

УДК 618.19-006.6-085

©Г.В.Бондарь, Ю.В.Думанский, И.Е.Седаков, А.А.Борота

СИНХРОННЫЙ БИЛАТЕРАЛЬНЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ*ККЛПУ «Донецкий областной противоопухолевый центр», Донецк, Украина**Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина*

Реферат: Рак молочной железы в Украине занимает первое место в структуре женской онкологической заболеваемости и смертности. Данные о частоте выявления билатеральных поражений молочных желез у разных авторов противоречивы, и составляют от 0,8% до 19,6%. Среди всех билатеральных поражений синхронные опухоли молочных желез выявляются значительно реже (22,7%), чем метасинхронные (69,6%). До сих пор не существует единых взглядов, стандартов и тактик лечения пациенток с данной патологией, имеется множество спорных вопросов. В доступной литературе практически не найдены сведения о способах и результатах лечения пациенток с распространённым синхронным билатеральным раком молочной железы. В Донецком областном противоопухолевом центре за период с 1990 по 2010 гг. включено в исследование более 100 пациенток с диагнозом «синхронный билатеральный рак молочной железы». О результатах лечения будет доложено в последующих изданиях.

Ключевые слова: билатеральный рак молочной железы, синхронный рак.

Рак молочной железы в Украине занимает первое место в структуре женской онкологической заболеваемости и смертности. Показатели заболеваемости раком молочной железы неуклонно растут во всех странах мира, включая Украину. Ежегодно в Украине регистрируется более 15 000 новых случаев. По оперативной информации Бюллетеня Национального канцер-регистра, в 2010 году заболеваемость раком молочной железы среди женского населения Украины составила 64,83 случаев на 100 тыс. населения, а смертность – 30,78 случаев на 100 тыс. населения.

Из числа впервые заболевших в 2010 г. 70,3% имели I-II стадии, 18,6% – III стадию, 7,8% – IV стадию заболевания. Первичная выявляемость запущенных форм остаётся высокой. С 2009 г. годовая летальность составила 14,2%.

Под первичной множественностью опухолей в настоящее время понимают независимое возникновение и развитие у одного больного двух или более новообразований. Данные о частоте выявления билатеральных поражений молочных желез у разных авторов противоречивы и составляют от 0,8% до 19,6%.

Такую вариабельность можно объяснить применением различных методов диагностики для выявления первично-множественного билатерального рака молочной железы и разными подходами к критериям первичности его. Временной критерий синхронности билатерального рака молочной железы также значительно разнится и, по данным различных авторов, со-

ставляет от 1 до 12 месяцев (см. табл. 1).

Среди всех билатеральных поражений синхронные опухоли молочных желез выявляются значительно реже (22,7%), чем метасинхронные (69,6%) [5].

При первично-множественных синхронных злокачественных новообразованиях молочных желез вторая опухоль при обследовании не диагностируется у 25,3% женщин [6].

Основным методом диагностики рака на сегодняшний день остается маммография. Т.Д.Мурфи и соавт. на основании изучения маммограмм 35 больных синхронным раком молочных желез пришли к выводу, что маммографические проявления синхронного рака не отличаются от таковых при одностороннем раке. Двухсторонние синхронные опухоли очень часто имеют одинаковые внешние проявления и расположены в молочных железах в виде «зеркального отображения». Маммографию необходимо проводить с обеих сторон даже при поражении одной железы [25].

Несмотря на высокую чувствительность маммографии (92,5%), в некоторых случаях она бывает малоинформативной. Магнитно-резонансная маммография (МР-маммография) желез является дополнительным эффективным методом комплексной диагностики патологии молочных желез и реализуется при неэффективности других методов визуализации (чувствительность – 99,2%, специфичность – 97,9%, точность – 98,9%).

