

6. Nishanov M.F. YAzvennaya bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki, oslozhnennaya piloroduodenalnym stenozom, kak problema khirurgicheskoy gastroenterologii (obzor literatury) [Duodenal ulcer complicated by pyloroduodenal stenosis as a problem of surgical gastroenterology (literature review)]. *Zhurnal teoreticheskoy i klinicheskoy meditsiny - Journal of theoretical and clinical medicine*, 2018, No. 2, pp. 87-91.

7. Onopriev V.I. Organosokhranyayushchie tekhnologii v lechenii dekompensirovannogo rubtsovo-yazvennogo stenoza dvenadtsatiperstnoy kishki [Organ-preserving techniques in the treatment of decompensated ulcerative scar stenosis of the duodenum]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii - Bulletin of Surgical Gastroenterology*, 2008, No. 1, pp. 32-38.

8. Poluektov V.L. Ushivanie ili issechenie probodnoy duodenalnoy yazvy? [Suturing or excision of a perforated duodenal ulcer?]. *Voprosy rekonstruktivnoy i plasticheskoy khirurgii - Issues of reconstructive and Plastic Surgery*, 2020, No. 23 (1), pp. 48-57.

9. Chernov V.N. Rezultaty lecheniya yazvennoy bolezni metodom radikalnoy duodenoplastiki [Results of peptic ulcer treatment by radical duodenoplasty]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after Pirogov N.I.*, 2013, No. 4, pp. 48-54.

10. Chernousov A.F. Rezultaty povtornoy rezektsii zheludka po Bilrot-1 i organosokhranyayushchikh operatsiy pri lechenii yazvennoy bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki [Results of repeated Bilroth-1 gastric resection and organ-preserving operations in the treatment of duodenal ulcer]. *Novosti khirurgii - News of Surgery*, 2020, Vol. 28, No. 1, pp. 112-119.

ХУЛОСА

Д.М. Қодиров, Ф.Д. Қодиров, З.В. Табаров,
Ш.Ш. Сайдалиев

ДАРЗИ ДУСАТҲИИ МУТТАСИЛИ ПРЕТСИЗИОНӢ ҲАНГОМИ ТАШАККУЛ ДОДАНИ ГАСТРОДУОДЕНОАНАСТОМО- ЗИ АРӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОР БА ТАНГШАВИИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛӢ

Зимни таҳқиқот масоили дарзгузори дусатҳии муттасили претсизионӣ дар амалияи чарроҳӣ ҳангоми беморони гирифтор ба тангшавии пилородуоденалии хадшай-захмӣ баррасӣ мешавад. Ба сифати алтернативаи амалиётҳои анъанавӣ анастомози арӣ ва дуоденопластика пешниҳод гардидааст. Охирин ҳангоми ташаккулёбии резишгоҳи арӣ ба туфайли хифз намудани бутунияти анатомӣ ва функционалии баввоб ва амсиласозии “механизм”-и баввобӣ натиҷаҳои беҳтаринро нишон дод.

Бо истифода аз дарзи дусатҳии муттасили претсизионӣ ташаккул додани резишгоҳи қоҳиш додани давомнокии амалиёти чарроҳӣ, таъмин намудани эътимоднокӣ ва функционалнокиро имконпазир мегардонад.

Калимаҳои калидӣ: тангшавии пилородуоденалӣ, дуоденопластика, гастродуоденоанастомози арӣ, дарзи дусатҳии муттасили претсизионӣ.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616-06

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-113-119

С.Р. Расулов^{1,2}, Дж.С. Обидов^{1,2}

ДИФФУЗНЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА)

^{1,2}ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

^{1,2}ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ

Расулов Самеъ Рахмонбердиевич – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой онкологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони 59. E-mail: same_rasulov@mail.ru (+992) 918 68 21 86

В статье представлены результаты анализа данных современной мировой литературы об этиологии и клинических проявлениях диффузных форм рака молочной железы. Доказано, что диффузный рак молочной

железы составляет около 15-17% среди других форм рака молочной железы. Характеризуются диффузным уплотнением всей ткани молочной железы, обусловленным опухолевой инфильтрацией, увеличением ее размеров, гиперемией кожи молочной железы и местной гипертермией с выраженным симптомом «лимонной корки» по всей поверхности молочной железы, резким утолщением соска и складки ареолы, втяжением и прочной фиксацией соска, в подавляющем большинстве случаев имеются пораженные подмышечные лимфатические узлы.

