



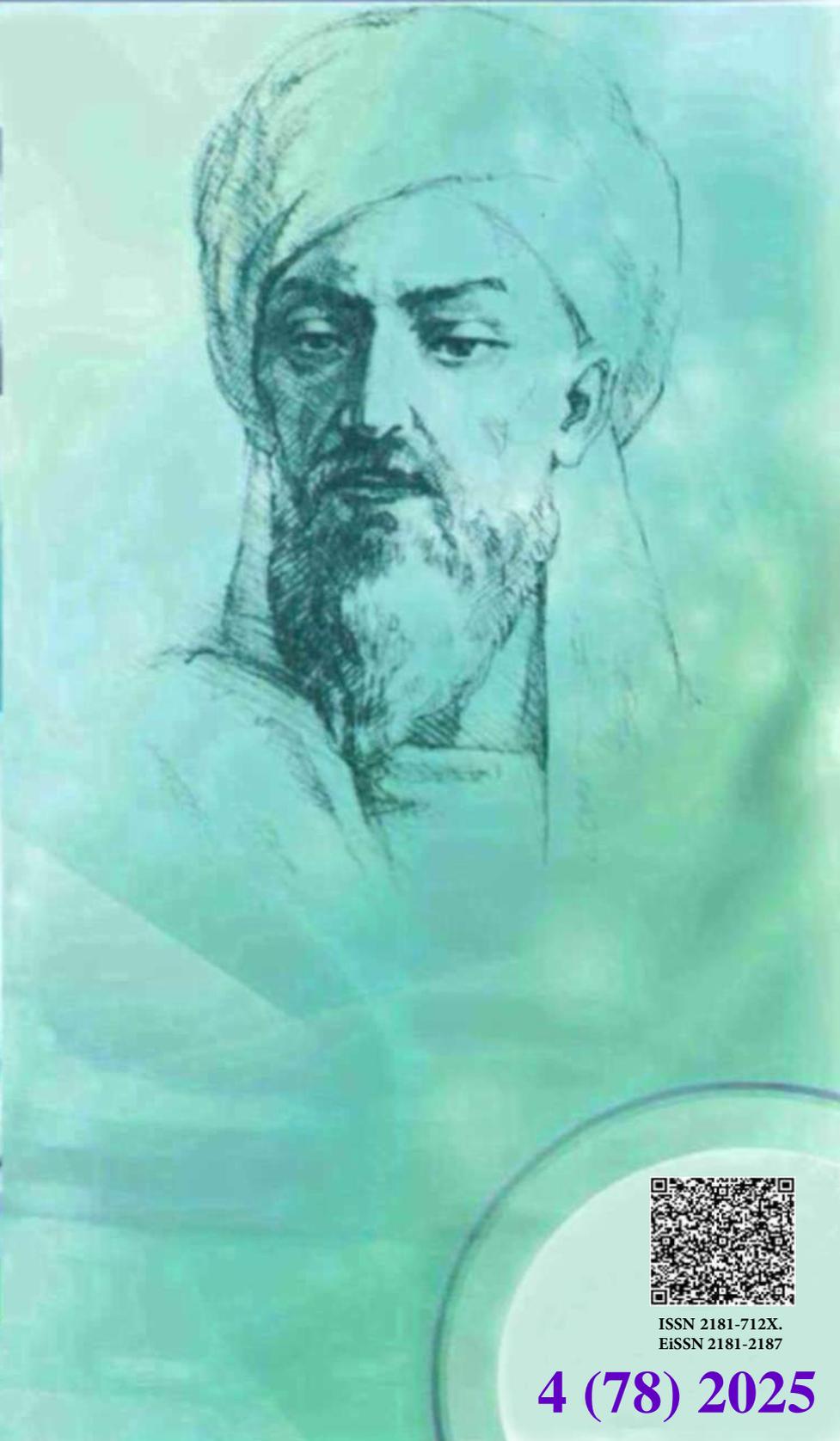
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (78) 2025

**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. 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)

4 (78)

2025

апрель

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2025, Accepted: 06.04.2025, Published: 10.04.2025

УДК 618.19-006.884

ДИСГЕРМИНОМА ЯИЧНИКА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Захирова Н.Н. <https://orcid.org/0000-0003-0843-536X>

Нишанов Д.А. Morfologiya@rambler.ru

Ахмедов О.М. odil_a@mail.ru

Оттажанов М.М. muzaffarotajonov@mail.ru

Мадалиев А.А. <https://orcid.org/0009-0009-0838-9931>

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии г. Ташкент, ул. Фарабий, 383.

