



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

2 (64) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
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
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
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
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
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. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

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 (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (64)

2024

февраль

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 618.19-071-006.3.04X16

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: САРКОМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Г.А. Хакимов^{1,3} <https://orcid.org/0000-0002-4970-5429>

Г. Г. Хакимова^{1,2,3}, Х.И. Жуманиёзов^{1,3}, О.А. Талипов^{1,3}, М.Н. Ташметов^{1,3}.

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт; Узбекистан, 100140, Ташкент, ул.Богишамол, 223 E.mail: interdep@tashpmi.uz

² Nano Medical Clinic; Узбекистан, 100069 Ташкент, ул.Чимбой 2А

³Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии Узбекистан г. Ташкент, ул. Фароби, 383.

✓ Резюме

Саркома молочной железы является редкой опухолью и составляет 0,1% злокачественных опухолей молочной железы [1]. В данной статье описан случай саркомы молочной железы у пациентки 32 лет, у которой развилась быстрорастущая злокачественная фибросаркома молочной железы диаметром более 30 см. Молодой возраст пациентки и использование всех способов лечения (хирургическое лечение; лучевая терапия; химиотерапия) делают этот случай особенным.

Ключевые слова: саркома молочной железы; хирургическое лечение; химиотерапия; лучевая терапия.

BREAST SARCOMA: A CASE STUDY

G. A. Khakimov^{1,2} G. G. Khakimova^{1,2}, Kh.I. Jumaniyozov^{1,3}, O.A. Talipov^{1,3}, M.N. Tashmetov^{1,3}

¹Tashkent Pediatric Medical Institute; Uzbekistan, 100140 Tashkent, Bogishamol street, 223 E.mail: interdep@tashpmi.uz

²Nano Medical Clinic; Uzbekistan, 100069 Tashkent, Chimboy st. 2A

³Tashkent City Branch of the Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Oncology and Radiology Uzbekistan Tashkent, st. Farobi, 383.

✓ Resume

Breast fibrosarcoma is a rare tumor and accounts for 0.1% of malignant breast tumors [1]. This article describes a case of breast sarcoma in a 32-year-old patient who developed a rapidly growing malignant breast fibrosarcoma with a diameter of more than 30 cm. The young age of the patient and the use of all methods of treatment (surgical treatment; radiation therapy; chemotherapy), make this case special.

Key words: breast sarcoma; surgery; chemotherapy; radiation therapy.

KLINIK HOLAT: SUT BEZI SARKOMASI

G. A. Khakimov^{1,2} G. G. Khakimova^{1,2}, Kh.I. Jumaniyozov^{1,3}, O.A. Talipov^{1,3}, M.N. Tashmetov^{1,3}

¹Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, O'zbekiston 100140, Toshkent, Bog'ishamol ko'chasi 223, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

²Nano tibbiyot klinikasi; O'zbekiston, 100069 Toshkent, Chimboy ko'chasi, 2A

³O'zbekiston ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Toshkent shahar filiali Toshkent sh. Forobiy, 383.

✓ Rezyume

Sut bezi sarkomasi kam uchraydigan o'simta bo'lib, sut bezi o'smalarning 0,1% ni tashkil qiladi [1]. Ushbu maqolada diametri 30 sm dan ortiq bo'lgan tez o'sib borayotgan ko'krak qafasining malign fibrosarkomasi rivojlangan 32 yoshli ayol bemorda ko'krak sarkomasi holati tasvirlangan. Bemorning yoshligi va barcha davolash usullaridan (jarrohlik; radiatsiya terapiyasi; kimyoterapiya) foydalanish bu holatni alohida qiladi.

Kalit so'zlar: ko'krak sarkomasi; jarrohlik; kimyoterapiya; radiatsiya terapiyasi.