Ключевые слова: злокачественные опухоли, диффузный рак молочной железы, эпидемиология, клиника.

S.R. Rasulov^{1,2}, J.S. Obidov^{1,2}

DIFFUSE BREAST CANCER (EPIDEMIOLOGY, CLINIC)

^{1,2}State Educational Institution "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan"

^{1,2}State Institution "Republican Cancer Research Center" of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

Rasulov Same Rakhmonberdievich – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Oncology, Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan, 734026, Republic of Tajikistan, Dushanbe, I. Somoni Ave. 59. E-mail: same_rasulov@mail.ru (+992) 918 68 21 86

The article presents the results of the analysis of data from modern world literature on the etiology and clinical manifestations of diffuse forms of breast cancer. It has been proven that diffuse breast cancer is about 15-17% among other forms of breast cancer. They are characterized by diffuse compaction of the entire breast tissue due to tumor infiltration, an increase in its size, hyperemia of the breast skin and local hyperthermia with a pronounced symptom of "lemon peel" over the entire surface of the mammary gland, a sharp thickening of the nipple and areola folds, retraction and firm fixation of the nipple, in the vast majority of cases have affected axillary lymph nodes.

Key words: malignant tumors, diffuse breast cancer, epidemiology, clinic.

Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее распространенной онкологической патологией среди женского населения в большинстве стран мира. По отчету наиболее авторитетной организации, осуществляющей мониторинг злокачественных новообразований – GLOBOCAN (совместный проект Всемирной Организации Здравоохранения и Международного агентства исследований рака), в 2020 году в мире было зарегистрировано 2 206 771 (11,4%) новых случаев РМЖ. Из общего количества впервые выявленных случаев умерли 684 996 (6,9%) женщин. По данному отчету, РМЖ занимает первое место по заболеваемости в подавляющем большинстве стран (159 из 185 стран) и по смертности - в 110 странах. Самые высокие коэффициенты заболеваемости наблюдаются в Австралии и Новой Зеландии - 23 277 (10,41), Северной Америке - 281 591 (9,71) и странах Европы - 158 708 - 169 016 (6,28 – 9,69). Низкие показатели заболеваемости отмечены в странах Азии и Африки [37].

В Российской Федерации в 2019 году выявлены 73 918 случаев РМЖ у женщин, что составило 11,6% среди всех злокачественных новообразований населения и умерли 21 720 женщин [4].

По сообщению Рахимовой М.Н. (2019), в Республике Казахстан ежегодно выявляется до 4000

новых случаев РМЖ и в структуре онкозаболеваний он занимает первое место, составляя 12,6%. В Республике Узбекистан также РМЖ занимает первое место среди всех злокачественных опухолей [14].

В 2012 году предполагали, что количество смертей от РМЖ будет продолжать расти во всем мире и достигнет 11 млн. в 2030 году [29]. Это, прежде всего, связано с ежегодным ростом заболеваемости во всем мире и растущей смертностью в странах с более низким уровнем жизни.

По данным ВОЗ, стандартизированная по возрасту смертность от рака молочной железы в странах с высоким уровнем дохода снизилась на 40% в период с 1980-х по 2020 год. Ежегодное снижение смертности от РМЖ в этих странах составляет 2-4% в год [40].

