



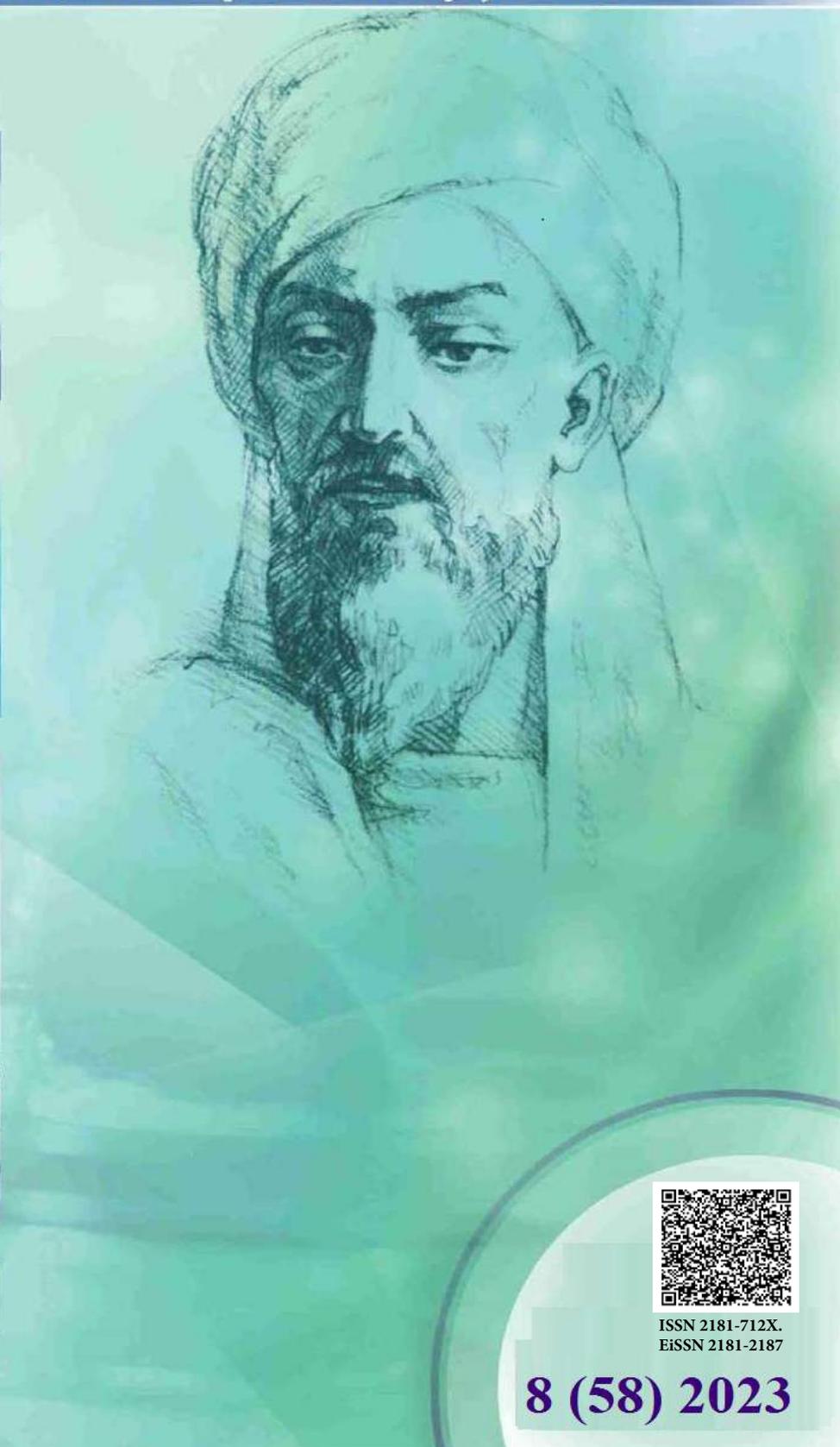
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

8 (58) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (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
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
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. ШЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: 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)

8 (58)

2023

август

Received: 20.07.2023, Accepted: 05.08.2023, Published: 10.08.2023.