✓ Резюме

*Дисгерминома яичников (ДГ) является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей у молодых женщин и составляет 1-2 % всех злокачественных опухолей яичников. Чаще всего он появляется у женщин молодого и среднего возраста в возрасте от 10 до 30 лет. Лечение в большинстве случаев в основном хирургическое, во многих случаях после хирургического лечения проводится химиотерапия. В этой статье мы расскажем о случае 17-летнего пациента с диагнозом редкая двусторонняя дисгерминома яичников. пациентке впервые сделали операцию по поводу дисгерминомы левого яичника и сделали овариэктомию. Месяц спустя ей сделали повторную операцию из-за остаточной опухоли в ямке удаленного яичника; остальная часть опухоли была удалена одновременно. гистологическое исследование выявило дисгерминому яичника, тем не менее, через девять месяцев после операции у нее была диагностирована правая дисгерминома яичника. Хирургическое лечение было возобновлено, и опухоль была удалена. Чтобы сохранить репродуктивную способность пациента, команда консультантов согласилась пройти курс химиотерапии, то есть 3 курса *вер* [Блеомицин, этопозид, цисплатин]. пациент находится под регулярным наблюдением, чувствует себя хорошо и не проявляет никаких признаков болезни через пять лет.*

Ключевые слова: злокачественная опухоль яичника, хирургическое вмешательство, дисгерминома, химиотерапия.

ТУХУМДОН ДИСГЕРМИНОМАСИ (АМАЛИЁТДАН ОЛИНГАН ХОЛАТ)

Захирова Н.Н. <https://orcid.org/0000-0003-0843-536X>

Нишанов Д.А. Morfologiya@rambler.ru

Ахмедов О.М. odil_a@mail.ru

Оттажанов М.М. muzaffarotajonov@mail.ru

Мадалиев А.А. <https://orcid.org/0009-0009-0838-9931>

Республика Ихтисослаштирилган Онкология ва Радиология Илмий-Амалий Тиббиёт
Маркази, Фаробий кўчаси, 383 уй.

✓ Резюме

Тухумдон дисгерминомаси (ТД) ёш аёлларда энг кўп учрайдиган хавфли ўсмалардан бири бўлиб, барча хавфли тухумдон ўсмаларининг 1-2 фоизини ташкил қилади. Бу кўпинча 10 ёшдан 30 ёшгача бўлган ёш ва ўрта ёшдаги аёлларда учрайди. Даволаш кўп ҳолларда асосан жарроҳлик, кўп ҳолларда жарроҳлик даволашдан кейин кимётерапия ўтказилади. Ушбу мақолада биз камдан-кам учрайдиган икки томонлама тухумдон дисгерминомаси ташиxisи кўйилган 17 ёшли беморнинг ишини кўриб чиқамиз. Бемор биринчи марта чап тухумдон дисгерминомаси учун операция қилинди ва ооферектомия қилинди. Бир ой ўтгач, у олиб ташланган тухумдоннинг чуқурчасидаги қолдиқ ўсимта туфайли қайта операция қилинди;

ўсимтанинг қолган қисми бир вақтнинг ўзида олиб ташланди. Гистологик текширув натижасида тухумдон дисгерминомаси аниқланди, аммо операциядан тўққиз ой ўтгач, унга ўнг тухумдон дисгерминомаси ташиxisи қўйилди. Жарроҳлик даволаш қайта тикланди ва ўсимта олиб ташланди. Беморнинг репродуктив қобилятини сақлаб қолиш учун маслаҳатчилар жамоаси кимётерапия ўтказишга рози бўлишди, яъни 3 та бер курси [Блеомицин, Етопозид, цисплатин]. Бемор мунтазам назорат остида, ўзини яхши ҳис қилади ва беш йилдан кейин касаллик белгилари кузатилмади.