Статистический анализ данных организационно-методического отдела Республиканского онкологического научного центра и Республиканского Центра медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан за 2016-2020 гг. показал, что заболеваемость раком молочной железы в Республике Таджикистан также имеет тенденцию к ежегодному росту и зани-

мает первое место среди других злокачественных опухолей, составляя 13,1% [11].

Изучение динамики заболеваемости и смертности от РМЖ в республике показало, что если в 2016 год взято на учет 462 больных, а в 2018 году 468 больных, то в 2019 году выявлено 506 случаев. Ежегодный прирост заболеваемости РМЖ с 2016 г. по 2019 г. составил 1,0-1,1 раз. Анализ случаев смерти от РМЖ среди больных, находившихся на учете на конец каждого отчетного года, показал, что смертность от РМЖ в Республике Таджикистан из года в год уменьшается. Из 2008 женщин, находившихся на учете с РМЖ на конец 2016 года умерли 312 пациенток, что составило 15,5%. В конце 2019 года на учете находились 2489 женщин с РМЖ, из них умерли 291 больных, что составляет 11,7% [13].

В последние годы в развитых странах, прежде всего благодаря налаженной системе маммографического скрининга, количество больных, выявленных в I-II стадии из года в год увеличивается. Доля больных, выявленных в I-II стадиях в развитых странах превышает 70%. По данным ракового регистра Республики Корея (Южная Корея), за 2017 год на долю больных с впервые диагностированными случаями РМЖ в I - II стадиях приходится 72,5%, в III стадии - 7,8% и в IV стадии - 0,8%. [33]. В Нидерландах в 2019 году выявлены с I-II стадиями РМЖ 73% женщин, с III стадией - 8% и IV стадией - 5% [27]. В Российской Федерации в 2019 году удельный вес больных с I-II стадиями составил 71,8%, III стадией - 20,2% и IV стадией - 7,5% [3].

В Республики Таджикистан по данным 2016-2020 гг. доля больных с I - II стадиями составила 72,1%, III стадией - 14,5% и IV стадией - 13,4% [13].

В отчете GLOBOCAN, где представлены основные показатели по РМЖ за период с 2009 по 2014 гг., обращает на себя внимание показатель запущенности (III-IV стадии) РМЖ, который в 2009 году составлял 23,7%, увеличившись в 2013 году до 24,4%, и несколько снизившись до 21,7% в 2014 году [19].

Различают несколько клинических форм РМЖ: узловую, диффузную (отечно-инфильтративную, рожистоподобную, маститоподобную и панцирную), а также рак Педжета соска.

В зависимости от тактики лечения различают следующие клинические группы РМЖ:

– первично операбельный (резектабельный) РМЖ (0, I, II, III, IIIA (T3N1M0) стадии);

– местно-распространенный (первично неоперабельный/нерезектабельный) РМЖ (IIIA (кроме T3N1M0), IIIB, IIIC стадии);

– метастатический РМЖ или рецидив болезни.

В литературных источниках приводятся неопределенные данные о МР РМЖ. По данным G.N. Hortobagyi [31], к местнораспространенному РМЖ относятся: злокачественные новообразования, максимальный размер которых превышает 5 см; опухоли до 5 см с поражением большей площади молочной железы, а также первичные новообразования вне зависимости от размеров, которые непосредственно распространяются на кожу молочной железы с образованием язв, отека, либо с формированием сателлитов в кожном покрове молочной железы. Также, к МР РМЖ относятся образования различных размеров с непосредственным распространением на кожный покров либо в ребра, наружные межреберные мышцы, *Musculus serratus anterior*, за исключением грудных мышц. Кроме того, в данную группу опухолей включают образования различных размеров с метастазами в подмышечные лимфоузлы на стороне опухолевого поражения; опухоли с клинически диагностируемыми метастатическими поражениями внутренних грудных лимфоузлов или с поражением надключичных лимфоузлов на стороне опухолевого поражения. Такому определению придерживаются и другие авторы [23, 32, 35].