УДК 616.345-031.14-006-077-045

**МАШТАБ РАСПРАСТРАНИЕНИЯ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, СОВРЕМЕННЫЙ
ВЗГЛЯД НА ПРЯБЛЕМУ (Обзор литературы)**

Султонова Л.Дж. <https://orcid.org/0009-0008-6914-9862>

Рўзиева Ш.Д. <https://orcid.org/0009-0009-0825-0534>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Резюме**

Рак молочной железы — самое распространённое в мире раковое заболевание среди женщин, это 16 % всех случаев заболевания раком среди них, общая заболеваемость раком молочной железы в Северной Америке — 99,4 на 100 000 женщин [1]. Рак молочной железы иногда встречается и у мужчин[en] — 1 случай на 10 000 представителей.

По оценкам экспертов ВОЗ, в мире ежегодно регистрируют от 800 тыс. до 1 млн новых случаев заболевания раком молочной железы [2]. По числу смертей от рака у женщин эта разновидность рака занимает второе место. Наиболее высока заболеваемость в США и Западной Европе; в России в 2005 году было выявлено 49 548 новых случаев заболевания (19,8 % всех видов опухолей у женщин), а число умерших составило 22 830 [3]. В 2010 году рак молочной железы занимал 1-е место как в структуре заболеваемости женского населения России злокачественными новообразованиями (20,5 %), так и в структуре смертности от таких заболеваний (17,2 %); при этом число впервые выявленных случаев рака молочной железы выросло до 57 241 [2].

Ключевые слова: рак молочной железы, встречаемость, заболеваемость, лечение, масштаб.

**КЎКРАК БЕЗИ САРАТОНИНГ ТАРҚАЛИШ КЎЛАМИ, МУАММОНИНГ
ЗАМОНАВИЙ КЎРИНИШИ (Адабиётлар шарҳи)**

Султонова Л.Дж. <https://orcid.org/0009-0008-6914-9862>

Рўзиева Ш.Д. <https://orcid.org/0009-0009-0825-0534>

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Резюме**

Кўкрак бези саратони аёллар орасида дунёдаги энг кенг тарқалган саратон, у улар орасида саратон барча ҳолларда 16%, Шимолий Америкада кўкрак саратони умумий касалланиш 99,4 100,000 аёллар [1] бошига ҳисобланади. Кўкрак саратони ҳам баъзан эркакларда топилган [en]-1 вакиллари бошига 10,000 иши.

ЖССТ экспертларига кўра, дунёда ҳар йили 800 мингдан 1 миллионгача кўкрак бези саратони ҳолатлари қайд этилади [2]. Аёлларда саратон касаллигидан ўлганлар сони бўйича саратоннинг бу тури иккинчи ўринда туради. Касалланиш АҚШ ва Ғарбий Европада энг юқори; Россияда 2005 йилда касалликнинг 49,548 янги ҳолатлари аниқланди (аёлларда барча турдаги ўсмаларнинг 19,8%) ва ўлимлар сони 22,830 ни ташкил этди [3]. 2010 йилда кўкрак саратони Россиянинг аёл аҳолисида малигн неоплазмалар билан касалланиш таркибида ҳам 1-ўринни эгаллади (20,5%) ва бундай касалликлардан ўлим таркибида (17,2%); шу билан бирга, янги ташхис қўйилган кўкрак саратони ҳолатлари сони 57,241 га ошди [2].

Калит сўзлар: кўкрак бези саратони, касалланиш, касалланиш, даволаш, шкала.

THE SCALE OF DISTRIBUTION IS BREAST CANCER, A MODERN LOOK AT THE SPINNING WHEEL (Literature review)

Sultonova L.Dj. <https://orcid.org/0009-0008-6914-9862>

Ruziyeva Sh.D. <https://orcid.org/0009-0009-0825-0534>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina Uzbekistan Bukhara, A.Navoi st. 1 Tel: +998(65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ *Resume*

Breast cancer is the most common cancer in the world among women, it is 16% of all cases of cancer among them, the total incidence of breast cancer in North America is 99.4 per 100,000 women [1]. Breast cancer is also sometimes found in men[en] — 1 case per 10,000 representatives.

According to WHO experts, from 800 thousand to 1 million new cases of breast cancer are registered annually in the world [2]. In terms of the number of deaths from cancer in women, this type of cancer ranks second. The incidence is highest in the USA and Western Europe; in Russia in 2005, 49,548 new cases of the disease were detected (19.8% of all types of tumors in women), and the number of deaths was 22,830 [3]. In 2010, breast cancer ranked 1st both in the structure of the incidence of malignant neoplasms in the female population of Russia (20.5%) and in the structure of mortality from such diseases (17.2%); at the same time, the number of newly diagnosed cases of breast cancer increased to 57,241 [2].

