer* 2006 107(9):2127-2133. DOI: 10.1002/cncr.22228
32. Confavreux C, Lurkin A, Mitton N, Blondet R, Saba C, Ranchère D, et al. Sarcomas and malignant phyllodes tumours of the breast — a retrospective study. *Eur J Cancer*. 2006 Nov 42(16):2715–2721. DOI: 10.1016/j.ejca.2006.05.040

**Поступила 20.04.2023**