



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

7 (81) 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. 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
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
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 (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

7 (81)

2025

июль

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.06.2025, Accepted: 10.06.2025, Published: 15.06.2025

УДК 618.145+618.141+618.19-006.55+616-08-035

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Амонова Н.А. <https://orcid.org/0009-0007-9279-5671>

Аскарлова З.З. <https://orcid.org/0009-0007-9279-5689>

Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан, г. Самарканд,
ул. А. Темур 18 Тел: +998 90 227 68 23 e-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Обследованию и наблюдению подвергнуты 85 женщин. Женщины разделены на следующие группы: 1 группа-основная группа пациенток с ВЗОМТ (n=45); 2 группа потенциально здоровых женщин репродуктивного возраста (n=40). У 55% пациенток с ВЗОМТ выявлены заболевания молочных желёз, основной патологией молочных желёз была диффузная мастопатия-(24%). У 72% пациенток с ВЗОМТ и заболеваниями молочных желёз, при изучении микробиоценоза влагалища был выявлен бактериальный вагиноз. Проведенное обследование показало, что при выявлении ВЗОМТ при гинекологическом обследовании необходимо маммологическое обследование пациенток и наоборот при выявлении патологии в молочных железах необходим гинекологический осмотр органов малого таза

Ключевые слова: воспалительные заболевания органов малого таза, биоценоз влагалища

BENIGN DISEASES OF THE BREAST IN WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE PELVIC ORGANS

Amonova N.A., Askarova Z.Z.

Samarkand State Medical University, Uzbekistan, Samarkand, A.Temur str. 18
Tel: +998 90 227 68 23 e-mail: sammi@sammi.uz

✓ Resume

85 women were examined and observed. Women were divided into the following groups: Group 1 - the main group of patients with PID (n=45); Group 2 - potentially healthy women of reproductive age (n=40). Breast diseases were detected in 55% of patients with PID, the main pathology of the mammary glands was diffuse mastopathy (24%). Bacterial vaginosis was detected in 72% of patients with PID and breast diseases, when studying the vaginal microbiocenosis. The conducted examination showed that when PID is detected during a gynecological examination, a mammological examination of patients is necessary and vice versa, when pathology in the mammary glands is detected, a gynecological examination of the pelvic organs is necessary

Keywords: inflammatory diseases of the pelvic organs, vaginal biocenosis

КИЧИК ТОС АЪЗОЛАРИНИНГ ЯЎЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЛГАН АЁЛЛАРДА СУТ БЕЗЛАРИНИНГ ЯХШИ СИФАТЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Амонова Н.А., Аскарлова З.З.

Самарканд давлат тиббиёт университети, Узбекистон, Самарканд ш., А.Темур кўчаси 18
Тел: +998 90 227 68 23 e-mail: sammi@sammi.uz

✓ **Резюме**

Жами 85 нафар аёл текширилди ва кузатилди. Аёллар қуйидаги гуруҳларга бўлинган: 1-гуруҳ - КТАЯК бўлган беморлар асосий гуруҳ (n=45); 2-гуруҳ - репродуктив ёшдаги потенциал соғлом аёллар (n=40). КТАЯК бўлган беморларнинг 55% да кўкрак касалликлари аниқланган, кўкракнинг асосий патологияси диффуз мастопатия (24%) эди. Вагинал микробиоценозни ўрганишда КТАЯК ва кўкрак касалликлари билан хасталанган беморларнинг 72 фоизда бактериял вагиноз аниқланган. Ўтказилган текширув шуни кўрсатдики, гинекологик текширув пайтида КТАЯК аниқланганда, беморларни маммологик текширувдан ўтказиш керак ва аксинча, сут безларида патология аниқланганда тос аъзоларини гинекологик текшириш зарур.

Калит сўзлар: тос аъзоларининг яллиғланиш касалликлари, вагинал биоценоз

Актуальность

Первое место в структуре гинекологической заболеваемости занимают воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), являясь наиболее частой причиной нарушений менструальной, детородной и сексуальной функции женщины [1].