Keywords: breast cancer, incidence, morbidity, treatment, scale.

Актуальность

ак молочной железы возникает в выстилающих клетках (эпителии) молочных протоков (85%) или долек (15%) железистой ткани молочной железы. Сначала рост опухоли ограничивается протоком или долькой (преинвазивный рак, «рак на месте» – in situ), где он не вызывает никаких симптомов и характеризуется минимальным потенциалом для образования вторичных очагов опухолевого роста (метастазирования) [11].

Со временем эти преинвазивные злокачественные опухоли (рак 0 стадии или рак in situ) могут разрастись и захватить все большее количество тканей молочной железы (инвазивный рак молочной железы), а затем распространиться в близлежащие лимфатические узлы (регионарное метастазирование) и в другие органы (отдаленное метастазирование). Если женщина умирает от рака молочной железы, то это происходит из-за обширного метастазирования [7].

Лечение рака молочной железы может быть высокоэффективным, особенно в том случае, когда болезнь удается выявить на ранней стадии. Лечение рака молочной железы часто является комбинированным, включающим хирургическую операцию по удалению опухоли, лучевую терапию и медикаментозное лечение (гормональную терапию, химиотерапию и/или таргетную биологическую терапию), которые направлены на лечение микроскопических форм рака, распространившихся по кровотоку из опухоли молочной железы. Такой подход к лечению, позволяющий предотвратить разрастание и распространение опухоли, спасает жизни [14].

В 2020 г. рак молочной железы был диагностирован у 2,3 миллиона женщин, при этом в мире было зарегистрировано 685 000 случаев смерти от этой болезни. По данным на конец 2020 г., в живых оставались 7,8 миллиона женщин, у которых за последние пять лет был диагностирован рак молочной железы, а это означает, что данный вид рака является самым распространенным онкологическим заболеванием в мире. Число утраченных лет здоровой жизни (DALYs) женщин с этим диагнозом в мире превышает аналогичный показатель в отношении любого другого вида рака у женщин. Рак молочной железы встречается во всех странах мира у женщин любого возраста после достижения половой зрелости, однако в более старшем возрасте уровень заболеваемости возрастает. Показатели смертности от рака молочной железы в период с 1930-х по 1970-е гг. практически не изменялись. Повышение выживаемости началось в 1980-е гг. в странах, в которых имелись программы раннего выявления в сочетании с различными методами лечения в целях искоренения инвазивного рака молочной железы [21].

Рак молочной железы не является трансмиссивным или инфекционным заболеванием. В отличие от некоторых онкологических заболеваний, которые возникают по причинам, связанным с инфекцией (например, рак шейки матки связан инфекцией, вызываемой вирусом папилломы человека (ВПЧ)),

развитие рака молочной железы не является следствием каких-либо известных вирусных или бактериальных инфекций [11].

Примерно в половине случаев рак молочной железы поражает женщин, у которых нет какого-либо поддающегося определению фактора риска развития рака молочной железы, за исключением половой принадлежности (женщины) и возраста (старше 40 лет). Некоторые факторы увеличивают риск развития рака молочной железы, например, к таким факторам относится увеличение возраста, ожирение, вредное употребление алкоголя, семейная история рака молочной железы, отмечавшаяся в прошлом воздействие радиации, репродуктивная история (например, возраст начала менструаций и возраст первой беременности), употребление табака и гормональная терапия в период постменопаузы [12].

Поведенческие модели и соответствующие меры, снижающие риск развития рака молочной железы, включают:

- продолжительное грудное вскармливание;
- регулярная физическая активность;
- контроль веса;
- недопущение вредного употребления алкоголя;
- предотвращение воздействия табачного дыма;
- отказ от длительного использования гормонов;
- предотвращение чрезмерного воздействия радиации.

К сожалению, даже если бы все потенциально поддающиеся изменению факторы риска можно было контролировать, это уменьшило бы риск развития рака молочной железы не более чем на 30% [12].

Половая принадлежность (женский пол) является самым серьезным фактором риска развития рака груди. На лиц мужского пола приходится примерно 0,5–1% всех случаев рака груди. Лечение рака грудной железы у мужчин проводится в соответствии с теми же принципами ведения заболевания, что и в случае рака молочной железы у женщин.