Актуальность

В клинической практике очень редко встречаются саркомы молочной железы. Они составляют меньше 1 % всех новообразований молочной железы [2] и менее 5 % всех сарком мягких тканей [3]. Несмотря на то, что некоторые клинические признаки саркомы молочной железы схожи с раком молочной железы, течение заболевания, лечение и прогноз резко различаются. В этой статье мы описали случай саркомы молочной железы и провели обзор литературы по данной теме.

Клиническое наблюдение

Пациентка 1990 г.р. поступила в Nano Medical Clinic с жалобами на общую слабость, периодический кашель с марта 2022 г. Из анамнеза: пациента обратилась с жалобами на образование в левой молочной железе в июле 2020 г. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где выполнено: **УЗИ молочных желез от 27.07.2020г.** левая молочная железа. В проекции наружного верхнего квадрата определяется образование с ровными контурами гипер и изоэхогенными включениями размером 13x10мм. Кровоток не определяется. Правая молочная железа. В проекции наружного верхнего квадрата определяется образование с ровными контурами изоэхогенными включениями размером 11x8мм. Кровоток не определяется. Самостоятельно обратилась в ТГФ РСНПМЦОиР, где 11.01.21г. выполнена биопсия образования. **Патогистологическое заключение № 31109\21 от 14.01.21г.:** фибросаркома G-2. **КТ органов грудной клетки от 20.01.21г.:**

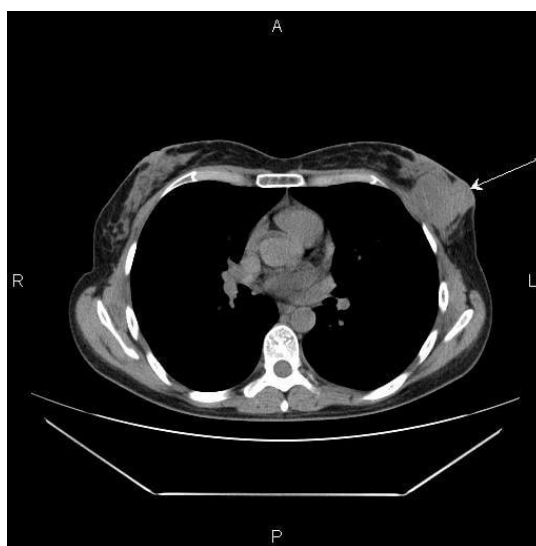


Рис 1. РКТ органов грудной клетки (аксиальная проекция) - в левой молочной железе определяется многоузловое образование, тесно прилегающее к большой грудной мышце, размерами 46x45x54мм.

МРТ молочных желез от 22.01.21г.: Слева в латеральных отделах нижнелатерального квадрата молочной железы определяется округлой формы, с нечеткими контурами и небольшой зоной отека по периферии образование, размерами 35x38x25мм, исходящее из железистой ткани. BI-RADS 5. Кпереди и латерально от данного образования определяется овальной формы образование с четкими контурами, однородной структуры с переходными характеристиками, размерами 26x14мм. BI-RADS 3.

МРТ органов брюшной полости, малого таза от 22.01.21г.: без изменений. Решением консилиума 29.01.2021г. выполнено хирургическое лечение в объеме радикальной мастэктомии слева. **Патогистологическое заключение № 33025\21 от 06.02.2021г.:** фибросаркома, G-III. (рис 2.) Края резекции интактные. 7/7 л/у без признаков пролиферации.