По данным авторов ВЗОМТ составляет от 45-65% всех гинекологических заболеваний. Наибольший пик заболеваемости приходится на возраст от 18 до 25 лет, после 30 лет их частота уменьшается, что обусловлено изменениями полового поведения и появлением защитных антител в цервикальном канале [3].

Основные факторы риска по возникновению воспалительных заболеваний гениталий составляют 4 группы: • 1-я объединяет ряд повреждающих агентов, влияющих на состояние иммунной системы, неспецифической резистентности организма и способствующих развитию иммунодефицитных состояний; • 2-я включает факторы, способствующие разрушению биологической защиты гениталий от проникновения инфекционного агента; • 3-я определяет резистентность инфекционного агента к противомикробным средствам и восприимчивость макроорганизма к инфекции; • 4-я объединяет факторы демографического, социального, экономического, культурного, поведенческого характера [5, 6].

Этиопатогенетические аспекты ВЗОМТ, являются полимикробными инфекциями, так как вызываются различными инфекционными агентами, степень вирулентности которых служит одним из решающих факторов, оказывающих влияние на распространенность патологического процесса. В современной медицинской науке известно около 2500 различных инфекций. Теоретически женщина может заболеть любой из них [3, 7]. Наиболее часто возбудителями воспалительных процессов гениталий в настоящее время являются *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*.

Однако ряд исследователей считают, что частота случаев ВЗОМТ, связанных с гонококковой инфекцией, имеет тенденцию к снижению, в то время как частота случаев негонококковых ВЗОМТ увеличивается. В этой связи целесообразно отметить значение *Escherichia coli* в развитии ВЗОМТ. Непатогенные бактерии *E. coli*, в норме в больших количествах населяющие кишечник, могут, тем не менее, вызвать развитие патологии при попадании в другие органы [8].

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра раздел воспалительных заболеваний представлен двумя группами [10]: 1-я объединяет послеродовые инфекции, включенные в VII блок. В эту группу входят осложнения, связанные преимущественно с послеродовым периодом, к ним относятся: 085 – послеродовой сепсис; 086 – другие послеродовые инфекции; 087 – венозные осложнения в послеродовом периоде.

В VIII блок, который также относится к 1-й группе, входят: 098 – инфекционные и паразитарные болезни матери, классифицированные в других рубриках, но осложняющие беременность, роды и послеродовой период [4].

Вторая группа включает воспалительные заболевания женских половых органов, не связанные с родами, которые представлены в классе XIV в блоке N70–77. К ним относятся «Воспалительные болезни женских половых органов»: сальпингит и оофорит (N70); воспалительная болезнь матки, кроме шейки матки (N71); воспалительная болезнь шейки матки (N72); другие воспалительные болезни женских тазовых органов (N73); воспалительные болезни женских тазовых органов при болезнях, классифицированных в других рубриках (N74); болезни бартолиновой железы (N75); другие болезни влагалища и вульвы (N76); изъязвления и воспаления вульвы и влагалища при болезнях, классифицированных в других рубриках (N77) [1, 2, 6]. В класс I (блок A 50–64) входят

«Некоторые инфекционные и паразитарные болезни», включающие инфекции, передаваемые преимущественно половым путем [2, 6].

Как акушерские, так и гинекологические воспалительные заболевания вызываются одними и теми же микробными агентами, поражают одни и те же органы репродуктивной системы женщины. ВЗОМТ могут быть следствием как осложнений гестационного периода, так и аборт, различных оперативных вмешательств на женских половых органах. Классификация ВЗОМТ, как правило, представлена по нескольким параметрам. По клиническому течению выделяют: острые, подострые, хронические (в стадии ремиссии или обострения) воспалительные заболевания [1, 2, 6]. Практическое использование, по мнению ряда исследователей, имеет классификация острого сальпингоофорита, которая отражает целостность звеньев единой патогенетической цепи воспалительного процесса: I. Острый эндометрит и сальпингит без признаков воспаления тазовой брюшины. II. Острый эндометрит и сальпингит с признаками раздражения брюшины. III. Острый сальпингоофорит с окклюзией маточных труб и развитием tuboовариального образования. IV. Разрыв tuboовариального образования [7].

