



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

11 (73) 2024

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**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. АБДУМАЖИДОВ
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. ИЛЬЯСОВ
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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
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)

11 (73)

2024

ноябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 618.19-006-07-08

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЙ СИНХРОННЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Урманбаева Д.А. <https://orcid.org/0009-0001-9137-5670>

Якуббекова С.С. <https://orcid.org/0009-0000-7564-7229>

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон,
Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ Резюме

В статье представлен современный взгляд на проблему первично-множественного синхронного рака молочной железы и подходы к своевременной диагностике и лечению этого состояния. В последнее время увеличилось число женщин со злокачественными новообразованиями в обеих молочных железах, причем процесс может быть как синхронным (одномоментным), так и асинхронным (с временной задержкой в развитии новообразования). Первично-множественные злокачественные опухоли представляют собой чрезвычайно сложную и актуальную проблему клинической онкологии, вызывающую трудности как в дифференциальной диагностике, так и в выборе тактики и методов лечения.

Ключевые слова: первично множественный рак молочной железы, синхронный рак молочной железы, билатеральный рак молочной железы, критерии диагностирования

PRIMARY MULTIPLE SYNCHRONOUS BREAST CANCER

Urmanbaeva Dilbarkhon Abdulkosimovna <https://orcid.org/0009-0001-9137-5670>

Yakubbekova Sohimbakhon Sadik kizi <https://orcid.org/0009-0000-7564-7229>

Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ Resume

The article presents a modern view on the problem of primary multiple synchronous breast cancer and approaches to timely diagnosis and treatment of this condition. Recently, the number of women with malignant neoplasms in both mammary glands has increased, and the process can be both synchronous (one-stage) and asynchronous (with a time delay in the development of the neoplasm). Primary multiple malignant tumors are an extremely complex and urgent problem of clinical oncology, causing difficulties both in differential diagnosis and in the choice of tactics and methods of treatment.

Key words: primary-multiple mammary gland cancer, synchronous mammary gland cancer, bilateral mammary gland cancer, diagnostic criteria

БИРЛАМЧИ СИНХРОН СУТ БЕЗИ САРАТОНИ

Урманбаева Д.А. <https://orcid.org/0009-0001-9137-5670>

Якуббекова С.С. <https://orcid.org/0009-0000-7564-7229>

Андижон давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Андижон, Отабеков 1
Тел: (0-374) 223-94-60. E.mail: info@adti

✓ Резюме

Мақолада бирламчи кўп синхрон кўкрак саратони муаммосига замонавий нуқтаи назардан ва ушбу ҳолатни ўз вақтида таъхислаш ва даволашга ёндашувлар келтирилган. Сўнгги пайтларда иккала сут безларида ҳам малигн неоплазмалар бўлган аёллар сони кўпайди ва жараён ҳам синхрон (бир вақтнинг ўзида), ҳам асинхрон бўлиши мумкин (неоплазма ривожланишида вақт кечикиши билан). Бирламчи кўп хавфли ўсmalar клиник онкологиянинг ўта мураккаб ва долзарб муаммоси бўлиб, дифференциал таъхисда ҳам, тактика ва даволаш усуллари танлашда ҳам қийинчиликларни келтириб чиқаради.

Калит сўзлар: бирламчи кўп кўкрак саратони, синхрон кўкрак саратони, икки томонлама кўкрак саратони, диагностика мезонлари

Актуальность

Рак молочной железы (РМЖ) занимает ведущее место в структуре онкологической заболеваемости у женщин (распространенность среди опухолевых заболеваний среди женщин составляет в среднем 26%), а частота РМЖ постепенно растет и имеет тенденции к молодежи. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями среди женщин онкопатология молочной железы уверенно заняла первое место и составила 18,9%. По последним данным, наряду с увеличением количества больных односторонним раком молочной железы, наблюдается рост частоты первично-множественных опухолей с поражением обеих молочных желез – билатеральных раков молочной железы (БРМЗ) [12].