В последнее время в литературе все чаще

Временной критерий синхронности билатерального рака молочной железы

Время, месяцев	Автор	Страна	Год публикации
1	Gollamudi, S.V.	USA	1997
	Dezheng H.	USA	2010
	Huo D.	USA	2010
3	Diaz R.	Spain	2010
	Jobsen J.J.	Netherlands	2003
	Hartman M.	Sweden	2007
	Safal M.	USA	2003
	Intra M.	USA	2004
4	Polednak A.P.	USA	2003
	Singletary S.E.	USA	1994
6	de la Rochefordiere A.	France	1994
	Verkooijen H.M.	Switzerland	2006
	Kuo W.H.	China	2009
	Mueller C.B.	Canada	1978
8	Bailey M.J.	USA	1980
12	Kheirelseid E.A.	Ireland	2010
	Holdaway I.M.	USA	1988
	Heron D.E.	USA	2000

появляются сообщения о достаточно высокой значимости скрининга маммографии в диагностике синхронного рака молочных желез. Имеются сообщения об использовании ^{99m}Tc -MIBI в диагностике двухсторонних опухолей молочных желез. E. Derebek и соавт. сообщают о том, что ранняя и отсроченная скрининговая маммография предоставляет важную дополнительную информацию при синхронном поражении молочных желез, даже в случаях, когда маммография и динамическая МРТ не эффективны [16].

M.A.Roubidoux из University of Michigan Hospital, USA в ретроспективном исследовании 77 больных билатеральным раком молочной железы показал, что ежегодная маммография позволяет выявить большинство раков контрлатеральной железы на более ранних стадиях, чем у пациентов, не проходящих скрининг [28].

По данным M.A.Chaudary из Guy's Hospital частота выявления клинически и маммографически симультанных опухолей молочной железы составила около 3%, причём риск развития второй опухоли выше в 3 раза у женщин до 40 лет, чем у женщин после 40 [14].

Генетические факторы играют важную роль в возможной предрасположенности к возникновению синхронного рака молочных желез. Положительный семейный анамнез рака молочной железы в 2 раза чаще имеет место у больных синхронным раком молочных желез, по сравнению с общей популяцией. D.E.Anderson установил, что синхронные раки, возникающие

у женщин до менопаузы, являются строго наследственными и почти у 30% дочерей данной группы велика вероятность возникновения рака молочной железы в возрасте до 40 лет [7].

P.E.Burns в своём исследовании обнаружил связь развития билатерального рака с поздним рождением первого ребёнка и длительными промежутками между менархе, а также между рождениями детей. На риск развития синхронного рака влияли более старший возраст пациентки, а также 3 и более стадии заболевания [13].

По J.Kelmendi de Ustrann, роль других прогностических факторов (возраст, менархе, овариально-менструальная функция, время лактации, время рождения первого ребёнка, соотношение между числом инвазивных и неинвазивных опухолей) одинакова при синхронном и одностороннем поражении молочных желез [21].

В совместном русско-германском исследовании у 4 (2%) из 203 пациенток с билатеральным раком молочной железы была выявлена PALB2 мутация, что исследователи посчитали пренебрежимо малой долей [11].

T.Kinoshita и соавт. пришли к выводу, что генетические изменения и механизм канцерогенеза при одностороннем и двухстороннем раке молочных желез различны [23].

A.E.Ozer и соавт., исследовав прогностическую значимость мутаций гена p53 при синхронном раке молочных желез, пришли к вы-

воду, что выраженная степень мутаций p53, особенно, в сочетании с экспрессией Ki-67 (маркером опухолевой клеточной пролиферации), является неблагоприятным фактором прогноза при синхронном раке и может служить предсказателем развития метакронного рака в контралатеральной молочной железе [26].

Е.М.Бит-Сава выявила, что синхронный рак молочных желез в 50% случаях ассоциирован с мутациями в генах BRCA1, BRCA2, а при сочетании этого признака наследственного заболевания с раком яичников у кровных родственников больной, герминальные мутации в генах репарации ДНК выявляются в 100% случаев [1].

Y.Chen из University of Ottawa, Ontario, Canada показал в своём исследовании, что семейный анамнез рака молочной железы, молодой возраст при установлении первичного диагноза и гистологически лобулярная карцинома повышают риск развития рака в контралатеральной железе, а химиотерапия и гормонотерапия первичной опухоли тамоксифеном могут этот риск снижать [15].