Объем диагностического исследования при ВЗОМТ включает комплекс клинических, лабораторно-диагностических методов. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза является рутинным методом, позволяющим провести четкую верификацию диагноза и выбрать адекватную тактику [10].

Воспалительные заболевания гениталий напрямую оказывают влияние на возникновение бесплодия, внематочной беременности, невынашивания беременности, снижение овариального резерва после хирургического вмешательства, неудачных попыток экстракорпорального оплодотворения [8,9].

Вопросы лечения и реабилитации пациенток с ВЗОМТ весьма актуальны, так как рецидивы и хронизация воспалительных процессов ухудшают прогноз в отношении генеративной функции, что является важной социальной и экономической проблемой [2].

Гипофункция яичников приводит к дисгормональным нарушениям, изменениям менструальной функции, ановуляции, и соответственно бесплодию. Дисбаланс между эстрогенами и прогестероном, дефицит прогестерона сопровождается диспластическими изменениями тканей молочной железы. Эстрадиол в большей степени влияет на молочные железы, его концентрация в соединительной ткани молочной железы в 2-20 раз выше, чем в сыворотки крови. Он стимулирует дифференцировку, пролиферацию и развитие эпителия и увеличивает гидротацию соединительной ткани [9].

Мастопатия имеет своеобразную клиническую и морфологическую картину, что весьма затрудняет не только диагностику, но и терминологическое обозначение диффузных гиперпластических процессов в молочной железе. Масталгия, мазоплазия, мастодиния, фиброзно-кистозная мастопатия эти синонимы, объединяемые общим термином «мастопатия» [5].

Имеется тенденция к увеличению доброкачественных заболеваний молочных желёз, которые диагностируются у каждой 4й женщины в возрасте до 30 лет, а в более старшем возрасте патология молочных желёз выявляется в 60% случаев, при этом преобладает фиброзно- кистозная болезнь молочных желёз [6].

Цель исследования: выявление патологии молочных желёз в зависимости от ВЗОМТ и биоценоза влагалища.

Материал и метод исследования

Для решения поставленной цели, исследование проводилось в динамике. Обследованию и наблюдению подвергнуты 85 женщин. Женщины разделены на следующие группы: 1 группа- основная группа пациенток с ВЗОМТ (n=45); 2 группа потенциально здоровых женщин репродуктивного возраста (n=40). Возраст обследованных варьировал от 18 до 35 лет, в среднем составил $27,6 \pm 1,6$ года.

Комплексное клинико-лабораторное обследование включало осмотр наружных гениталий, влагалища, шейки матки в зеркалах; бимануальное исследование, ультразвуковое исследование органов малого таза и молочных желёз, эластография молочных желёз, микробиологическое исследование мазка (биоценоз влагалища)

Результаты и их обсуждения. Изучение перенесших гинекологических заболеваний в анамнезе (таблица 1) показало, что в основном пациентки основной группы в основном указали на такие патологии как, ВЗОМТ- $47,5 \pm 7,9$. Тогда как всего $3,3 \pm 3,3\%$ женщины из контрольной группы указали на воспалительные заболевания органов малого таза. Полипы эндометрия в группе контроля не наблюдались в анамнезе. Тогда как каждая третья пациентка основной группы и группы контроля

отмечали полипы эндометрия в анамнезе. Достоверно чаще по сравнению с группой контроля ($3,3 \pm 3,3$), пациентки основной группы указали на кисты яичников в анамнезе- $25,0 \pm 6,8$ и $24,0 \pm 6,3$ соответственно, $p < 0,001$.