Согласно сроку развития опухолей в железах билатеральный рак может быть синхронным (опухоль в обеих молочных железах обнаруживаются одновременно) и метахронным (опухоль в другой молочной железе проявляется через некоторое время). Опухоли, обнаруженные через 1-2 года после лечения первичной опухоли, являются фактически синхронными, но не диагностированными в период первичного лечения [13]. Установка и диагностика двусторонних синхронных раков молочных желез зависит от метода обследования – так, при пальпации БРМЗ в онкологической практике оказываются достаточно редко (не более чем у 0,65% больных), тогда как при маммографии частота регистрации синхронного контрлатерального рака молочной железы возрастает до 3-4% случаев. При целенаправленном комплексном поиске таких поражений, проведенном с обязательными рентгенологическим и сонологическим обследованиями обеих молочных желез и трепан-биопсией подозрительного участка, частота синхронных изменений в обеих молочных железах достигает 7,5-12,5%. [15].

Среди первично множественных злокачественных новообразований молочных желез чаще всего выявляются метахронные опухоли (синхронные двусторонние опухоли молочных желез диагностируются значительно реже).

Как известно, наиболее частой нозологической формой первично-множественных злокачественных новообразований у женщин принято считать билатеральный рак обеих молочных желез (БРМЗ), удельный вес которого составляет 39,9% всех случаев полиорганных неоплазий с поражением молочной железы [14].

Однако, как справедливо считают многие авторы, несмотря на то, что билатеральный рак молочной железы является наиболее частой разновидностью первично-множественных опухолей и составляет значительную часть от общего количества случаев РМЖ, знания о БРМЗ являются неполными и, в определенной степени, достаточно противоречивыми - в частности, даже в отношении клинических критериев БРМЗ наблюдаются некоторые разногласия. Метахронные БРМЗ осложняют проблему, так как подтверждение первичномножественного поражения молочных желез и контрлатерального метастазирования носит дискуссионный характер. Наиболее часто встречающиеся ссылки на работу А.М. Chaudary et al. (1984), в которой авторы предлагают считать злокачественный процесс первично-множественным при наличии следующих условий: 1) билатеральные злокачественные поражения относятся к разным гистологическим формам; 2) последующая опухоль имеет большую степень дифференцировки, чем первичное новообразование; 3) в следующей опухоли отмечается *in situ* компонент; 4) не обнаруживаются метастазы в других органах и тканях.

Некоторые авторы предлагают несколько изменить критерии диагностирования КРСМ, предложенные М.А. Chaudary et al.(1984), т.е. при совпадении гистологического типа, степени дифференцировки и отсутствия *in situ* компонента в контрлатеральной опухоли по БРМЗ могут приниматься те билатеральные поражения, при которых отсутствуют отдаленные метастазы, в то время как наличие вовлеченных лимфатических узлов множественного поражения.

В отличие от метастаза, первичный БРМЗ всегда локализуется и прогрессирует в паренхиме молочной железы (а не в жировой клетчатке), чаще располагается во внешних квадрантах органа, сопровождается периопухолевой лимфоплазмозитарной инфильтрацией и может иметь мультицентрический рост [5].

Недостаточный уровень клинико-лабораторных обследований и объективные трудности дифференциальной диагностики могут приводить к тому, что внутрикожное распространение опухоли в виде инвазии опухолевыми клетками периневральных пространств, а также эмболизация лимфатических и кровеносных сосудов может выявляться у 80% больных с метастазами. [11]. По этому основанию некоторые авторы к признакам первичности опухолевого узла в противоположной молочной железе относят отсутствие внутриорганной диссеминации первичной опухоли [11, 16]. Однако следует отметить, что наличие диссеминации первой опухоли не исключает независимо

возникшего метакронного рака в противоположной молочной железе. Таким образом, отсутствие диссеминации, особенно через 2-3 года после лечения является одним из наиболее достоверных критериев первичности при билатеральных опухолях [11, 18]. В то же время, отсутствие или наличие диссеминации нельзя рассматривать без взаимосвязи со сроком, через который появляется метакронная опухоль. Оценка этого термина необходима в дифференциальной диагностике между первичными и метастатическими опухолями.

Условный временной интервал между появлением первой и второй опухолей является одним из критериев, позволяющих отнести первично множественные опухоли к группе метакронных. Некоторые авторы клиническими доказательствами метакронного развития рака, отличающего его от метастатической опухоли, считают не менее двенадцатимесячного срока появления второй опухоли после мастэктомии [8].