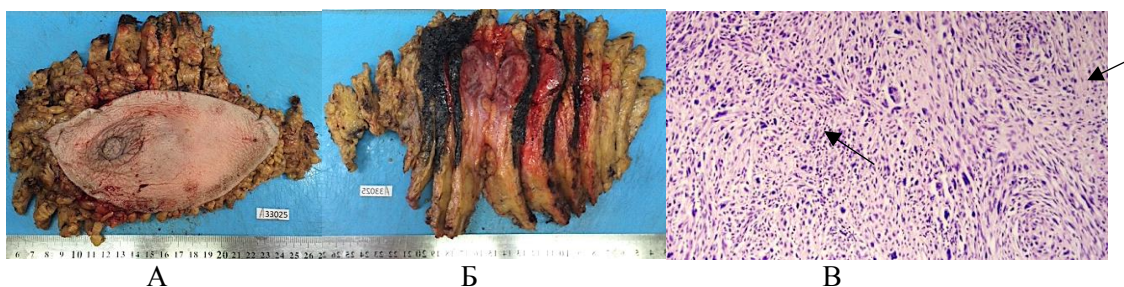


Рис 2. Макропрепарат (А,Б): В нижелатеральном крае отмечается образование плотноватой консистенции, серо-белесоватого цвета, с чёткими границами, размером 5х4х4см, имеет капсулу. Передний край ограничен кожей, образование вплотную прилегает к коже. От заднего края до образования 2 мм, задний край окрашен чёрным цветом.

Микропрепарат (В): На биоптате фиброзное образование, состоящее из большого количества атипичных клеток. Клетки удлинённые, веретенообразные (слева), имеются гигантские клетки с многоядерностью (справа).

Состояние после дистанционной лучевой терапии (IMRT): **1 этап:** РОД – 2Гр, СОД 50 Гр на область после операционного (п/о) ложе левой молочной железы; **2й этап:** РОД – 2Гр, СОД 66Гр на область п/о ложе с захватом п/о рубца, 5 фракций в неделю с 09.03.21г. до 23.04.21г. Прогрессирование от 03.2022г. (метастазы в легкие).

КТ органов грудной клетки с в/в контрастированием от 08.03.2022г.: В проекции верхних отделов ложе молочной железы по среднеключичной линии на уровне I-II ребер определяется образование округлой формы с четкими ровными контурами, интимно прилежащее к грудной мышце, размерами 16х15х20мм. В обоих легких определяются множественные округлой формы образования с четкими контурами, связанные с сосудами, размерами самого крупного (в IV сегменте левого легкого) 19х12х14мм. (рис 3) Выполнена биопсия от 27.05.22г. **Патогистологическое заключение №85451\22 от 29.05.22г.:** метастаз злокачественной опухоли саркоматозной дифференциации в мягкие ткани. Лечебный патоморфоз 1 ст. (рис 3 А)

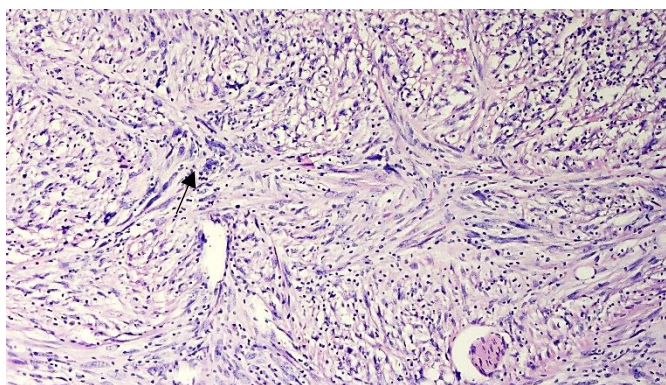


Рис 3. Биоптат представлен разнонаправленными пучками полиморфных веретеновидных клеток с патологическими митозами (А). Некрозы не отмечаются.

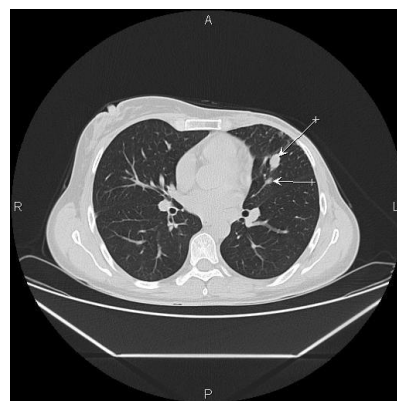
Самостоятельно обратилась в Nano Medical Clinic. Общее состояние при поступлении относительно удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожа и слизистые оболочки чистые, бледно розовые. В легких везикулярное дыхание с обеих сторон хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД - 120\70 мм.рт.ст, Пульс - 85 ударов\мин. Язык влажный, обложен белесым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных явлений нет. Стул и диурез регулярный. На основании клинико-морфологических и инструментальных данных, рекомендовано проведение полихимиотерапии(ПХТ) по схеме AI. Состояние после 6 курсов ПХТ-AI.