Калит сўзлар:, тухумдоннинг хавфли ўсмаси, жарроҳлик, дисгерминома, кимётерапия.

OVARIAN DYSGERMINOMA (A CASE FROM PRACTICE)

Zakhirova N.N. <https://orcid.org/0000-0003-0843-536X>

Nishanov.D.A. Morfologiya@rambler.ru

Akhmedov O.M. odil_a@mail.ru

Otajanov.M.M. muzaffarotajanov@mail.ru

Madaliev.A.A. <https://orcid.org/0009-0009-0838-9931>

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, 383 Farabiy St., Tashkent.

✓ *Resume*

Ovarian dysgerminoma (OD) is one of the most common malignant tumors in young women and accounts for 1-2% of all malignant ovarian tumors. It most often appears in young and middle-aged women between the ages of 10 and 30. Treatment in most cases is mainly surgical, in many cases, chemotherapy is performed after surgical treatment. In this article, we will talk about the case of a 17-year-old patient diagnosed with a rare bilateral ovarian dysgerminoma. The patient underwent surgery for dysgerminoma of the left ovary for the first time and underwent an ovariectomy. A month later, she underwent a second operation due to a residual tumor in the fossa of her removed ovary; the rest of the tumor was removed at the same time. Histological examination revealed ovarian dysgerminoma, however, nine months after the operation, she was diagnosed with right ovarian dysgerminoma. Surgical treatment was resumed and the tumor was removed. In order to preserve the patient's reproductive ability, the consultant team agreed to undergo a course of chemotherapy, that is, 3 courses of bep [Bleomycin, etoposide, cisplatin]. The patient is under regular supervision, feels well and shows no signs of illness after five years.

Key words:, malignant ovarian tumor, surgical intervention, dysgerminoma, chemotherapy.

Долзарблиги

Дисгерминома яичника (ДГ) - одна из наиболее распространенных злокачественных опухолей половых клеток яичника. Она относится к группе злокачественных опухолей яичника и возникает в результате злокачественного изменения первичных половых клеток. В некоторых случаях опухоль может возникать из-за аномалий развития половых путей, таких как дисплазия гонад или феминизация яичек [1]. Обычно это происходит у пациентов в возрасте от 20 до 30 лет. Дисгерминомы составляют 1-2% всех злокачественных опухолей яичников [2] и в 10-15% случаев имеют двустороннюю форму. Примерно у 5% пациенток со стадией дисгерминомы. Во-первых, микроскопические метастазы могут быть обнаружены в другом яичнике. Макроскопически опухоли являются твердыми, имеют дольчатую структуру и могут достигать размера около 15 см. Наиболее распространенными клиническими симптомами являются боль в животе и наличие опухолевидных образований в брюшной полости [3]. Опухоли обычно распространяются по лимфатической системе в пара аортальные лимфатические узлы; на поздних стадиях заболевания возможно гематогенное распространение. Консервативная хирургия является методом выбора при односторонних инкапсулированных неразрушенных опухолях с негативным влиянием на забрюшинное пространство, лимфатические узлы и отрицательные мазки из тазовой и околопупочной областей, чтобы сохранить репродуктивную функцию пациентки. На поздних стадиях опухоли после радикального хирургического

вмешательства проводится химиотерапия. Пятилетняя выживаемость при I стадии заболевания составляет 80-90% [4,5].