Большинство авторов склоняются к 2-летнему периоду между возникновением опухолей в противоположных молочных железах, то есть этот вопрос не окончательно решен. Более того, ряд авторов [5, 33], изучающих синхронные БРМЗ, к ним относят новообразования, возникающие с интервалом до трех лет. Р.Е.Кавецкий [8] предполагал, что этот период должен длиться не менее 5-6 лет, а именно, быть достаточным для развития второй опухоли. В ряде публикаций приводятся сведения о том, что риск появления рака во второй молочной железе у больных с молатеральным раком в 3-21 раза выше по сравнению с общей популяцией и связан с возрастом больных [18, 32]. Ряд исследователей указывают на то, что средний возраст больных билатеральным метакронным раком молочных желез в момент первой операции равен 45-55 лет, то есть на 7 лет меньше, чем в группе больных с молатеральным раком молочной железы [7].

В целом следует отметить, что условный временной интервал между появлением первой и второй опухоли является одним из критериев в определении первично множественной опухоли в группу синхронных или метакронных [1, 7].

В связи с тем, что метастатический потенциал инфильтративных опухолей значительно превышает частоту метастазирования (как регионального, так и удаленного), к критериям первичности билатерального рака относятся узловой тип роста опухоли [11, 13]. Вышеуказанное подтверждается данными, приведенными В.Ф.Семиглазовым с соавт. [22, 23]. Авторами описаны узловые или смешанные формы рака у 98,3% больных с первичноножнинными новообразованиями, тогда как инфильтративная анатомическая форма представлена только у 1,7% больных с билатеральным процессом. Таким образом, узловатая форма рака молочной железы может служить критерием первичности билатеральных поражений этого органа. В то же время, инфильтративная форма опухоли в первой молочной железе при метакронном раке повышает вероятность метастатического происхождения опухоли в противоположной молочной железе.

Также одним из критериев первичности опухоли в молочной железе является локализация первичной опухоли в наружных квадрантах, тогда как при локализации ее в медиальных квадрантах есть наибольшая вероятность метастазирования первичной опухоли в противоположную молочную железу [2, 17]. Связано это с тем, что основной зоной регионального метастазирования при расположении опухоли в наружных квадрантах молочной железы являются паховые, подключичные и лимфатические надключичные узлы [18, 19]. Таким образом, к критериям первичности метакронного рака молочной железы с определенной долей вероятности можно отнести разную морфологическую структуру опухолей, отсутствие признаков диссеминации первичного рака молочной железы в сочетании со сроком, истекшим после выявления и лечения первичного новообразования, а также отсутствие региональных метастазов. В настоящее время абсолютное большинство авторов склоняется к мнению, что лечение рака молочной железы должно быть комбинированным и комплексным [1, 3, 5, 6], при этом тактику лечения необходимо планировать с учетом возраста, состояния репродуктивной функции, стадии заболевания, гистоструктуры, опухоли, патогенетической формы, сопутствующей патологии, гормонального и иммунного статуса.

Таким образом, независимо от сочетания и комбинации используемых методов лечения бесспорна ведущая мысль: проведение только оперативного вмешательства или применение любого другого метода (лучевая, химио-гормональная терапия) изолированно не может быть признано адекватным и полноценным лечением.

Как правило, лечение больных с первичной множественностью злокачественных опухолей осуществляется в соответствии с общими принципами [3]. При этом план проводимой терапии вырабатывается индивидуально (в зависимости от характера поражений, стадии заболевания, местного распространения процесса, наличия региональных и отдаленных метастазов, возраста,

состояния овариально-менструальной функции, общего состояния и сопутствующих заболеваний [4]). В этой связи обследование этой категории больных должно сформировать четкое представление о биологических и анатомических свойствах опухоли (размер, локализация, тип и темп роста, гистологическая форма, степень злокачественности и состояние региональных лимфатических узлов, уровень рецепторов к эстрогену и прогестерону) и особенности организма.

При хирургическом лечении синхронного рака молочных желез используют как метод одновременной двусторонней мастэктомии, так и последовательное удаление опухоли с интервалом между первым и вторым вмешательством до 3 месяцев [13, 19]. Однако преимущества симультанного или последовательного хирургического лечения больных с синхронным БРМЗ до сих пор не определены. Однако исследования отдельных авторов доказывают целесообразность проведения симультанного хирургического удаления обеих синхронных опухолей у больных с БРМЗ.