Семейная история рака молочной железы увеличивает риск развития этого заболевания, однако у большинства женщин с диагностированным раком молочной железы нет сведений о фактах заболевания этим видом рака близких родственников. Отсутствие подтвержденной семейной истории рака молочной железы необязательно означает, что женщина подвергается меньшему риску [14].

Определенные унаследованные высоко пенетрантные мутации в генах значительно увеличивает риск развития рака молочной железы, причем самыми доминантными являются мутации в генах BRCA1, BRCA2 и PALB-2. Если у женщины обнаружены мутации в этих главных генах ей следует задуматься о стратегиях снижения риска, например, о хирургической операции по удалению обеих молочных желез. Само рассмотрение возможности проведения такой крайне инвазивной процедуры касается лишь очень ограниченного числа женщин, причем необходимо провести тщательную оценку такого подхода, принимая во внимание все возможные альтернативные методы и избегая поспешности в принятии решения [20].

Чаще всего рак молочной железы проявляется в виде безболезненного «шарика» (шишки) или уплотнения в груди. Важно, чтобы женщины, обнаружившие аномальное уплотнение в груди, без промедления обратились за консультацией к практикующему медицинскому работнику не позднее чем через 1–2 месяца после обнаружения уплотнения, даже если они не испытывают при этом никакой боли. Обращение за медицинской консультацией при первых же признаках возможного симптома способствует более успешному лечению.

Как правило, среди симптомов рака молочной железы выделяют следующие:

- образование «шарика» или уплотнения в груди;
- изменение размера, формы и вида молочной железы;
- втяжение, покраснение, появление изъязвлений и других изменений на коже молочной железы;
- изменение формы и вида соска или кожи вокруг соска (ареолы);
- аномальные выделения из соска.

Существует множество причин образования уплотнений в груди, большинство из которых не являются раковой опухолью. До 90% образований в молочных железах не являются злокачественными. К числу нераковых заболеваний молочных желез относятся доброкачественные образования, такие как фибroadеномы и кисты, а также инфекции [16].

Рак молочной железы может проявляться самыми разными способами, и именно поэтому важно пройти полное медицинское обследование. Те женщины, у которых отмечаются стойкие патологические изменения (обычно продолжающиеся более одного месяца), должны пройти

некоторые тесты, в том числе исследование молочной железы с помощью методов визуализации, а в некоторых случаях – с забором образца клеток из молочной железы (метод биопсии), чтобы определить, является ли новообразование злокачественным (раковым) или доброкачественным [14].

Раковая опухоль на поздней стадии может прорасти через кожный покров и спровоцировать появление открытых язвочек (изъязвлений), даже не вызывая при этом болезненных ощущений. Если ранки на груди не заживают, женщине следует пройти биопсию. Рак молочной железы может распространяться в другие части тела и вызывать другие симптомы. Часто распространение рака становится заметным прежде всего в лимфатических узлах подмышечной области, хотя женщина может и не почувствовать появления лимфатических узлов с метастатическим поражением.

Со временем раковые клетки могут распространиться в другие органы, включая легкие, печень, мозг и кости. Как только они достигают этих мест, могут появиться новые симптомы, связанные с раком, такие как боль в костях или головные боли [13].

Лечение рака молочной железы может быть очень эффективным и повысить вероятность выживания до 90% и выше, особенно в том случае, если заболевание выявлено на ранней стадии. Лечение, как правило, включает хирургическое вмешательство и лучевую терапию для контроля заболевания в молочной железе, лимфатических узлах и прилегающих к ним участках (локальный контроль), а также системную терапию (противораковые лекарственные препараты, назначаемые для перорального приема или внутривенных вливаний) в целях лечения заболевания и/или снижения риска распространения рака (метастазирования). Противораковая терапия включает эндокринную терапию (гормонотерапию), химиотерапию и, в некоторых случаях, таргетную биологическую терапию (с использованием антител) [16].

В прошлом все случаи рака молочной железы лечились хирургическим путем с помощью мастэктомии (полного удаления груди). И сегодня, в случае большого размера опухоли, по-прежнему может потребоваться мастэктомия. В настоящее время большинство случаев рака молочной железы можно лечить с помощью более щадящей методики, называемой «лампэктомией» или частичной мастэктомией, при которой удаляется только сама опухоль из молочной железы. В этих случаях, как правило, требуется последующая лучевая терапия молочной железы, чтобы свести к минимуму вероятность рецидива.