По мнению некоторых ученых, МР РМЖ включает рак молочной железы в стадиях IIIA-IIIc, а также частично и IIb (в соответствии с TNM) [5, 22].

Как отмечает Переводчикова Н.И., в России нет отдельных статистических данных по частоте встречаемости местно-распространенной формы РМЖ. Однако, известно, что III стадия данной патологии выявляется в 26% случаев, в таком случае частота встречаемости IIb и IIIC стадий РМЖ может составлять примерно 20% [9].

Диффузный рак молочной железы (ДРМЖ) входит в клиническую группу местно-распространенного РМЖ (МР РМЖ), к которой относятся опухоли III стадии (T3N1M0, T03N23M0 и T4N03M0) и опухоли IV стадий, при которых наблюдается метастатическое поражение только ипсилатеральных надключичных лимфоузлов [2, 7].

Термин «диффузный рак» происходит от латинского слова «diffusum, diffundo» (распределенный, расплывчатый, без наличия четких границ). Прорастание данного новообразования происходит

по типу разлитого инфильтрата с поражением со всех сторон железистого органа, то есть без определенной направленности опухолевого процесса.

При диффузном раке молочной железы наблюдается диффузное уплотнение тканей органа вследствие опухолевой инфильтрации, размеры молочной железы увеличиваются, ей кожа становится гиперемированной с локальной гипертермией (при некоторых формах РМЖ может повышаться температура тела), по всей кожной поверхности МЖ наблюдается ярко выраженная «лимонная корка», отмечается значительное утолщение ареольных складок и соска с его втяжением. Очень часто встречаются метастазы в аксиальных лимфоузлах. В некоторых случаях возникает необходимость в дифференциации заболевания от мастита и рожистого воспаления [12].

На долю диффузных форм РМЖ приходится около 15-17%. Большую часть диффузных форм РМЖ составляют отечные формы [8].

В Республике Таджикистан доля больных диффузных форм РМЖ, по данным 2015 года составила 24,7% [10]. Последующее изучение частоты заболеваемости РМЖ в период с 2017 по 2021 годов показало, что количество больных диффузных форм РМЖ имеет тенденцию к заметному снижению. Так, анализ клинических данных истории болезни 359 больных, получивших лечение в условиях ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ с T4N0M0 - T4N1-3M1 стадий, куда входит диффузный рак молочной железы показал, что ДРМЖ в структуре РМЖ составляет 15,6%. Выявлено, что среди ДРМЖ наиболее часто встречаются больные с отечно-инфильтративной формой, что составило 64,3%. Больные с маститоподобной формой составили 16,1%, с рожистым воспалением – 12,5 и панцирным раком – 7,1%.

К вариантам «диффузного рака» большинства авторов относят инфильтративно-отечную, панцирную, рожеподобную и маститоподобную формы РМЖ. Характерными отличительными особенностями для данных форм РМЖ являются: быстро прогрессирующее течение заболевания, распространяющегося на окружающие молочную железу ткани, злокачественность процесса, интенсивность метастазирования опухоли через лимфатические кровеносные сосуды. Прогностический исход для таких пациентов является очень неблагоприятным [6, 17, 34].

Для отечно-инфильтративной формы РМЖ характерны быстрое увеличение массы и уплотнение ткани молочной железы в виде инфильтрации,

ранее метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов. В русскоязычной литературе отечно-инфильтративную форму РМЖ делят на первично-отечную и вторично-отечную [15]. Первично-отечную форму называют, когда имеет место отек, инфильтрация ткани железы и гиперемия кожи без определения узла в молочной железе. Вторично-отечная форма имеет те же характерные симптомы, но определяется и опухолевый узел. При данной форме сначала появляется опухоль, а затем присоединяется отек. В англоязычной литературе и Международной классификации злокачественных опухолей по системе TNM эту форму РМЖ именуют как carcinoma inflammatory (воспалительный рак) и включают в категорию T4d, хотя воспалительная форма РМЖ отличается от обычной отечной формы высокой температурой, ярко красным цветом и горячий на ощупь кожи [18].

