



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 (67) 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
Б.З. АБДУСАМАТОВ
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. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
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)

5 (67)

2024

Май

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 618.14-006.3.04

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ. ФИЛЛОИДНАЯ САРКОМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

^{1,2} Салохиддинов Х.А. <https://orcid.org/0009-0007-6236-1951>
Хакимова Ш.Г.¹, Хакимова Г.Г.^{1,2}, Хакимов Г.А.^{1,2}, Атажанова М.Р.¹

¹ Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент, ул. Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

² Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Ташкент, Узбекистан;

✓ Резюме

Филлоидные (листовидные) опухоли являются достаточно редкой патологией (около 0,3–0,5 % всех опухолей молочной железы), из-за чего отсутствует единый протокол лечения данной патологии. Также из-за недостатка данных и редкой встречаемости возникают трудности в диагностике и выборе окончательной тактики ведения пациентки. Филлоидные опухоли могут представлять собой доброкачественные, пограничные и злокачественные новообразования, что также затрудняет процесс лечения. Окончательное решение о выборе тактики ведения пациента может быть принято только после получения результатов планового патоморфологического исследования.

Ключевые слова: филлоидная саркома, гнойный мастит, ультразвуковое исследование, иммуногистохимическое исследование, саркома молочной железы.

CASE STUDY AND LITERATURE REVIEW. PHYLLOID SARCOMA OF THE BREAST

^{1,2} Saloxiddinov H.A. <https://orcid.org/0009-0007-6236-1951>
Khakimova Sh.G.¹, Khakimova G.G.^{1,2}, Khakimov G.A.^{1,2}, Atajanova M.R.¹

¹ Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

² Tashkent city branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Tashkent, Uzbekistan;

✓ Resume

Phylloid tumors are a fairly rare pathology (about 0.3–0.5% of all breast tumors), which is why there is no single protocol for the treatment of this pathology. Also, due to the lack of data and the rare occurrence, it is difficult to diagnose and choose the final management tactics of the patient. Phylloid tumors can be benign, borderline, and malignant neoplasms, which also complicates the treatment process. The final decision on the choice of patient management tactics can be made only after receiving the results of a planned pathomorphological examination.

Key words: phylloid breast tumor, purulent mastitis, ultrasound, immunohistochemical examination, breast sarcoma.

Актуальность

Филлоидные опухоли молочной железы встречаются редко и составляют 1 % всех новообразований молочных желез. Название заболевания происходит от греческого слова, обозначающего «листопоподобный» (phyllon – «лист» и eidos – «вид»). Впервые филлоидный тип опухоли описан еще в 1774 году как «гигантская фиброаденома», а в 1827 году их в своих работах упоминает Chelius. Johannes Muller первым использовал понятие «cystosarcoma phyllodes» из-за макроскопического сходства с саркомой [1]. В 1943 году Ackerman и Соопер выявили злокачественный биологический потенциал этой опухоли и с 1981 года ВОЗ приняло определение «филлоидной опухоли» [2]. Характер и интенсивность формирования данного

новообразования порой могут повести по ложному пути в выборе тактики лечения при неправильном диагностическом подходе и дифференциальной диагностике среди злокачественных новообразований молочной железы [3]. Эти гистологически разнородные фиброэпителиальные опухоли, которые встречаются достаточно редко, отличаются полиморфизмом морфологического строения и имеют бифазную структуру; своеобразное клиническое течение: быстрый рост, большие размеры, полициклические контуры, морфологическую многоклеточность, богатство ретикулярной соединительной ткани веретенообразными клетками. Листовидные опухоли встречаются практически в любом возрасте: и в период раннего полового созревания, и в зрелости, и в старости. В литературных источниках возрастной интервал встречаемости описывается от 10 до 90 лет, однако пик заболеваемости приходится на 45–49 лет и редко встречается у подростков и пожилых людей. Филлоидная опухоль молочной железы имеет высокий потенциал трансформации в саркому за счет злокачественных изменений в соединительной ткани [4].