Изучение состояния вагинального микроценоза в обследуемых группах показало (таблица 2), что у почти у всех женщин контрольной группы ($93,3 \pm 4,6$) наблюдался нормоценоз, тогда как в основной группе нормоценоз наблюдался достоверно реже - $32,5 \pm 7,4$, $p < 0,001$. У каждой второй пациентки основной группы наблюдался бактериальный вагиноз $52,5 \pm 7,9$. Женщин с вульвовагинальным кандидозом в группе контроля не наблюдалось. В основной группе вульвовагинальный кандидоз наблюдался у каждой десятой пациентки, $p < 0,001$

Таблица 1

Гинекологические заболевания в анамнезе у обследуемых женщин, $M \pm m$

Гинекологическая патология	Основная группа, n=45	Контроль, n=40
ВЗОМТ	$47,5 \pm 7,9$	$3,3 \pm 3,3$
Патология шейки матки	$27,5 \pm 7,1$	$3,3 \pm 3,3$
Полипы эндометрия	$30,0 \pm 7,2$	-
Кисты яичников	$25,0 \pm 6,8$	$3,3 \pm 3,3$

Таблица 2

Состояние вагинального микроценоза в обследуемых группах, $M \pm m$

Состояние микроценоза	Основная группа, n=45	Контроль, n=40
Нормоценоз	$32,5 \pm 7,4$	$93,3 \pm 4,6$
Нормоспецифический вульвовагинит	$5,0 \pm 3,4$	0,0
Вульвовагинальный кандидоз	$10,0 \pm 4,7$	0,0
Бактериальный вагиноз	$52,5 \pm 7,9$	$6,6 \pm 4,6$

Результат и обсуждение

Частота выявленных вагинальных микроорганизмов в исследуемых группах показало, что в основном было сочетание нескольких микроорганизмов. В основной группе и группе выявлены такие патогенные микроорганизмы как, стрептококки группы В, *Enterococcus faecalis*, стафилококки (таблица 3). В группе контроля выявлены такие микроорганизмы как, лактобациллы и *Gardnerella vaginalis*. *Candida albicans* в мазке из влагалища у женщин контрольной группы выявлено не было, в основной группе и в группе сравнения выявлено у каждой десятой пациентки.

У каждой третьей пациентки во всех обследуемых группах выявлены такие микроорганизмы как *Mobyluncus*- $32,5 \pm 7,4$, $30,0 \pm 8,4$, соответственно.

Таблица 3

Частота выявленных вагинальных микроорганизмов в исследуемых группах, $M \pm m$

Микроорганизмы	Основная группа, n=45	Контроль, n=40
<i>Lactobacillus</i>	$42,5 \pm 7,8$	$76,7 \pm 7,7$
<i>Corynebacterium</i>	$47,1 \pm 12,1$	$32,5 \pm 7,4$
Стрептококки группы В	$50,0 \pm 7,9$	$29,4 \pm 11,1$
Стафилококки	$47,5 \pm 7,9$	$41,2 \pm 11,9$
<i>Enterococcus faecalis</i>	$57,5 \pm 7,8$	$40,0 \pm 8,9$
<i>Enterococcus spp</i>	$40,0 \pm 7,7$	$35,3 \pm 11,6$
<i>Candida albicans</i>	$10,0 \pm 4,7$	0,0
<i>Gardnerella vaginalis</i>	$50,0 \pm 7,9$	$46,7 \pm 9,1$
<i>Mobyluncus</i>	$32,5 \pm 7,4$	$30,0 \pm 8,4$
<i>Bacteroides fragilis</i>	$40,0 \pm 7,7$	$33,3 \pm 8,6$
<i>Peptostreptococcus</i>	$42,5 \pm 7,8$	$36,7 \pm 8,8$
<i>Prevotella</i>	$35,0 \pm 7,5$	$30,0 \pm 8,4$

При обследовании молочных желёз выявлено, что у 25(55%) пациенток с ВЗОМТ выявлены патологические изменения в молочных железах. Из них у 9(36%)- жировая инволюция молочных

желёз, 6(24%)- диффузная мастопатия, 4(16%)- фиброзно- кистозная мастопатия, 2(8%)- кисты молочных желёз и у 4(16%)- фиброаденома молочных желёз.