Как отмечает В.М. Соркин [14, 15], при отсутствии значимых клинических различий между одновременно и последовательно оперированными пациентками отмечается явная тенденция к улучшению отдаленных результатов при симультанном хирургическом удалении билатеральных опухолей, и причину этого авторы видят в самой методике одновременного или отсроченного хирургического вмешательства. Ссылаясь на исследование Chang J.C. [10], авторы считают, что в ближайшие часы после радикальной мастэктомии в сыворотке крови больных повышается пул циркулирующих злокачественных клеток, что способствует удаленному метастазированию опухоли. Это диктует необходимость проведения общерезорбтивного противоопухолевого воздействия (химиотерапии) на организм пациентки в максимально сжатые сроки после операции с целью уничтожения возможных метастатических фокусов. После симультанных двусторонних мастэктомий средний срок от операции до начала адъювантной химиотерапии составляет 1-2 недели, тогда как при последовательной методике удаления этот срок значительно удлиняется и составляет в среднем 10-11 недель.

Более того, при отсроченном выполнении второй радикальной мастэктомии в организме пациентки может происходить повторный выброс опухолевых клеток, даже в большем количестве, что в конечном итоге вероятно повышает вероятность удаленного метастазирования рака и оказывает значительное влияние на показатели выживаемости. Таким образом, отсроченное хирургическое удаление второй опухоли приводит к повторной диссеминации злокачественных клеток опухоли при хирургическом вмешательстве, а также потере времени, необходимого для начала адъювантной системной противоопухолевой химиотерапии.

Лучевая терапия – один из основных компонентов в лечении рака молочной железы. Существуют разные принципы ее использования, и результаты лечения также оцениваются по-разному. Большинство авторов [8, 11.] подчеркивают, что основным критерием в оценке эффективности лучевого лечения является степень разрушения опухоли. Последний зависит от значения разовой и суммарной доз. Использование лучевой терапии РМЖ показано в виде предоперационного облучения, послеоперационного облучения, при рецидивах и метастазах РМЖ как этап комбинированного и комплексного лечения, как самостоятельный метод консервативного лечения [9, 12, 14].

При разработке тактики лечения первичномножественного рака молочных желез следует учитывать, что хирургическое вмешательство и лучевая терапия сами по себе не являются решающими по вопросу о радикальности лечения. Поэтому наряду с этими методами необходимо использовать комплекс общего воздействия на организм (гормоно-, химио- и иммунотерапию).

Известно, что большинство опухолей молочной железы являются гормонозависимыми, то есть в присутствии эстрогенов опухоли растут быстрее, чем без них (впрочем, это только один из механизмов опухолевого роста и прогрессии), причем даже при нахождении пациентки в менопаузе секреция эстрогенов может поддерживаться надпочечниками.

Гормонотерапия рассматривается как дополнительный метод лечения рака молочной железы [25, 26, 27]. Для эффективного проведения гормонотерапии необходима корректная оценка эндокринного статуса (определение уровня рецепторов к эстрогену, прогестерону и HER-2/neu) [15]. На основании этих данных определяются показания к назначению антиэстрогеновых препаратов, двусторонней овариэктомии или лучевой абляции яичников, а также к таргетной терапии с применением гуманизированных моноклональных противоопухолевых антител (герцептин, авастин и т.п.).

В последнее десятилетие в Донецком областном противоопухолевом центре разработаны модифицированные методы селективной внутриартериальной полихимиотерапии в комплексном лечении РМЖ, что позволило получить весомый положительный вклад в схему ведения пациенток [18]. Защищены патентами и прошли клиническую апробацию способы хирургических доступов к кровоснабжающим

молочную железу и региональные лимфатические узлы артерий [13, 14]. Внутриаартериальную ПХТ при билатеральном РМЖ осуществляют путем катетеризации внутренней грудной артерии через верхние эпигастральные артерии с обеих сторон. Внутриаартериальная химиотерапия (ХТ) достигает такого эффективного воздействия на клетки опухоли, что приводит к выраженной регрессии опухоли и позволяет нивелировать недостаток системной терапии (слишком мала концентрация препарата в органе-мишени). Внутриаартериальная ХТ в большинстве случаев позволяет перевести иноперабельные опухоли в резектабельные и, наконец, улучшить результаты лечения данной патологии.