Злокачественные филлоидная опухоль обычно имеют агрессивное клиническое течение, с более высоким риском локального рецидива (около 30%) и отдаленного метастазирования [5]. Местные рецидивы обычно развиваются в течение 2-3 лет после постановки диагноза. Отдалённые метастазы характерны для злокачественных филлоидных опухолей, встречаются примерно в 2% случаев. Наиболее распространёнными локализациями метастазирования являются лёгкие (66%), кости (28%) и головной мозг (9%) [6].

Клинический случай:

Пациентка 20 лет. В сентябре 2022 г. на 2-3 день после родов отметила повышение температуры тела до 37,6С, болезненность и уплотнение в левой молочной железе. Обратилась по месту жительства в клинику, было выполнено ультразвуковое исследование молочных желез. Был поставлен диагноз «гнойный мастит». Больная получала антибактериальную терапию, без эффекта. 06.02.2023 выполнено вскрытие мастита молочной железы со взятием биопсии. Гистологическое исследование №221-26.23 от 06.02.2023г. образца выявило протоковый рак молочной железы G-1. После этого пациентка была направлена в Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии (ТГФ РСНПМЦОиР) для дальнейшего обследования и лечения. По результатам повторной биопсии гистологически №116691 от 01.03.2023г. выявлена низкодифференцированная злокачественная опухоль с саркоматозными признаками, указывающими на злокачественную филлоидную опухоль. При иммуногистохимическом исследовании №116902.23 от 09.03.2023г. опухоль отрицательна на рецепторы эстрогена, прогестерона и CD34, Ki67-60%. Магнитно-резонансная томография (МРТ) от 23.05.2023г выявило объемное образование в левой молочной железе размером 7,0x14,1x13,8 см, а также единичные лимфатические узлы в левой подмышечной и подключичной областях до 1,7 см.

Больной было проведено 3 курса полихимиотерапии (ПХТ) по схеме MAID: Ифосфамид в дозе 2000 мг/м² в течение 1-3 дней, Уромитексан в дозе 2000 мг/м² в течение 1-3 дней, Дакарбазин в дозе 250 мг в течение 1-3 дней, Доксорубин в дозе 20 мг/м² в течение 1-3 дней с ГКСФ профилактикой с 5-го по 15-й дни. Прогрессирование. По данным КТ органов грудной клетки в обеих легких обнаружены множественные перибронхиальные и субплевральные узелки размерами от 4 мм до 25 мм. Состояние после комбинированного лечения, 3 курсов ПХТ по схеме GemTax: Гемцитабин в дозе 900 мг/м² в течение 1-8-й дней, Доцетаксел в дозе 100 мг/м² в 8-й день с ГКСФ-профилактикой, хирургического лечения в объеме радикальной мастэктомии слева по Маденну от 13.09.2023г. Патогистологическое заключение №137467 от 13.09.2023г.: злокачественная филлоидная опухоль. В регионарных лимфатических узлах выявлено 5/5 с реактивными изменениями. Стабилизация заболевания.

Обсуждение:

Согласно анализу данных программы «Наблюдение, эпидемиология и конечные результаты» (НЭКР), среднегодовая заболеваемость филлоидными опухолями молочной железы оценивается в 2,1 на один миллион женщин [3]. Злокачественные филлоидные опухоли составляют 10–20% филлоидная опухоль молочной железы, при этом частота местных рецидивов составляет 23–30% [7]. До 25% случаев развиваются отдаленные метастазы, что может привести к смерти пациента [8]. Пациенты со злокачественными филлоидными опухолями имеют 5-летнюю выживаемость примерно 50% и 10-летнюю выживаемость примерно 20%, что существенно связано с размером опухоли и четкими хирургическими границами [9, 10].

Злокачественные филлоидные опухоли могут возникнуть в любом возрасте, но средний возраст манифестации составляет примерно 40–45 лет [11, 12].

Филлоидные опухоли по данным международной гистологической классификации, которая в 2012 году была пересмотрена и принята рабочей группой, входящей в состав Международного агентства по изучению рака (International Agency for Research on Cancer, IARC), относят к фиброэпителиальным опухолям. Их делят на: доброкачественные, промежуточные, злокачественные [2].

При проведении проточной цитофлуориметрии с целью определения пloidности в доброкачественных филлоидных опухолях определяется 100 % диплоидия опухолевых клеток.