У 18(72%) пациенток с патологическими изменениями молочных желез выявлен бактериальный вагиноз, и у 7(28%) выявлен вульвовагинальный кандидоз. Следует отметить, что ни у одной пациентки с заболеваниями молочных желёз нормоценоза не было.

Заключение

Таким образом, у 55% пациенток с ВЗОМТ выявлены заболевания молочных желёз, основной патологией молочных желёз была диффузная мастопатия-(24%). У 72% пациенток с ВЗОМТ и заболевания молочных желёз, при изучении микробиоценоза влагалища был выявлен бактериальный вагиноз. Проведенное обследование показало, что при выявлении ВЗОМТ при гинекологическом обследовании необходимо маммологическое обследование пациенток и наоборот при выявлении патологии в молочных железах необходим гинекологический осмотр органов малого таза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Абдрахман Т. Р. Малигнизация фиброаденомы молочной железы // Сборник статей XIV Международного научно-исследовательского конкурса в 4 ч.: "Лучшая студенческая статья 2018". - Пенза: Наука и Просвещение. - 2018. -С.230-233. УДК: 618.19-006.
2. Абельская И.С., Поддубный А.А., Семичковский Л.А., Василевский А.В. Дифференциальная диагностика очаговых образований молочных желез с использованием эластографии сдвиговой волны. Научные новости, медицинские исследования. - 2016. - №8. - С.44-47.
3. Адамян Л. В. Клинические рекомендации: доброкачественная дисплазия молочной железы / Адамян Л. В., Ашрафян Л. А., Семиглазов В. Ф., Рожкова Н. И., Родионов В. В. и с. - 2019. 71 с.
4. Алиева Г. С., Корженкова Г. П., Колядина И. В. Возможности маммографии, УЗИ и МРТ в дифференциальной диагностике микрокарцином различных биологических подтипов инвазивного рака молочной железы // Опухоли женской репродуктивной системы. - 2020. - Т. 16, № 4. - С.21-34. DOI: 10.17650/1994-4098-2020-16-4-12-34.
5. Борота А. В., Борота А. А., Алиев Р. Н., Альямани Н. Д. Корректирующие операции при доброкачественной дисплазии молочной железы (обзор литературы) // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. - 2022.
6. Левчук А. Л., Ходырев С. А., Шабаев Р. М., Староконь П. М. Профилактика послеоперационных осложнений в реконструктивной хирургии молочных желез с использованием гидроксизтилдиметилдигидропиримидина (Ксимедонга) // «Здоровье в 21 веке - ответственность каждого». 25-26 мая 2023 года. Материалы 58 межрегиональной научно-практической медицинской конференции. Ульяновск. -2023. - С. 617-620.
7. Хакимов Г. А., Хакимова Ш. Г., Хакимова Г. Г., Махмудовна И. М. Современный взгляд на реконструктивно - пластическую хирургию у больных раком молочной железы // Клиническая и экспериментальная онкология. - 2021. -№ 1. - С. 61-66.
8. Khanal, S., Singh, Y. P., & Sharma, R. Batwing Technique in Large Volume Excision of Breast Lesions: Case Report. Journal of Institute of Medicine Nepal, 41(2), 70-72. 2019. Retrieved from <https://nepjol.info/index.php/JIOM/article/view/26562>
9. Kizi M.S.S. Risk factors and morphological features of breast diseases fibrosis-cystosis // European journal of innovation in nonformal education. — 2022. — V. 2. № 12. - pp. 82-85.
10. Sherman Mark E. MD1, Robert A. Vierkant, MS2; Stacey J. Winham, PhD2 et al. Benign Breast Disease and Breast Cancer Risk in the Percutaneous Biopsy Era // JAMA Surg. - 2024. - pp. 159(2):193-201. doi:10.1001/jamasurg.2023.6382.

Поступила 20.07.2025