В семьях носителей СНЕК2 * 1100delC мутации при негативной мутации гена BRCA 1,2 риск заболевания раком молочной железы повышается вдвое. M.D.Iniesta из University of Michigan, USA обследовали 102 пациентов из 90 семей, в которых были зарегистрированы несколько случаев рака молочной железы и/или яичников, в том числе 8 женщин с билатеральным раком молочной железы, на предмет СНЕК2*1100delC мутации. Ни в одном случае данная мутация выявлена не была [20].

A.Borg из Lund University, Lund, Sweden обследовал популяцию молодых женщин с билатеральным раком молочной железы (n=705) и унилатеральным (n=1398). Мутации генов BRCA 1 и 2 у первой группы пациенток встречались в 3 раза чаще (15,3% и 5,2%, соответственно) [12].

В University of Chicago, USA были проанализированы 30,617 случаев билатерального рака молочной железы за период с 1990 по 2007 гг. из 17 канцер-регистров. Была выявлена сильная положительная связь в рецепторном эстрогеновом статусе опухолей. Причём эта связь зависела от интервала их возникновения. ОШ составило 25,9 для опухолей, возникших в течение 1 месяца, и 3,69 для тех, интервал возникновения которых составил ≥ 10 лет. Сила связи была выше у пациентов, первый диагноз которым был поставлен в возрасте до 50 лет (ОШ=11,7), в сравнении с 50 и более (ОШ=5,71). Подобные связи прослеживались и для прогестеронового статуса, стадии, гистологического типа, но сила

связи была значительно ниже [19].

В A. Maxwell Evans Clinic, Vancouver, British Columbia были обследованы маммографически более 9000 пациенток в течение года после установления диагноза первичной опухоли. Риск развития первичной опухоли во второй молочной железе составил 5,0, 4,1 и 3,0 на 1,000 женщин для возрастных групп до 45, 45-54 и более 55 лет, соответственно [18].

Среди 123,757 женщин, пролеченных в Швеции с 1970 по 2000 гг. по поводу первичного рака молочной железы, у 6,550 развился билатеральный процесс. Заболеваемость синхронным раком возрастала с возрастом и на 40% в 1970-х гг., а метакронным – снижалась с возрастом и на 30%, начиная с 1980-х, что исследователи связывают с использованием адъювантной химиотерапии [17].

Лечение синхронного рака молочных желез весьма разнообразно и зависит от прогностических факторов. Длительное время основным методом лечения оставался хирургический – двухсторонняя радикальная мастэктомия. Однако, с усовершенствованием методов химио- и лучевой терапии, стало возможным проведение органосохраняющих операций [3].

При первично-неоперабельных формах рака с одной или обеих сторон комплексное лечение дает достоверно лучшие результаты, чем все прочие виды терапии. Проведение неoadъювантной терапии при местно-распространенном процессе с одной или с обеих сторон достоверно увеличивает и общую, и безрецидивную выживаемость, в то же время проведение неoadъювантного лечения при первично-операбельных стадиях не приводит к достоверному улучшению выживаемости [4].

До сих пор вопрос о возможности выполнения органосохраняющих операций при синхронном раке молочных желез является противоречивым. Поиском ответа на этот вопрос посвящено множество исследований последних лет. Большинство авторов считают возможным выполнение этих операций при соблюдении определенных показаний. Так, T.Arimura показаниями к выполнению органосохраняющих операций считает опухоль менее 3-х см, отсутствие мультицентрического роста, отсутствие значительной инвазии протоков. Авторами были выполнены органосохраняющие операции при синхронном раке молочных желез у 44% больных с одной стороны и у 38% больных с обеих сторон. Показатели выживаемости в этих группах и в группе больных с мастэктомиями практически не различались [8]. Сходные данные были получены и многими другими

авторами. Во всех этих исследованиях не было получено различий в общей и безрецидивной выживаемости, частоте рецидивов. Однако, остаются еще отдельные публикации, в которых авторы являются строгими приверженцами выполнения операций большего объема при синхронном раке молочных желез.