(Доксорубин 75мг/м² (СД=110мг) в/в кап в 1 день, Ифосфамид 2500мг/м² (СД=3750мг) в/в кап в 1-4 дни, Уромитексан 100% (СД=15000мг) в/в кап в 1-4 дни каждые 21 день). Первичная профилактика гранулоцитарно колониестимулирующим фактором с 5 по 15 дни.

(15.03.22г - 16.07.2022г.) Стабилизация в рамках положительной динамики. **КТ органов грудной клетки от 26.07.2022г.:** В проекции верхних отделов левого легкого, по средней ключичной линии на уровне I-II ребер определяется образование округлой формы с четкими ровными контурами, интимно прилегающее грудной мышце, размерами 6х10мм. В обоих легких определяются множественные округлой формы образования с четкими контурами, связанные с сосудами, размерами до 6 мм. (рис 3Б).



А



Б

Рис 3. При ретроспективном исследовании изображений от 08.03.2022 г (А) и 12.05.2022 г (Б) отмечается уменьшение размеров образований обоих легких.



А



Б

Рис 4. МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника. Коронарный срез (А). Сагиттальный срез (Б).

Прогрессирование от 07.2022г. (кости, мягкие ткани). **МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника от 20.07.22:** В левой боковой массе крестца определяется неправильной формы образование солидной структуры, размерами 65х57х72мм с наличием мягкотканного компонента, распространяющегося интрадурально в пресакральную область с муфтообразным охватом наружно подвздошной артерии и оттесняющего внутреннюю подвздошную артерию, левую подвздошную область, мягкие ткани крестцовой области слева. (рис 4А) В телах VTh10, VTh11, VL2, VL3, VL5 патологические участки, распространяющиеся в позвоночный канал на уровне VL5, с нечеткими контурами. (рис 4Б)

Сцинтиграфия костей скелета от 30.07.2022г: Очаги накопления РФП в назофарингиальной области, рукоятке грудины, S1 позвоночника, боковой массе крестца слева.

Состояние после радионуклидного лечения с изотопом Sm153 оксифор 2000МБК (Самарий) от 17.08.22г. Объективно: состояние пациентки стабильно тяжелое. Выраженный болевой синдром не купируемый наркотическими анальгетиками (Морфин). Состояние после паллиативной ДЛТ на область поясничного отдела позвоночника и образования крестцовой области слева РОД 3Гр, СОД 40 Гр от 24.08-08.09.22г. Решением консилиума пациентка переведена на таргетную терапию тирозинкиназными ингибиторами (Пазопаниб) от 20.08.2022г. В сентябре 2022г. у пациентки появились жалобы на онемение нижних конечностей, выраженный болевой синдром не купируемый не наркотическими анальгетиками. Пациентка умерла 30.10.2022г. Причина смерти не известна. Аутопсия не выполнена.

Диагноз: C50.Саркома левой молочной железы, pT2N0M0. Состояние после комплексного лечения (хирургического лечения в объеме радикальной мастэктомии слева от 29.01.2021г., ДЛТ от 09.03-23.04.21г.). Прогрессирование от 03.2022г. (легкие). СП 6 курсов АІ. Прогрессирование от 07.22г.(кости, мягкие ткани). СП паллиативной ДЛТ СОД 40 Гр от 24.08-08.09.22г. СП таргетной терапии (Пазопаниб). Осложнения: болевой синдром