Пограничные филлоидные опухоли характеризуются большей степенью стромальной клеточности. В них гораздо больше выражены атипия фибробластов и полиморфизм. Количество митозов составляет от 4 до 9 в 10 полях зрения (при $\times 400$). При проведении проточной цитофлуориметрии с целью определения пloidности в доброкачественных филлоидных опухолях выявляются диплоидные и анеуплоидные клетки. Индекс пролиферативной активности у пограничных филлоидных опухолей высокий: 48 % (19,8 % – число делящихся клеток в G2 + M фазе, что близко к проценту клеток с наличием экспрессии белка Ki67 у сарком). Отдаленные рецидивы встречаются очень редко [13].

Гистологическая картина злокачественных филлоидных опухолей характеризуется выраженным ядерным полиморфизмом клеток стромы, высокой клеточностью стромы и ее выраженным ростом, отсутствием эпителиальных элементов при исследовании одного поля препарата на малом увеличении, высокой митотической активностью. (Табл.1)

Таблица 1.

Гистологические особенности злокачественной филлоидной опухоли [6, 14, 15].

Границы опухоли	инвазия
Стромальная клеточность	высокая, диффузная
Стромальная атипия	выраженная
Митотическая активность	высокая: > 5 митозов/мм ² (>10 на 10 ПЗ)
Обильный стромальный компонент	часто присутствует
Злокачественные гетерологичные элементы	могут присутствовать
Частота среди всех опухолей молочной железы	редко
Частота среди всех филлоидных опухолей	8-20%

Основными методами инструментальной диагностики филлоидные опухоли молочной железы являются маммография, ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография молочных желез [13].

На маммограммах филлоидные опухоли определяются в виде высокоинтенсивной тени узлового новообразования, контур которого преимущественно четкий и неровный за счет дольчатой структуры [1, 16-20].

Ультразвуковой метод исследования молочных желез, филлоидные опухоли визуализируются как новообразования смешанной эхогенности за счет неоднородной структуры, с неровными, местами нечеткими контурами. Отмечается выраженная внутриузловая васкуляризация в режиме цветового доплеровского картирования, что является косвенным признаком активного роста. Могут встречаться гетерогенные стромальные компоненты: липосаркома, остеосаркома, хондросаркома, ангиосаркома, рабдомиосаркома, лейомиосаркома.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) — полезный диагностический инструмент, который помогает диагностировать злокачественную филлоидную опухоль в очень плотной молочной железе со сложным образованием или когда маммография и сонография не могут дать точный диагноз. На МРТ появление неоднородной внутренней структуры, неусиленных перегородок и щелевидных узоров может указывать на диагноз филлоидная опухоль [21, 22].

Дифференциальный диагноз злокачественных филлоидных опухолей проводится главным образом с метастазами саркома других локализаций. Тонкоигольная аспирационная биопсия позволяет получить материал для цитологического исследования, однако определение характера процесса основывается на результатах патогистологического исследования. В качестве морфологического подтверждения диагноза преимущество остается за гистологическим исследованием, в связи с чем необходимо выполнение трепанобиопсии новообразования. Wiratkarun С и соавт. опубликовано ретроспективное исследование (2008-2011г) 213 пациенток с

необходимостью провести дифференциальный диагноз между ФО и ФА. Как правило филоидная опухоль имеет больший размер, более высокую плотность при проведении маммографии, большее количество полостей и расщелин в опухолевом узле [23].

Основным методом лечения пациентов с филоидная опухоль является хирургический. Хирургическое лечение возможно как органосохраняющее, так и радикальное, включающее полное удаление молочной железы [24].

В настоящее время практически нет серьезных исследований, касающихся изучения эффективности химиотерапии и лучевой терапии при саркомах и филоидных опухолях молочной железы. В результате данных о целесообразности назначения данных видов лечения при неэпителиальных опухолях явно недостаточно. По данным W.Chen, использование лучевой терапии при рецидивах или регионарных метастазах в большинстве случаев не позволяет добиться существенного эффекта [25].

В исследование F. Morales-Vasquez было включено 28 больных со злокачественная филоидная опухоль. Все пациенты подвергались широкой резекции молочной железы, часть из них с последующей химиотерапией по схеме доксорубин 65 мг/ м2 + дакарбазин 960 мг/м2. Назначение адъювантного системного лечения в данной группе не улучшило показатели выживаемости [26].