Информация о пациенте. 17-летняя пациентка, нерожавшая, с неосложненным менструальным циклом, в возрасте 14 лет, с регулярными менструальными циклами в 28 дней продолжительностью 4-5 дней, была госпитализирована в онкогинекологическую отделения РСНПМЦОиР для хирургического вмешательства по поводу остаточной опухоли в ложбинке левого яичника. За месяц до этого поступления пациентке была выполнена лапароскопическая овариэктомия в другой больнице в связи с наличием опухоли в левом яичнике размером 9х8 см и преимущественно плотной дольчатой структурой. Опухоль была инкапсулирована, и капсула была нетронутый. Гистологическое исследование показало, что эта опухоль была дисгерминомой яичников. Через месяц после вышеупомянутой лапароскопической операции пациентка прошла очередное контрольное ультразвуковое исследование, при котором в ложбинке, где ранее был удален левый яичник, было диагностировано еще одно кистозное образование размером 8х6 мм. Магнитно-резонансная томография левого яичника выявила опухоль дольчатой структуры диаметром 8х6 мм. Матка имела нормальные размеры и структуру. Правый яичник был нормальным в большого размера, с микроцистозной структурой. Показатели ЛДГ, АФП, ХГЧ и СА125 были в пределах нормы. Пара аортальные и тазовые лимфатические узлы не были увеличены. Пациентка была представлена консультативной группе по поводу злокачественных заболеваний, и команда решила, что лучше всего выполнить пробную лапаротомию и действовать в соответствии с результатами. Пациентке была выполнена сальпингэктомия с левой стороны, была удалена опухоль диаметром 8х6 мм с удаленной кистозной структурой. Была проведена биопсия правого яичника, который имел микроцистозную структуру и нормальный размер. Правая маточная труба была в норме. Была выполнена частичная резекция сальника. Во время операции не было обнаружено никаких патологий печени, желудка, тонкого и толстого кишечника, сальника и париетальная брюшина. В мешочке Дугласа содержалось около 10 мл жидкости. Жидкость была собрана для цитологического анализа; также были взяты мазки из левой и правой под диафрагмальной области, а также из левой и правой параболической области. Гистологическое исследование удаленной опухоли показало, что это дисгерминома яичника, стадия 1с. Гистопатологическая биопсия правого яичника и сальника показала, что ткани яичников и сальника без патологических изменений. Результаты цитологического исследования злокачественных клеток были отрицательными. Пациентка была направлена на консультацию команда вновь после операции, и команда решила у нее повторялось каждые три месяца, в том числе проведение магнитно-резонансной томографии брюшной полости и таз. Результаты наблюдения через 3 месяца были в норме. Пациент регулярно каждые контролируется с помощью ультразвука 3 месяца. Однако через девять месяцев после операции повторное ультразвуковое исследование выявило опухоль в верхнем полюсе правого яичника, преимущественно из твердого материала, размерами 3х3 см, с одногнездным кистозным образованием размером 3х4 см с трансзвуковой средой. Значения ЛДГ были незначительно повысился, в то время как показатели АФП, ХГЧ и СА-125 оставались в пределах нормы. Магнитно-резонансная томография выявила опухолевидное образование в верхнем полюсе правого яичника диаметром 3х3 см, многоочаговую, преимущественно кистозную структуру с небольшим количеством твердой ткани и тонкими перегородками, а также еще одно очаговое кистозное образование размером 3х4 см, которое, вероятно, соответствовало фолликулярным кистам. Кариотип пациентки был нормальным, 46XX. Заподозрив еще одну дисгерминому, мы решили провести операцию повторно. Пациентке была выполнена лапаротомия с резекцией все опухоли яичника, пункция кисты и наложение швов на яичник. Опухоль была инкапсулирована. Удаленная опухоль была отправлена на гистологический анализ, а содержимое кисты - на цитологический анализ. Для цитологического анализа был взят перитонеальный смыв. Была выполнена частичная резекция сальника. Макроскопически вторичных отложений на печени, желудке, тонком и толстом кишечнике, мочевом пузыре, сальнике или париетальной брюшине обнаружено не было. И снова гистологическим результатом была дисгерминома яичников (рисунки 1).