Обсуждение клинического случая

Саркомы молочной железы представляют собой редкую и гетерогенную группу злокачественных новообразований, составляющую менее 1% от общего числа злокачественных новообразований молочной железы и менее 5% от всех сарком мягких тканей с ежегодной заболеваемостью 4,6 случая на миллион женщин [2,3]. Саркомы молочной железы могут быть как первичными (de novo), так и вторичными. Саркомы молочной железы преимущественно диагностируются на более поздних стадиях с худшим прогнозом, чем карцинома [4]. Предыдущие отчеты показали, что первичная саркома молочной железы чаще встречается у молодых женщин, в то время как вторичные саркомы чаще обнаруживаются у пожилых женщин после лечения первичных опухолей. Стадирование сарком молочной железы обычно проводится с использованием системы стадирования Американского объединенного комитета по раку (AJCC) для сарком мягких тканей. Исследования показали, что размер опухоли > 5 см, высокая степень злокачественности, гистологически - ангиосаркома и положительные края резекции ассоциированы с худшим прогнозом [5,6].

Как и другие саркомы мягких тканей, первичные саркомы молочной железы гистологически гетерогенны. Гистологический анализ имеет решающее значение для постановки диагноза и определения гистологического подтипа. В основном встречаются следующие гистологические подтипы: фибросаркома, ангиосаркома, плеоморфная саркома [7,8].

Пациенты обычно предъявляют жалобы на твердое, четко очерченное образование молочной железы с одной стороны, которое быстро увеличивается в размерах. Злокачественный потенциал образования молочной железы в данном случае также подтверждается ростом опухоли за последние 5 месяцев. Редко наблюдается боль и кожные изменения [9].

Рентгенологические признаки сарком молочной железы на маммографическом изображении неспецифичны. Маммографический вид сарком молочной железы может имитировать доброкачественное образование, такое как фиброаденома [10]. Точно так же нет специфического диагностического признака саркомы молочной железы на ультразвуковом исследовании, обычно проявляющейся как образование неправильной формы с нечеткими краями и без теней [11].

Для точной диагностики образования требуется биопсия. Инцизионная, эксцизионная или пункционная биопсия могут поставить окончательный диагноз. Пункционная биопсия обычно считается процедурой выбора. При подозрении на саркому проведение тонкоигольной аспирационной биопсии (ТИАБ) не рекомендуется, поскольку она имеет низкую диагностическую точность для саркомы, а ложноотрицательный результат может привести к задержке постановки диагноза. Кроме того, определение гистологического подтипа и степени невозможно с помощью ТИАБ [12].

Иммуногистохимия необходима для того, чтобы отличить саркому молочной железы от других новообразований. Отсутствие диффузной или значительной реактивности на цитокератин и миоэпителиальные маркеры помогает исключить эпителиальный компонент в опухолях и тем самым исключить диагноз метастатической карциномы. Иммуногистохимия

также позволяет классифицировать саркомы по различным гистологическим подтипам [13]. В 2007 г. Eilber и Kattan предложили номограмму саркомы Мемориального онкологического центра имени Sloan Kettering для прогнозирования смерти у пациентов с саркомами мягких тканей. Параметрами, включенными в номограмму, были размер опухоли, глубина, локализация, гистологический подтип и возраст больных [14]. Легкие являются преобладающим местом метастазирования для большинства сарком мягких тканей, в том числе сарком молочной железы. Компьютерная томография (КТ) грудной клетки должна быть выполнена для всех впервые диагностированных пациентов с саркомой мягких тканей в соответствии с рекомендациями Общества хирургической онкологии [15].

Учитывая редкость сарком молочной железы, не существует проспективных рандомизированных исследований для определения терапии. Принципы лечения были получены из небольших ретроспективных обзоров случаев сарком молочной железы и экстраполированы из исследований сарком мягких тканей конечностей и грудной клетки, не относящихся к молочной железе, поскольку клиническое поведение, гистология и прогноз аналогичны.