Как полагают ряд авторов, для истинной инфильтративно-отечной формы рака молочной железы характерным является диффузное распространение опухолевого процесса по тканям железы, не наблюдается наличие первичного опухолевого узла, а также очень неблагоприятный прогностический исход [16, 22]. При этом увеличение размера МЖ, гиперемия и отек кожи наблюдаются соответственно в 87%, 93,6% и 100% [21].

Частоты случаев встречаемости инфильтративно-отечных форм данной патологии в общей структуре вновь выявленных форм РМЖ составляет около 1–5% [22, 26, 36]. Инфильтративно-отечная форма РМЖ характеризуется высокой злокачественностью, высоким процентом неблагоприятного исхода с общими показателями 5-летней выживаемости в пределах 12% [28]. Было выявлено, что отечная форма рака не имеет ассоциации с каким-либо гистологическим вариантом опухолевого образования, при этом может встречаться при типичных и редких иммуногистохимических формах патологии [22, 38]. К числу этиологических факторов возникновения отека молочной железы относят быстрый рост образования, на фоне которого возникают расстройства с выведением через капилляры продуктов метаболизма опухолевых клеток [20, 28], а также поражение опухолевым процессом кожи и лимфатических сосудов с их эмболизацией, в результате чего затрудняется лимфоотток из тканей молочной железы [1].

Очень часто плотный либо эластично-плотный инфильтрат распространяется сразу на несколько секторов молочной железы или же на значительную ее площадь. Вследствие отека и инфильтрации

кожи и ткани железы возникают расстройства в естественном лимфооттоке, способствующие увеличению размеров молочной железы с выраженной её деформацией. Увеличенные регионарные лимфатические узлы обычно безболезненные.

На основании анализ данных литературы и собственных наблюдений Э.К. Сарибекян (2012) позволил себе прийти к заключению, что появление инфильтрации ткани молочной железы и отека кожи связаны с биологической особенностью самой опухоли, а также особенностью лимфо- и кровообращения в перифокальной зоне опухоли и молочной железы [15].

В диагностике отечно-инфильтративной формы РМЖ наряду с клиническими признаками подтверждающую информацию дают УЗИ, МРТ, ПЭТ/КТ, цитологическое и морфологическое исследование биопсийных материалов. Маммография остается обязательным методом обследования, хотя среди перечисленных методов является наименее чувствительным, так как на фоне отека менее вероятно обнаружение опухоли. С другой стороны из-за отека и болевого симптома нередко затруднено выполнение маммографии [5].

Информативность УЗИ при отечно-инфильтративном РМЖ составляет 80-93% [25]. УЗИ четко показывает инфильтрацию паренхимы молочной железы, утолщение кожи и отека подкожно-жировой клетчатки, до 93% выявляет поражение лимфатических узлов .

МРТ с контрастным усилением показывает изменения ткани и увеличение железы, утолщение кожи отек и плотности ткани, что составляет её информативностью 90-100% [24, 39].

Совмещение ПЭТ и КТ позволяет визуализации функциональных или метаболических изменений в ткани молочной железы и топике выявленных изменений - [30].

Рожистоподобная форма проявляется резко возникающим покраснением кожных покровов на молочной железе, даже за пределами пораженной железы. Гиперемия по своему виду напоминает рожистое воспаление (что послужило названию рожистоподобной формы) по типу пятна с «оборванными» зубчатовидными границами, в ряде случаев может наблюдаться резкое увеличение температуры тела. Очень часто данную форму рака ошибочно диагностируют как рожистое воспаление, в результате чего пациенту назначают неадекватную терапию с применением физиотерапевтических процедур и противовоспалительных средств. Подобное лечение приводит к ухудшению

состояния больной, трате драгоценного времени. Поэтому очень важно своевременно проводить дифференциальную диагностику заболевания.