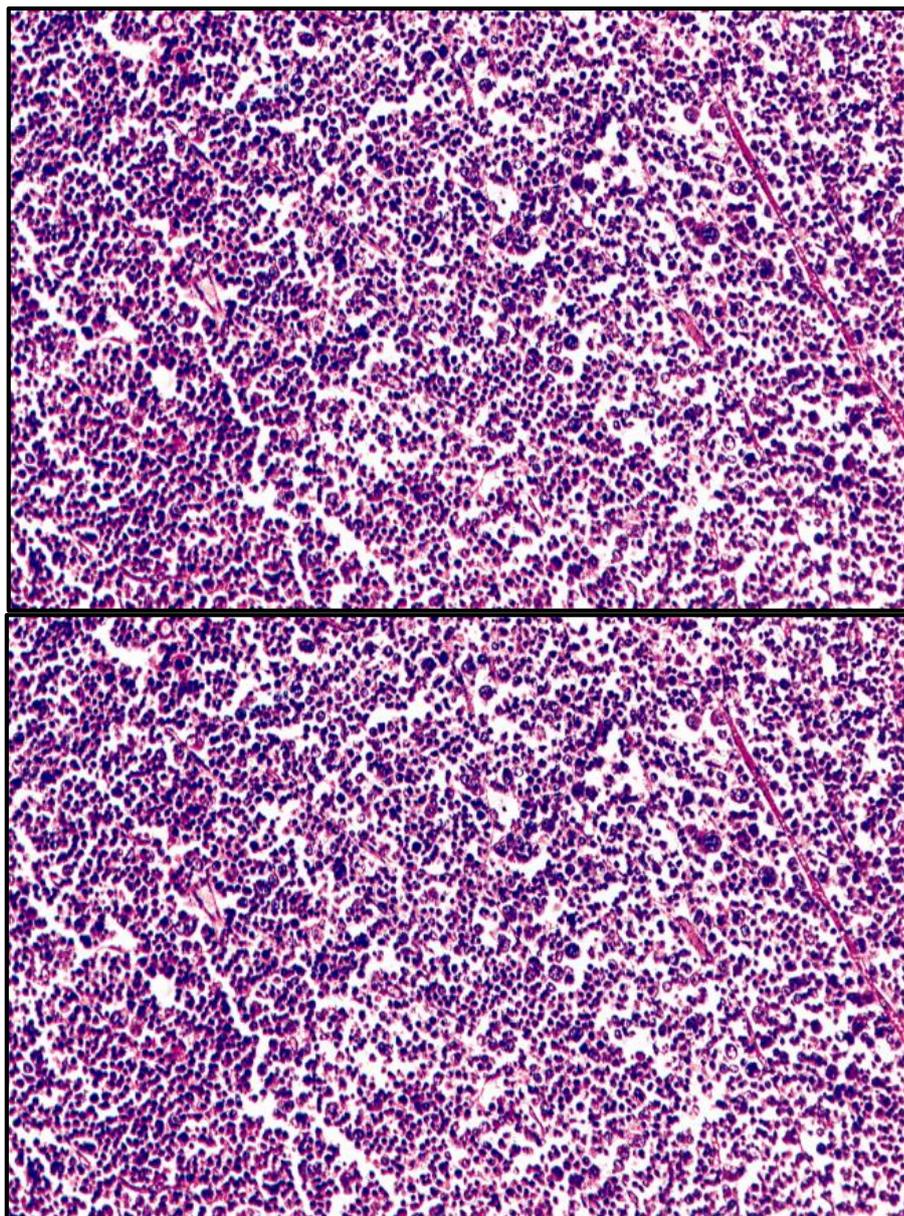


Рисунок: (№1) Гистологический картина: Дисгерминома яичника. Ок10хОб40.

Однако опухоль очагово проникала в капсулу яичника. Лимфатической и сосудистой инфильтрации обнаружено не было. Заболевание находилось на стадии FIGO IIa. Согласно классификации TNM, это был T2aNxMx. Результаты цитологического исследования кисты и перитонеального промывания на наличие злокачественных клеток были отрицательными. Команда консультантов решила провести адъювантную химиотерапию, чтобы сохранить репродуктивную способность пациентки. Пациентка прошла 3 курса химиотерапии препаратом ВЕР [(Блеомицин, этопозид, цисплатин], согласно протоколу. После этого она прошла контрольную магнитно-резонансную томографию, УЗИ и клиническое обследование. Все результаты были в норме. Пациентка была снова представлена консультативной группе, и команда решила проводить наблюдение каждые три месяца с помощью магнитно-резонансной томографии органов малого таза и брюшной полости. Первое последующее обследование прошло без осложнений, и команда решила проводить наблюдение каждые 3 месяца. В течение последующего пятилетнего периода пациент регулярно находился под наблюдением с помощью ультразвукового исследования и раз в год - магнитно-резонансной томографии брюшной полости и таза. Через пять лет после операции пациентка чувствовала себя хорошо, и никаких признаков заболевания не было. обсуждение Дисгерминома - наиболее распространенный тип злокачественных опухолей половых клеток, составляющий 1-2% от всех злокачественных