В популяции пациенток E.A.Kheirelseid из National University of Ireland Galway с 1988 по 2008 гг. наблюдали 112 из 2524 (4,4%) случаев билатерального рака молочной железы. Из них 2,1% были синхронными, в то время, как 2,3% были метасинхронными. По сравнению со случаями одностороннего поражения, больные с двусторонним поражением были моложе ($p = 0,021$), имели меньшие размеры ($P = 0,001$) и более раннюю стадию ($p < 0,001$) опухоли на момент постановки диагноза. Положительность HER2/neu определили как фактор риска для развития опухоли контралатеральной молочной железы, а ER отрицательность – как фактор риска для развития метасинхронных опухолей. Существенных различий в выживаемости пациентов с двусторонним и односторонним поражением не было выявлено ($P > 0,05$), а выживаемость у пациентов с синхронными опухолями была ниже ($p = 0,01$), по сравнению с метасинхронными [22].

В Cancer Council South Australia проведено исследование пациенток с унилатеральным ($n = 2336$), билатеральным метасинхронным ($n=35$) и синхронным ($n = 52$) раком молочной железы. Факторами, ассоциированными с повышенным риском заболевания билатеральным раком, определились гистологически дольковый рак ($p = 0,046$), семейный анамнез ($p = 0,025$) и городское проживание ($p = 0,006$). 5-летняя выживаемость составила 94%, 79% и 88%, соответственно [9].

По Р.А.Керимову, 5-летняя общая выживаемость больных с I-IIa ст. с каждой стороны составила $90,0 \pm 5,6\%$, безрецидивная – $82,2 \pm 4,8\%$, при IIb стадии, соответственно – $75,6 \pm 8,7\%$ и $67,4 \pm 9,5\%$, при IIIa-b стадии – $50,4 \pm 3,2$ и $40,2 \pm 3,6\%$; при I-IIa стадии с одной стороны и IIb с другой, соответственно – $79,1 \pm 5,3\%$ и $69,5 \pm 5,5\%$, при I-IIa и IIIa-b – $73,2 \pm 8,8\%$ и $65,3 \pm 9,2\%$, при IIb и IIIa-b – $51,3 \pm 4,7\%$ и $40,4 \pm 4,9\%$. Ранние стадии опухолей с одной стороны при наличии местно-распространенного процесса с другой очень незначительно влияют на выживаемость [2].

H.D.Vuoto из Buenos Aires British Hospital, Argentina с 1970 по 2007 гг. провели исследование 4085 случаев рака молочной железы у 3864 пациентов. У 194 пациентов был двусторонний рак молочной железы: 80 синхронных и 114 ме-

тасинхронных опухолей. Риск развития рака контралатеральной молочной железы составил 0,9% в год, кумулятивный риск за 15 лет – 12,75%. 5-летняя выживаемость составила 85,9% для односторонней карциномы, 94,6% для метасинхронной карциномы и 63,3% для синхронной карциномы. 15-летняя выживаемость составила 65,5% для одностороннего рака, 52,3% для метасинхронного и 37,2% для синхронного [30].

A.P.Polednak из Connecticut Tumor Registry, USA наблюдал более 15.000 пациенток, у 300 из которых был синхронный билатеральный рак молочной железы. По сравнению с пациентами с унилатеральной патологией, эти пациентки не отличались по возрасту и стадии заболевания, но статистически достоверно чаще встречалась гистология долькового рака и таким пациентам мастэктомия выполнялась чаще органосохраняющего лечения. Среди данной группы пациенток риск смерти был выше у тех женщин, где первичное выявление опухоли произошло при физикальном обследовании, чем у больных, которым опухоль выявили при маммографии [27].

G. Beinart из University of Texas M. D. Anderson Cancer Center, USA наблюдали 771 пациентку (6,9% от общего количества больных) с билатеральным раком молочной железы. 5-летняя выживаемость при распределении по стадиям составила: I – 87,7%, II – 69,6%, III – 45,1%, IV – 23,8% ($P < 0,0001$). При распределении по способу первичного выявления второй опухоли 5-летняя выживаемость выглядела следующим образом: при маммографии/профилактической мастэктомии – 81,6%, при физикальном осмотре – 70,9%, при самообследовании – 65,3% [10].