Для маститоподобной формы РМЖ характерны такие же проявления, как и при мастите, в связи с чем нередко опухолевый процесс ошибочно диагностируется как воспалительный. При этом наблюдается увеличение молочной железы, пальпаторно ощущается плотность тканей, локальная гиперемия на коже в области поражения, повышается местная температура. Вскоре может присоединиться инфекция, повышается общая температура. Нередко хирургами производится попытка вскрытия мастита, не получить гной, направляют к онкологу.

Панцирная форма РМЖ представляет собой своеобразную диффузно-инфильтрирующую форму заболевания. Опухоль прорастает в толщу лимфососудов органа с переходом на грудную стенку, подкрыльцовую впадину, верхнюю конечность, с развитием локальной инфильтрации, которая словно панцирь, начинает сковывать пациента, осложняя дыхательные движения.

Таким образом, несмотря на достигнутые успехи в диагностике и профилактике РМЖ, частота диффузных форм РМЖ (ДРМЖ) у женщин держится на высоком уровне и определяет актуальность современной онкомаммологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беришвили И.Б. Первичная и вторичная отечно-инфильтративная формы рака молочной железы: сходство или различия? / И.Б. Беришвили, К.П. Лактионов // Российский биотерапевтический журнал. – 2009. – Т. 8, №3. – С. 75–80.
2. Добровольская Н.Ю. Лекарственная и лучевая терапия в лечении местнораспространенного и диссеминированного рака молочной железы. http://vestnik.rncrr.ru/vestnik/v7/papers/dobro_v7.htm
3. Каприн А.Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2019 году/Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2020. – илл. – 239 с.
4. Каприн А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2019 году (Заболеваемость и смертность) //Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой, Москва 2020. – 252 с.
5. Колесник А.Ю. Новые подходы к диагностическому алгоритму отечно-инфильтративной формы рака молочной железы / А.Ю. Колесник и

др. // Медицинская визуализация. – 2014. – №5. – С.124–129.

6. Колесник А.Ю. Молекулярно-биологические свойства отечно-инфильтративной формы рака молочной железы / А.Ю. Колесник и др. // Вопросы онкологии. – 2016. – Т. 62, №4. – С. 485–489.

7. Кубанцев К.Б. «Хирургическое лечение больных с местнораспространенными опухолями молочной железы с одномоментной пластикой грудной стенки ТРАМ-лоскутом» Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Волгоград – 2010. 156 с.

8. Пак Д.Д., Сарибекян Э.К. Опухоли молочной железы //Руководство по онкологии / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2008. С. 382-40

9. Переводчикова, Н.И. Неoadъювантная терапия больных местнораспространенным неоперабельным раком молочной железы / Н.И. Переводчикова // "ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ. Онкология, Гематология и Радиология" №1 | 2012 – С. 21-25

10. Расулов С.Р. Динамика заболеваемости и смертности от рака молочной железы в республике Таджикистан за 2003-2013гг.// Сборник тезисов 1-го Российского онкологического научно-образовательного форума с международным участием «Белые ночи – 2015». – 8-10 июня 2015г. - С. 393-394.

11. Расулов С.Р. Тенденции рака молочной железы в Республики Таджикистан (заболеваемость, смертность) / С.Р. Расулов, З.Х. Рафиева, К.С. Расулов // Вестник последипломого образования в сфере здравоохранения, 2018. - №2 – С. 79-83.

12. Расулов С.Р. Онкомамология - Душанбе: «Империал-Групп», 2021. – 208 с.

13. Расулов С.Р. Динамика заболеваемости и смертности от рака молочной железы в Республике Таджикистан за 2016-2020 гг. / С.Р. Расулов, Д.Ф. Ганиев // Вестник последипломого образования в сфере здравоохранения, 2022.2 – С. 52-56

14. Рахимова М.Н., Уразаева С.Т., Уразаев О.Н., Бегалин Т.Б. Эпидемиология рака молочной железы в странах СНГ и Республике Казахстан (литературный обзор). West Kazakhstan Medical journal 2019;61(1):46–55.