Радикальная мастэктомия является золотым стандартом хирургического лечения сарком молочной железы из-за предполагаемого агрессивного поведения опухолей. Исследователями было продемонстрировано, что мастэктомия связана с лучшим локальным контролем опухоли по сравнению с широким иссечением. Однако этот подход подвергся сомнению в более поздних исследованиях, при популяризации органосохраняющей хирургии. Toesca и соавт. продемонстрировали, что объем хирургического вмешательства и тип реконструкции не оказывали существенного влияния на локальный контроль и выживаемость у пациентов с саркомами молочной железы [16]. Было показано, что на исход лечения влияет не объем хирургического вмешательства, а состояние хирургического края [9].

Поражение лимфатических узлов очень редко встречается при саркомах мягких тканей. В исследовании Fong и соавт., включавшем 1772 случая сарком мягких тканей, частота метастазирования в лимфатические узлы составила всего 2,6%. Саркомы преимущественно распространяются гематогенным путем [17]. Редкость поражения лимфоузлов также наблюдается при саркомах молочной железы, поэтому рутинная биопсия сторожевых лимфатических узлов, взятие образцов или лимфодиссекция считаются ненужными, поскольку они могут подвергать пациентов дополнительным травмам. До 25% пациентов с саркомой молочной железы могут иметь клинически увеличенные подмышечные лимфатические узлы, но в большинстве этих лимфатических узлов вместо малигнизации обнаруживаются реактивные изменения [10].

Высокая частота локальных рецидивов после хирургического вмешательства (до одной трети в некоторых исследованиях) является основанием для послеоперационной лучевой терапии.

Однако польза адъювантной лучевой терапии для лечения первичных сарком молочной железы противоречива. Не проводилось рандомизированных исследований, а доступные серии наблюдений, в основном обобщающие опыт отдельных учреждений, дают противоречивые данные [9].

Роль адъювантной химиотерапии в лечении сарком молочной железы остается неопределенной. В настоящее время нет проспективных клинических исследований, изучающих пользу адъювантной химиотерапии при саркоме молочной железы. Pervaiz и соавт. провели систематический метаанализ рандомизированных контролируемых исследований адъювантной химиотерапии локализованных резектабельных сарком мягких тканей. Они пришли к выводу, что режим ифосфамида плюс доксорубицин дает незначительное преимущество при операбельных саркомах мягких тканей в отношении общей выживаемости, местного и отдаленного рецидива [18].

Пятилетняя безрецидивная выживаемость при саркомах молочной железы колеблется от 44% до 66%, а пятилетняя общая выживаемость составляет от 49% до 67% [19]. Как и в случае сарком мягких тканей, возникающих в других частях тела, прогноз для сарком молочной железы сильно зависит от гистологического типа и размера опухоли; эти факторы определяют стадию заболевания.