Лимфатические узлы удаляются во время хирургической операции по поводу инвазивного рака. В прошлом для предотвращения распространения рака считалось необходимым радикальное удаление всего коллектора лимфоузлов подмышечной впадины – подмышечная лимфаденэктомия (иссечение подмышечных лимфоузлов). В настоящее время предпочтение отдается более щадящей процедуре, известной как биопсия сигнальных лимфатических узлов, поскольку она дает меньше осложнений. В подмышечную область вводится специальный краситель и/или радиоактивный изотоп с коротким сроком жизни, чтобы обнаружить первые несколько лимфоузлов, в которые рак мог распространиться из молочной железы [17].

Лекарственная терапия при раке молочной железы может осуществляться до хирургического вмешательства (неoadьювантная терапия) или после него (адьювантная терапия). Решение зависит от биологического подтипа рака. Раковые опухоли, которые экспрессируют рецепторы эстрогена (ER) и/или прогестерона (PR), вероятнее всего, будут реагировать на эндокринную (гормональную) терапию с использованием таких препаратов, как тамоксифен или ингибиторы ароматазы. Эти препараты назначаются для перорального приема в течение 5–10 лет и снижают почти наполовину вероятность рецидива восприимчивых к лечению гормонами (гормон-позитивных) видов рака. Эндокринная терапия может вызывать симптомы менопаузы, но, как правило, хорошо переносится [18].

Раковые опухоли, которые не экспрессируют ER или PR, не восприимчивы к гормонотерапии из-за отсутствия у опухолевых клеток рецепторов к гормонам (гормон-рецептор-негативные опухоли), и их следует лечить с помощью химиотерапии, если только размер опухоли не очень мал. Применяемые в настоящее время схемы химиотерапии весьма эффективны в плане снижения вероятности распространения или рецидива рака и, как правило, используются в рамках амбулаторного лечения. Химиотерапия рака молочной железы обычно не требует госпитализации при условии отсутствия осложнений [19].

В раковой опухоли молочной железы может происходить гиперэкспрессия онкогена HER-2/neu. HER2-позитивный рак молочной железы поддается лечению с помощью таргетных биологических агентов, таких как трастузумаб. Эти биологические агенты очень эффективны, но и очень дороги, поскольку они являются антителами, а не химическими препаратами. Таргетная терапия проводится в сочетании с химиотерапией, что повышает их эффективность в плане уничтожения раковых клеток.

Лучевая терапия также играет очень важную роль в лечении рака молочной железы. На ранней стадии рака молочной железы благодаря радиотерапии может отпасть необходимость мастэктомии. При более поздних стадиях рака лучевая терапия может снизить риск рецидива, даже если была проведена мастэктомия. На поздней стадии заболевания, в некоторых случаях, лучевая терапия может уменьшить вероятность смерти от рака молочной железы.