По данным крупного корейского исследования, проведенного с января 1995 г. по июль 2009 г. Средний возраст 164 пациента составили 43 года, размер опухоли – от 1 до 30 см (медиана размера опухоли – 6,4 см). В зависимости 148 (90,2%) пациенткам выполнены секторальной резекции, 16 (9,8%) пациенткам радикальной мастэктомии. Морфологическое картина опухоли распределялось: у 82 (50%) больной доброкачественные, у 42 (25,6%) пограничные и у 40 (24,4%) злокачественная филоидная опухоль. Граница опухоли инфильтрировалась у 43 (26,2 %) пациенток и раздвигалась у 116 (70,7 %). Местный рецидив наблюдался у 31 (18,9 %) пациентки, а отдаленные метастазы развились у 4 пациенток со злокачественная филоидная опухоль. Факторами риска локального рецидива были положительный край резекции ($p = 0,029$) и размер опухоли ($p = 0,001$). По итогам данного определено вероятность рецидива филоидная опухоль в зависимости от ширины края резекции опухоли. Всего рецидивов было - 31 (18,9 %), у более половины пациента (70%) рецидив произошёл в течение первых 2 лет [27].

В литературных источниках описаны преимущества адъювантной лучевой терапии в снижении частоты локального рецидива у пациенток с опухолями больших размеров или с положительными хирургическими краями резекции [28].

Заключения

Злокачественная филоидная опухоль молочной железы встречается крайне редко и является непростой для диагностики патологией с уникальными клиническими, гистологическими и цитогенетическими характеристиками. Хирургический метод лечения при злокачественных филоидные опухоли молочной железы на сегодняшний день является ведущим. Адъювантная лучевая терапия нецелесообразна при радикальном хирургическом лечении с отрицательными краями резекции. Гормональная терапия при лечении злокачественная филоидная опухоль не эффективна, а рациональность применения адъювантной химиотерапии остается спорной, поскольку в ее отношении на сегодняшний день не проведено рандомизированных исследований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Зикиряходжаев А.Д. Широких ИМ, Харченко Н.В., Запиров Г.М., Сарибекян Э.К., Аблицова Н.В., Ермаков А.В., Кунда М.А., Сидоренко В.С., Геворгян Г.С. Филоидные опухоли молочных желез. Современное состояние проблемы. //Research'n Practical Medicine Journal. 2017;2(4):13-22.
2. Mishra SP, Tiwary SK, Mishra M, Khanna AK. Phyllodes tumor of breast: a review article. //ISRN Surg. 2013;2013:361469.
3. Bernstein L, Deapen D, Ross RK. The descriptive epidemiology of malignant cystosarcoma phyllodes tumors of the breast. //Cancer. 1993;71(10):3020-4.
4. Денчик Д.А. Воротников ИК, Быкова А.В., Любченко Л.Н. . Листовидные опухоли молочных желез. //Злокачественные опухоли. 2012(2):40-3.
5. Lissidini G, Mulè A, Santoro A, Papa G, Nicosia L, Cassano E, et al. Malignant phyllodes tumor of the breast: a systematic review. //Pathologica. 2022;114(2):111-20.
6. Tan PH, Ellis I, Allison K, Brogi E, Fox SB, Lakhani S, et al. The 2019 World Health Organization classification of tumours of the breast. //Histopathology. 2020;77(2):181-5.