Заключение

Саркома молочной железы – редкий вид новообразования. Хирургическая резекция опухоли с отрицательными краями является основой лечения. Органосохраняющие операции обеспечивают аналогичную выживаемость по сравнению с мастэктомией при условии получения отрицательных краев. В рутинной лимфодиссекции нет необходимости, так как метастазирование при саркомах молочной железы гематогенное. Адьювантная лучевая терапия и химиотерапия должны быть зарезервированы для высокозлокачественных и крупных опухолей, при положительном крае резекции и послеоперационном рецидиве. Наиболее эффективной химиотерапией является высокодозная химиотерапия по схеме AI. В связи с плохим прогнозом и склонностью к рецидивам, необходимы дополнительные исследования для определения эффективных методов лечения сарком молочной железы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Surov A, Holzhausen HJ, Ruschke K, et al. Primary breast sarcoma: prevalence, clinical signs, and radiological features. // *Acta Radiol* 2011;52:597-601.
2. Callegaro D., Miceli R., Bonvalot S. et al. Development and external validation of two nomograms to predict overall survival and occurrence of distant metastases in adults after surgical resection of localized soft-tissue sarcomas of the extremities: a retrospective analysis. // *Lancet Oncology*. 2016;17(5):671-680.
3. Anaya D.A., Lahat G., Wang X. et al. Postoperative nomogram for survival of patients with retroperitoneal sarcoma treated with curative intent. // *Annals of Oncology*. 2010;21(2):397-402.
4. May D.S. et al. The incidence of sarcomas of the breast among women in the United States, 1973-1986. // *Plast Reconstr Surg*. 1991;87(1):193-4.
5. Hinyard L., Wirth S.L., Clancy J.M. et al. The effect of marital status on breast cancer-related outcomes in women under 65: a SEER database analysis. // *The Breast*. 2017;32:13-17.
6. Blanchard D.K., Reynolds C.A., Grant C.S. et al. Primary nonphylloides breast sarcomas. // *The American Journal of Surgery*. 2003;186(4):359-361.
7. McGowan TS, Cummings BJ, O'Sullivan B, Catton CN, Miller N, Panzarella T. An analysis of 78 breast sarcoma patients without distant metastases at presentation. // *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2000;46(2):383-90.
8. Zelek L, Llombart-Cussac A, Terrier P, Pivot X, Guinebreiere JM, Le Pechoux C, et al. Prognostic factors in primary breast sarcomas: a series of patients with long-term follow-up. // *J Clin Oncol*. 2003;21(13):2583-8.
9. Al-Benna S, Poggemann K, Steinau HU, Steinstraesser L. Diagnosis and management of primary breast sarcoma. // *Breast Cancer Res Treat*. 2010;122(3):619-26.
10. Elson BC, Ikeda DM, Andersson I, Wattsgard C. Fibrosarcoma of the breast: mammographic findings in five cases. // *AJR Am J Roentgenol*. 1992;158(5):993-5.
11. Smith TB, Gilcrease MZ, Santiago L, Hunt KK, Yang WT. Imaging features of primary breast sarcoma. // *AJR Am J Roentgenol*. 2012;198(4):W386-93.
12. Schwartz HS, Spengler DM. Needle tract recurrences after closed biopsy for sarcoma: three cases and review of the literature. // *Ann Surg Oncol*. 1997;4(3):228-36.
13. Kar A, Mukhopadhyay D, Das SS, Swain NN, Das BM, Nayak M, et al. Cytodiagnosis of angiosarcoma of breast. // *Indian J Pathol Microbiol*. 2008;51(3):427-9.
14. Eilber FC, Kattan MW. Sarcoma nomogram: validation and a model to evaluate impact of therapy. // *J Am Coll Surg*. 2007;205(4 Suppl):S90-5.
15. Pollack R, Brennan M, Lawrence W, Jr. Society of Surgical Oncology practice guidelines. Soft-tissue sarcoma surgical practice guidelines. // *Oncology (Williston Park)*. 1997;11(9):1327-32.
16. Toesca A, Spitaleri G, De Pas T, Botteri E, Gentilini O, Bottiglieri L, et al. Sarcoma of the breast: outcome and reconstructive options. // *Clin Breast Cancer*. 2012;12(6):438-44.
17. Fong Y, Coit DG, Woodruff JM, Brennan MF. Lymph node metastasis from soft tissue sarcoma in adults. Analysis of data from a prospective database of 1772 sarcoma patients. // *Ann Surg*. 1993;217(1):72-7.
18. Pervaiz N, Colterjohn N, Farrokhyar F, Tozer R, Figueredo A, Ghert M. A systematic meta-analysis of randomized controlled trials of adjuvant chemotherapy for localized resectable soft-tissue sarcoma. // *Cancer*. 2008;113(3):573-81.
19. Lim SZ, Ong KW, Tan BK, Selvarajan S, Tan PH. Sarcoma of the breast: an update on a rare entity. // *J Clin Pathol*. 2016;69(5):373-81.

Поступила 20.01.2024