15. Сарибекян Э.К. Отечная форма рака молочной железы / Э.К. Сарибекян // Российский онкологический журнал, №2, 2012. – С. 4-8

16. Сарибекян Э.К. Факторы прогноза лечения отечно-инфильтративного рака молочной железы / Э.К. Сарибекян и др. // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2014. – Т. 2, №1. – С. 10–13.

17. Стенина М.Б. Рак молочной железы: наиболее важные научные события и выводы последних лет / М.Б. Стенина, М.А. Фролова // Практическая онкология. – 2011. – Т. 12 (1). – С. 6–11.

18. TNM: Классификация злокачественных опухолей / Под ред. Дж.Д. Брайерли и др.; пер. с англ. и научн. ред. Е.А. Дубовой, К.А. Павлова. 2-е изд. на русском языке. — М.: Логосфера, 2018. — 344 с. Перевод изд. TNM Classification of Malignant Tumours, 8th ed.

19. Федоров В.Э., Ласкано М., Чебуркаева М.Ю. Характеристика распространения рака молочной железы зарубежом (обзор литературы) / Международный научно-исследовательский журнал ▪ №4 (46) ▪ Часть 5 ▪ Апрель. С. 138-141. DOI: 10.18454/IRJ.2016.46.293

20. Чеснокова Н.П. Рак молочной железы: проблемы патогенеза / Н.П. Чеснокова, В.Ю. Барсуков, О.А. Злобнова // Фундаментальные исследования. – 2012. – №4. – С. 146–151.

21. Чхиквадзе В.Д. Отечно-инфильтративный рак молочной железы: целесообразность разделения на первичную и вторичную формы / В.Д. Чхиквадзе [и др.] ОНКОЛОГИЯ. ЖУРНАЛ им. П.А. ГЕРЦЕНА,1, 2015. – С. 21-24

22. Шкурников М.Ю. Экспрессионный профиль воспалительной формы рака молочной железы / Шкурников М.Ю. и др. // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2013. – Т. 155 (5). – С. 619–625.

23. Alejandro Martin Sanchez. New challenges in multimodal workout of locally advanced breast cancer / Alejandro Martin Sanchez [et al.] //The surgeon xxx (2017) 1-7

24. Alikhassy A., Omranipour R., Alikhassy Z. et al. Congestive Heart Failure versus Inflammatory Carcinoma in Breast. Case Rep. Radiol. 2014; 815–896.

25. Alunni J.P. Imaging inflammatory breast cancer. Diagn. Interv. Imaging. 2012; 93 (2): 95–103.

26. Dawood, S. International expert panel on inflammatory breast cancer: consensus statement for standardized diagnosis and treatment / S. Dawood et al. // Ann. Oncol. – 2011. – Vol. 22, №3. – P. 515–523

27. Eijkelboom A. Borstkanker in Nederland trends 1989–2019 gebaseerd op cijfers uit de Nederlandse Kankerregistratie [Internet]. 2020.// A. Eijkelboom [et. al.] © IKNL, oktober 2020. [https://borstkanker.nl/sites/default/files/2020-10/Rapport Borstkanker in Nederland. Pdf.](https://borstkanker.nl/sites/default/files/2020-10/Rapport%20Borstkanker%20in%20Nederland.Pdf)

28. Fernandez, S.V. Inflammatory breast cancer (IBC): clues for targeted therapies / S.V. Fernandez

et al. // Breast Cancer Res. Treat. – 2013. – Vol. 140 (1). – P. 23–33.

29. GLOBOCAN 2012, la incidencia de cáncer y mortalidad en el mundo: IARC Base cáncer No. 10 [Internet] / J. Ferlay [et al.] // Lyon, rancia: Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer: <http://globocan.iarc.fr>.