7. Papas Y, Asmar AE, Ghandour F, Hajj I. Malignant phyllodes tumors of the breast: A comprehensive literature review. //Breast J. 2020;26(2):240-4.
8. Kapisir I, Nasiri N, A'Hern R, Healy V, Gui GP. Outcome and predictive factors of local recurrence and distant metastases following primary surgical treatment of high-grade malignant phyllodes tumours of the breast. //Eur J Surg Oncol. 2001;27(8):723-30.
9. Lerwill MF, Lee AHS, Tan PH. Fibroepithelial tumours of the breast-a review. //Virchows Arch. 2022;480(1):45-63.
10. Mustață L, Gică N, Botezatu R, Chirculescu R, Gică C, Peltecu G, et al. Malignant Phyllodes Tumor of the Breast and Pregnancy: A Rare Case Report and Literature Review. //Medicina (Kaunas). 2021;58(1).
11. 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):2127-33.
12. Moten AS, Goldberg AJ. Malignant Phyllodes Tumors of the Breast: Association Between Race, Clinical Features, and Outcomes. //J Surg Res. 2019;239:278-83.
13. Шу Ван, Артемьева АС, Бусько Е.А., Семиглазов В.В., Семиглазова Т.Ю. Проблемы диагностики и лечения фиброэпителиальных и неэпителиальных опухолей молочной железы. //Опухоли женской репродуктивной системы. 2017(1).
14. Zhang Y, Kleer CG. Phyllodes Tumor of the Breast: Histopathologic Features, Differential Diagnosis, and Molecular/Genetic Updates. Arch Pathol Lab Med. 2016;140(7):665-71.
15. Kuppusamy DA, Jinkala S, Thambiraj P, Stephen N, Gochhait D, Siddaraju N, et al. Malignant phyllodes tumor with liposarcomatous differentiation: Diagnosed on cytology. //Diagn Cytopathol. 2021;49(6):E226-e30.
16. Солодкий В.А., Ходорович ОС, Саркисян К.Д., Калинина-Масри А.А. Симметризирующие вмешательства при органосохранных и реконструктивных операциях у больных раком молочной железы. //Вестник РНЦПР. 2019(2):52-63.
17. Ходорович О.С., К-Масри АА, Канахина Л.Б., Полушкин П.В., Измаилов Т.Р. Реконструктивнопластические операции с использованием экспандера/имплантата и лучевая терапия при раке молочной железы. //Вестник РНЦПР. 2020(20):1-14.
18. Bansal A, Kaur M, Dalal V. Pleomorphic Sarcoma of Breast: A Report of Two Cases and Review of Literature. //Acta Med Iran. 2017;55(4):272-6.
19. Gervais MK, Burtenshaw SM, Maxwell J, Dickson BC, Catton CN, Blackstein M, et al. Clinical outcomes in breast angiosarcoma patients: A rare tumor with unique challenges. //J Surg Oncol. 2017;116(8):1056-61.
20. Basho RK, Gobbi H, Hennessy BT, Gilcrease MZ, Chakravarthy AB, Babiera G, et al. Metaplastic Breast Cancer. //Textbook of Uncommon Cancer 2017. p. 327-37.
21. Karim RZ, Gerega SK, Yang YH, Spillane A, Carmalt H, Scolyer RA, et al. Phyllodes tumours of the breast: a clinicopathological analysis of 65 cases from a single institution. //Breast. 2009;18(3):165-70.
22. Barrio AV, Clark BD, Goldberg JI, Hoque LW, Bernik SF, Flynn LW, et al. Clinicopathologic features and long-term outcomes of 293 phyllodes tumors of the breast. //Ann Surg Oncol. 2007;14(10):2961-70.
23. Wiratkapun C, Piyapan P, Lertsithichai P, Larbcharoensub N. Fibroadenoma versus phyllodes tumor: distinguishing factors in patients diagnosed with fibroepithelial lesions after a core needle biopsy. //Diagn Interv Radiol. 2014;20(1):27-33.
24. Zelek L, Llombart-Cussac A, Terrier P, Pivot X, Guinebretiere 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.
25. Chen WH, Cheng SP, Tzen CY, Yang TL, Jeng KS, Liu CL, et al. Surgical treatment of phyllodes tumors of the breast: retrospective review of 172 cases. //J Surg Oncol. 2005;91(3):185-94.
26. Morales-Vásquez F, Gonzalez-Angulo AM, Broglio K, Lopez-Basave HN, Gallardo D, Hortobagyi GN, et al. Adjuvant chemotherapy with doxorubicin and dacarbazine has no effect in recurrence-free survival of malignant phyllodes tumors of the breast. //Breast J. 2007;13(6):551-6.
27. 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;19(8):2612-7.
28. Jay R, Harris Marc EL, Monica Morrow, C. Kent Osborne. //Diseases of the Breast: Lippincott Williams Wilkins (LWW); 2014.

Поступила 20.04.2024