Заклучение

Как нам показывает наша практика онколога эффективность методов лечения рака молочной железы зависит от того, был ли пройден полный курс лечения. Частичное лечение с меньшей вероятностью приведет к положительному результату.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Беспалов В.Г. Лечение мастопатии и первичная профилактика рака молочной железы. Лечащий врач 2017;(5):88-9.
2. Васильев Д.А., Зайцев А.Н., Берштейн Л.М. Маммографическая плотность молочных желез и определяющие ее факторы в свете повышенного онкологического риска. Опухоли женской репродуктивной системы 2011;(3):15-22.
3. Высоцкая И.В., Погодина Е.М., Гладиллина И.А. и др. Клиническая маммология (практическое руководство). Под ред. М.И. Давыдова, В.П. Летагина. /М., 2010;54-6.
4. Герштейн Е.С. Биологические маркеры молочной железы: методологические аспекты и клинические рекомендации /Е.С. Герштейн, Н.Е. Кушлинский // Маммология. 2015;1:65-69.
5. Каприна А.Д. и др. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2015;250.
6. Зотол А.С., Белик Е.О. Мастопатии и рак молочной железы. /М., 2005;112.
7. Высоцкая И.В. [и др.] Опухолевые маркеры рака молочной железы //Маммология. 2015;1:61-65.
8. Канцерогенез. Под ред. Д. Г; Заридзе. М., 2005
9. Коган И.Ю., Мясникова М.О. Диагностика и лечение мастопатии. СПб., 2010;32.
10. Летагин В.П. Факторы риска развития рака молочной железы / В.П. Летагин, И.В. Высоцкая, Е.А. Ким // Маммология. 2006;4:10-13.
11. Мериж Ф, Бучхолз ТА Mirza НК, Властос Г, Амес ФК, ва бошқ. (2012) кўкракни саклаш операцияси ва радиация терапияси билан боғлиқ узок муддатли асоратлар. //Анн Сург Онсол 2012;9:543-549.
12. Petit J, Рьетженс М, Гаруси С (2011) саратон касалликлариди кўкракни қайта тиклаш усуллари: қайси бири, қачон қўлланилиши керак, дархол ва узок муддатли хавфлар қандай?. //Срит Рев Онсол Хематол 2011;38:231-239.
13. Малгорзата Б., Сесла С. (2019) радикал мастектомиядан кейин аёлларда postural касалликларни баҳолаш ва кейинчалик кўкракни қайта тиклаш. //Жисмоний даволаш 2011;17:30-37.
14. Тао З, Ши А, Лу С, Сонг Т, Zhang З и ва бошқ. (2015) Кўкрак беги саратони: эпидемиология ва этиология. //Хужайра Biochem Биопсия 2015;72:333-338.
15. Боссомбра К., Ашикага Т., Ўбриен П. J., Nelson J., Скелли Ж. ва бошқ. (2012) Кўкрак беги саратонидан омон қолганларда шиш, уйқусизлик, оғриқ ва уларнинг қўл функцияси билан боғлиқлиги: ногиронлик жараёни моделига истикбол. //Кўкрак Ж 2012;8:338-348.
16. Главаска-Мротек I, Сова М., Новикевич Т., Седецкий З., Хагнер В. ва бошқ. (2017) Кўкракни саклаш операциясидан 5 йил ўтгач, беморларда оёқ холати: вазиятни назорат қилиш бўйича тадқиқот. //Кўкрак Беги Саратони 2017;25:325-333.
17. Жееван Р., Менни Ж. К., Моҳанна П. N., Ўдоноғхуе Ж. M., Раинсбурй Р. M. ва бошқ. (2016) Кўкракни зудлик билан тиклаш ставкаларидаги миллий тенденциялар ва минтақавий фарқлар. //Бр J Сург 2016;103:1147-1156.
18. Димитров Г., Баичев Г., Инков И., Димитров Д. (2017) Тараққиёт ва кўкрак саратони жарроҳлик даволаш тарихи қисқача шарҳ. //Халқаро жарроҳлик ва тиббиёт журнали 2017;2:1-10.
19. Махмудов З. А., Нечай В. V., Харибова Е. А. postnatal онтогенезнинг турли босқичларида илеоцекал бирикма деворидаги Glandular-лимфоид муносабатлар //Морфология. 2008;133(2):85.
20. Стубблефилд М,Д., Кеоле Н. (2013) кўкрак беги саратони билан касалланган беморларда юкори тана оғриғи ва функционал бузилишлар. //АМ R 2013;6:170-183.
21. Уоллес С.В., Уоллес А.М., Ли Ж., Добке М.К. (2016) Кўкрак операциясидан кейинги оғриқ: 282 аёлдан иборат сўровнома. //Оғриқ 2016;66:195-205.
22. Fernandez-Лао С., Сантареро-Villanueva И., Fernandez де Лас Пеñas С., Дел Moral-Avila P., Менхон-Beltran С. Et al. (2012) Кўкрак беги саратонида лумпектомия ёки мастектомия операциясидан кейин бўйин ва елка мушакларидаги фаол миёфациал тетик нукталарининг ривожланиши ўхшаш. //J Қўриқчи 2012;16:183-190.
23. Fischer Б., Anderson С., Брайнт Ж., Марголесе Р. G., Deutsch M. ва бошқ. (2012) Инвазив кўкрак беги саратонини даволаш учун умумий мастектомия, лумпектомия ва лумпектомия ва нурланишни таққослайдиган рандомизацияланган синовни йигирма йиллик кузатув. //N Узбл J Мед 2012;347:1233-1241.

Поступила 20.07.2023