Заключение

Первично-множественные злокачественные опухоли являются исключительно сложной и актуальной проблемой клинической онкологии, что вызывает трудности как при проведении дифференциально-диагностических подходов, так и при выборе стратегии лечения и лечебных мероприятий, и таким образом требует дальнейшего изучения особенностей развития, прогрессии и клинического течения. БРМЗ и постоянного динамического наблюдения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бавли Я.Л. Первично-множественные опухоли у больных раком молочной железы, подвергавшихся адъювантной химиотерапии //Первично-множественные злокачественные опухоли [Под ред. Н.П.Напалкова и др.]. Л., 1987; 134-138.
2. Баженова А.П., Лазычев Ю.Д. Внутриаартериальная химиотерапия в комплексном лечении местнораспространенного рака молочной железы //Хирургия. 1973;3:16-20.
3. Данилова Л.А. Улучшение результатов лечения больных местно-распространенным раком молочной железы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.14. – М., 2004; 24 с.
4. Думанский Ю.В., Яковец Ю.И., Рогалев А.В. Методы комбинированного и комплексного лечения метастатического рака молочной железы //Запорожский медицинский журнал. 2004;3:108-110.
5. Бердичев М.С., Андросов Н.С., Никитин Р.Г. Внутриаартериальное региональное введение радиоактивных препаратов в лечении злокачественных опухолей //Вопр. онкологии. 1978;1:21-24.
6. Бондарь Г.В., Седаков И.Е., Шлопов В.М. Первично неоперабельный рак молочной железы. – Донецк: Каштан, 2005; 348с.
7. Жданова О.С. Механизмы противомикробной защиты кожи у больных раком молочной железы в условиях противоопухолевой химиотерапии: Автореф. ... канд. мед. наук.: 14.00.16.- 14.00.14.- М., 2005; 21с.
8. Именитов Е.Н. Молекулярно-генетические аспекты патогенеза билатерального рака молочной железы: Автореф. ... д-ра мед. наук.: 14.00.14.- М., 2001; 21с. 09/ Том XIV / 1 Теоретическая медицина.
9. Крыжановская А.Е., Костинский И.Ю. Непосредственные результаты применения адъювантной внутриаартериальной полихимиотерапии у больных местнораспространенным раком молочной железы //Галиц. врач. вестник. 2003;3:46-47.
10. Возможности управляемой региональной васкуляризации при лечении местно-распространенного рака молочной железы /Бондарь Г.В., Смирнов В.Н., Седаков И.Е., Зубов А.Д. //Злокачественные новообразования. – Киев, АО «Телеоптик», 2002;2:19-20.
11. Неoadъювантная химиотерапия рака молочной железы / В.Ф. Семиглазов, Э.Э. Топузов, Я.Л. Бавли и др. // Вопр.онкологии. 1992;38(8):936-942.
12. Отдаленные результаты комплексного лечения метастатического рака молочных желез /Бондарь Г.В., Думанский Ю.В., Седаков И.Г., Рогалев А.В. //Междунар. мед. журнал. – 2006;12(3):110-113.
13. Тринадцатый Пат. №6353, Украина. Способ лечения больных билатеральным раком молочных желез / Бондарь Г.В., Смирнов В.М., Хоменко А.В. и т.д. заявл. 15.08.2006; Бюл. №8.
14. Пат. №34361 Украина: Способ лечения первично-множественного рака молочной железы / Бондарь Г.В., Седаков И.Е., Хоменко А.В., Балашова О.И.; заявл. 11.08.2008.
15. Первично-множественные злокачественные опухоли: Сб. науч. тр. /НИИ онкологии им.Н.Н. Петрова; [Под ред. Н.П. Напалкова и др.]. – Л.: Б.И., 1987; 169с.
16. Сафрони Л.Е. Факторы прогноза синхронного и метастатического первично-множественного рака молочных желез //Высокие технологии в онкологии. 2000;3:103-104.
17. Седаков И.Е. Возможности послеоперационной региональной химиотерапии в комплексном лечении рака молочной железы: Автореф.дис....д-ра мед. наук.- Донецк, 2004; 42с.
18. Седаков И.Е. Возможности послеоперационной региональной химиотерапии в комплексном лечении рака молочной железы //Архив клинической и экспериментальной медицины. 1996;5(1):23-27.

Поступила 20.10.2024