опухолей яичников. В большинстве случаев она встречается у женщин в возрасте от 20 до 30 лет [2]. Нашей пациентке было 19 лет. Примерно в 5% случаев дисгерминома может развиваться даже до наступления половой зрелости. Клетки дисгерминомы возникают из первичные половые железы эмбриона, недифференцированные половым путем. В 17% случаев это заболевание может быть связано с беременностью; в этом случае опухоль может быть удалена, и беременность может быть сохранена [6,7]. Примерно у 2% небеременных женщин тест на беременность может быть положительным из-за образования ХГЧ в изолированных клетках синцитиотрофобласта. Опухоль чаще всего развивается односторонне, что составляет примерно 80-85% всех случаев. Однако в 10-15% случаев она развивается двусторонне, как это было в случае с у нашего пациента. Дисгерминомы имеют тенденцию распространяться по периректальной лимфатической системе в лимфатические узлы вблизи аорты [8]. На поздних стадиях заболевания дисгерминомы могут гематогенно распространяться в легкие, печень и кости. Большая часть дисгерминомы связана с повышенным уровнем сывороточной лактатдегидрогеназы (ЛДГ), который иногда используется в качестве опухолевого маркера при мониторинге прогрессирования заболевания [9]. У нашей пациентки значения опухолевых маркеров АФП, ХГЧ и СА-125 были в пределах нормы, в то время как показатели ЛДГ были незначительно повышены. Основной клинической особенностью этой опухоли является ее быстрый рост. Симптомы обычно сохраняются от одного до шести месяцев, прежде чем опухоль будет диагностирована. Первыми симптомами являются боль в животе и вагинальное кровотечение, за которыми следуют вздутие живота и наличие образования в брюшной полости [10]. Брюшной выпот и разрыв опухоли происходят у 25% случаев. Обычно инфекция распространяется через пара аортальные лимфатические узлы, а на поздних стадиях заболевания происходит гематогенное распространение [8]. У нашей пациентки не было обнаружено никаких патологий в печени, желудке, тонком и толстом кишечнике, сальнике или париетальной брюшине. В сумке Дугласа было около 10 мл свободной жидкости. Цитологический анализ этой жидкости и мазков, взятых из левой и правой под диафрагмальной области, а также из левой и правой параболической области, был отрицательным. Дисгерминома состоит из скоплений и большие островки однородных клеток, окруженные различным количеством соединительной ткани, содержащие небольшое количество лимфоцитов. Клетки круглые или овальные, с эозинофильной или светлой цитоплазмой. Ядро круглой формы с четкими границами, мелкозернистым хроматином и одним или двумя ядрышками [10]. Учитывая тот факт, что 85% женщин с дисгерминомой яичника моложе 30 лет, настоятельно рекомендуется консервативное хирургическое лечение для сохранения фертильности. Консервативная хирургия является методом выбора при односторонних инкапсулированных неразрушенных опухолях в стадия Ia, с отрицательными показателями забрюшинных лимфатических узлов и отрицательными мазками из тазовой и параболической областей и без дигенетических гонад, с целью сохранения репродуктивной функции [3]. На более поздних стадиях заболевания, таких как Ib и выше, рекомендуется радикальное хирургическое вмешательство. Это включает гистерэктомию с двусторонней сальпингоофорэктомией, лимфаденэктомию и оментэктомию[4]. Как правило, у женщин с запущенной стадией заболевания, которые настаивают на рождении детей, консервативное хирургическое лечение может быть применено с определенным риском. В нашем случае у пациентки развилась дисгерминома на правом яичнике после овариэктомии левого яичника по поводу того же заболевания. Вторая дисгерминома была IIa стадии в соответствии с классификацией FIGO. Несмотря на то, что опухоль была диагностирована на поздней стадии, эта пациентка перенесла консервативную операцию на правом яичнике, чтобы удалить только опухоль и сохранить деторождение вместимость в то же время. После хирургического лечения была применена химиотерапия, состоящая из 3 циклов ВЕР. Дисгерминомы чувствительны к облучению; по возможности для сохранения фертильности настоятельно рекомендуется адьювантная химиотерапия.