30. Groheux D., Giacchetti S., Delord M. et al. 18F-FDG PET/CT in staging patients with locally advanced or inflammatory breast cancer: comparison to conventional staging. J. Nucl. Med. 2013; 54 (1): 5–11.

31. Hortobagyi G.N., Ames F.C., Buzdar A.U. et al. Management of stage III primary breast cancer with primary chemotherapy, surgery and radiation therapy // Cancer.- 1988.- N 62.- P.2507-2516.

32. Jana Hornova. Locally advanced breast cancer in elderly patients / Jana Hornova [et al.] //Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2017 Jun; 161(2):217-222.

33. Kang S.Y. Breast Cancer Statistics in Korea in 2017: Data from a Breast Cancer Registry.// S.Y. Kang [et. al.] J Breast Cancer. 2020 Apr; 23 (2):115–28.

34. Luftner, D. Advances in breast cancer – looking back over the year / D. Luftner et al // Geburtsh Frauenheilk. – 2012. – Vol. 72 (12). – P. 1117–1129.

35. Pankaj Kumar Garg. Current Definition of Locally Advanced Breast Cancer / Pankaj Kumar Garg [et al.] //Current Oncology, 2015, Vol. 22, No. 5. – 409;

36. Sinclair, S. Primary systemic chemotherapy for inflammatory breast cancer / S. Sinclair, S.M. Swain // Cancer. – 2010. – Vol. 116 (11). – P. 2821–2828.

37. The Global Cancer Observatory - All Rights Reserved, December, 2020

38. Yamauchi, H. Inflammatory breast cancer: what we know and what we need to learn / H. Yamauchi et al. // Oncologist. – 2012. – Vol. 17 (7). – P. 891–899.

39. Wang L., Wang D., Fei X. et al. A Rim-Enhanced Mass with Central Cystic Changes on MR Imaging: How to Distinguish Breast Cancer from Inflammatory Breast Diseases? PLoS One. 2014; 9 (3): 90355.

40. World Health Organization. Estimated number of cases in 2020, worldwide, both sexes, all ages.

ХУЛОСА

С.Р. Расулов, Ҷ.С. Обидов

САРАТОНИ ДИФФУЗИИ ҒАДУДИ ШИРӢ (ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВА КЛИНИКА)

Дар мақола таҳлили адабиёти муосир дар бо-раи этиология ва нишонаҳои клиникаи саратони намуди диффузии ғадуди ширӣ оварда шудааст. Маълум карда шудааст, ки саратони намуди диффузии ғадуди ширӣ дар байни дигар намудҳои саратони ғадуди ширӣ анқариб 15-17%-ро ташкил медиҳад. Барои ин намуди саратони ғадуди ширӣ ғафшавии фарогири бофтаҳои ғадуд, вобаста ба инфилтрати омос, калоншавии ҳаҷми ғадуд, сурхии пӯст ва гипертермияи он, намудорӣ баръалои симптоми “пӯсти лимӯ” бо фарогири пӯст, ғафшавии амиқи пистон ва чини ареола, дар бештар ҳолат иллати гирехҳои лимфавии зерӣ бағал хос мебошад.

Калимаҳои калидӣ: Омосҳои бадсифат, саратони диффузии ғадуди ширӣ, эпидемиология, клиника.

УДК 616.361-002

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-119-130

В.И. Решетняк, И.В. Маев

ДИСЛИПИДЕМИЯ И ЕЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ХОЛАНГИТЕ

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Решетняк Василий Иванович – д.м.н., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова; Тел.: +74956096700; Email: vasiliy.reshetnyak@yandex.ru

Первичный билиарный холангит, ранее известный как первичный билиарный цирроз, является редким аутоиммунным заболеванием печени, которым страдают в основном женщины. Развивающееся нарушение