Вывод

Так называемый протокол ВЕР (Блеомицин, этопозид, цисплатин) считается золотым стандартом и широко применяется во всем мире [11,12]. Количество циклов химиотерапии ограничено 6. Женщинам с III стадией заболевания назначается одновременная химиотерапия и

лучевая терапия . Пятилетняя выживаемость частота заболевания на I стадии составляет 90%, а на III стадии - приблизительно 74% [5,13]. Согласно рекомендациям Европейского По данным Общества медицинской онкологии, клиническое наблюдение за пациентами с опухолями яичников проводится каждые 3 месяца в течение первых 2 лет, каждые 4 месяца на третьем году и каждые 6 месяцев на четвертом и пятом годах [14]. Наш пациент регулярно наблюдался в течение пяти лет после операции и не выявил никаких признаков развития заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Особенности дифференциальной диагностики опухолей яичников у девочек / Л. В. Адамян [и др.] // Дет. хирургия. 2018 Т. 22, № 4 С. 205–208.
2. Smit ho, Bervik M, Vershregen KF, Uiggins K, Lansing L, Myuller S. I. Количество инцидентов и выживаемость при злокачественных опухолях половых клеток у женщин. 2006;107(5):1075-85.
3. Мартынов С.А., Липатенкова Ю.И., Адамян Л.В., Данилов А.Ю., Клименченко Н.И. Эффективность ультразвуковых методов исследования в дифференциальной диагностике опухолей и опухолевидных образований яичников у беременных. Акушерство и гинекология. 2014; 8: 33-9.
4. Опыт лечения детей с герминогенными опухолями яичников: исторический обзор И. В. Нечушкина [и др.] // РМЖ. Мед. обозрение. 2019 Т. 3, № 3 С. 20–21.
5. Солопова А.Е., Сологуб Ю.Н., Макацария А.Д., Терновой С.К. Герминогенные опухоли яичников–современные подходы к диагностике. Акушерство и гинекология. 2016;12:28-33.
6. Boran N, Tulunay G, Kallskan E, Koze MF, Haberal A. Исходы беременности и менструальная после операции по сохранению фертильности при чисто овариальной дисгерминоме. 2005; 271:104-8.
7. Axtar K, Shamshad Ahmad S, Kumar A, Afshan N. Дисгерминома при беременности и жизнеспособном ребенке:. 2011;26(3):198-200.
8. Kumar S., shoh I. P., Bryant C. S., Imudiya A. N., Mushuk Jr., Alifehmi R. "Распространенность и прогностическое воздействие метастазы в лимфатические узлы при Злокачественных герминогенных опухолях яичника ", 2008; 110(2): 125-32.
9. Radhakrishnan S, Hack S, lofts F, Young MPa, Barton Dry. - Дисгерминома яичника, сопровождающаяся гиперкальциемией. БИОГ. 2001;108(12):1302-4.
10. Демидов В.Н., Гус А.И., Адамян Л.В., Липатенкова Ю.И. Эхография органов малого таза у женщин. Практическое руководство. Вып. 4: Пограничные опухоли, рак и редкие опухоли яичников. М.; 2006: 97-103.
11. Pautier, Gutierrez- Bonner M, Rey A, Sille-Bax J, Chevreaux C, Kerbrat P. Комбинация блеомицина, этопозида и цисплатина для лечения распространенные гранулезно-клеточные опухоли яичников. 2008;18:446-52.
12. Talukadar, Kumar, Bhatla, Mathur, Tulkar S, Kumar L. Химиотерапия Neo-aid при Лечение запущенных злокачественных герминогенных опухолей яичников.2014;132:28.
13. Zanetta J., Bonazzi S, Song M, Binidagger S, Lokatelli Bratina G. Выживание и Репродуктивная Функция после лечения злокачественных герминогенных опухолей яичников. Клини Онкол. 2001;19(4):1015-20.
14. Kolombo N, Peyretti M, Garbi A, Garinelli S, Marin S., Sessa Si. Неэпителиальный рак яичников: клиническая картина ESMO практические рекомендации. 2012;23(7):20-6.

Поступила 20.03.2025