В Nottingham City Hospital, UK с 1975 по 1995 гг. пролечено 3210 женщин в возрасте до 70 лет с первично-операбельным раком молочной железы, из которых у 26 (0,8%) пациенток был синхронный, а у 80 – метасинхронный рак молочной железы. 16-летняя выживаемость у пациенток с унилатеральным процессом составила 53,8%, с синхронным билатеральным – 42,4%, а метасинхронным билатеральным – 60,1% ($p < 0,0001$). Выживаемость пациенток с синхронным или метасинхронным процессом, развившимся в течение 2 лет от момента диагностики первичной опухоли, была значительно хуже, по сравнению с унилатеральным процессом. При этом, выживаемость в группах пациенток с унилатеральным и метасинхронным процессом существенно не различалась, если считать от момента возникновения второй опухоли ($p = 0,31$) [24].

По данным Geneva Cancer Registry, за пери-

од с 1970 по 2002 гг. было пролечено 7.912 пациенток, больных инвазивным раком молочной железы. У пациенток с синхронным билатеральным раком молочной железы (n=155, 2,0%) чаще встречалась 1 стадия болезни и гистологически дольковый рак. 10-летняя выживаемость пациенток с унилатеральным и метасинхронным билатеральным раком одинакова, и составила 66%, а с синхронным билатеральным значительно ниже – 51% [29].

Резюмируя проведенный выше анализ литературных данных о синхронном билатеральном раке молочной железы, можно сделать вывод, что эта проблема остается сложной и далеко не полностью изученной. До сих пор не существует единых взглядов, стандартов и тактик лечения пациенток с данной патологией, имеется множество спорных вопросов. В доступной литературе практически не найдены сведения о способах и результатах лечения пациенток с распространенным синхронным билатеральным раком молочной железы.

В Донецком областном противоопухолевом центре за период с 1990 по 2010 гг. включено в исследование более 100 пациенток с диагнозом «синхронный билатеральный рак молочной железы». О результатах лечения будет доложено в последующих изданиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бит-Сава Е.М. Клинические и генетические аспекты наследственного рака молочной железы: автореф. дисс. на соискание науч. степени канд. мед. наук / Е.М.Бит-Сава. – Санкт-Петербург, 2005.
2. Керимов Р.А. Двусторонний рак молочных желез: особенности течения и результаты терапии / Р.А.Керимов // Маммология. – 2005. – №1. – С. 36 – 41.
3. Летягин В.П. Первичные опухоли молочной железы. Практическое руководство по лечению. М - 2004г, стр. 205-233.
4. Летягин В.П. Лечение двустороннего синхронного рака молочных желез стадий T0-2 N0-1 M0 / В.П.Летягин, И.В.Высоцкая // Вестник РОНЦ. – 2004. – №4. – С. 23 – 27.
5. Сельчук В.Ю. Первично-множественные опухоли (клиника, лечение и закономерности развития): дисс. ... доктора мед. наук / В.Ю.Сельчук. – М., 1994. – С. 173 – 184.
6. Сельчук В.Ю. Первично-множественные синхронные злокачественные новообразования репродуктивной системы у женщин / В.Ю.Сельчук // Российский онкологический журнал. – 2001. – №3. – С. 18 – 21.
7. Anderson D.E. Genetic study of breast

cancer: identification of high risk group. *Cancer*, 1974, 34, p. 1090-1097.

8. Arimura T., Fukuda M., Ohtuka T. et al. Evaluation of possibility of breast conserving for patients with synchronous bilateral breast cancer // *Journ. of Japan Society of cancer therapy*. – 1994. – Vol. 29, № 2. – P. 513.

9. Beckmann K.R., Buckingham J., Craft P. et al. Clinical characteristics and outcomes of bilateral breast cancer in an Australian cohort // *Breast*. – 2010. - Epub ahead of print.

10. Beinart G., Gonzalez-Angulo A.M., Broglio K. et al. Clinical course of 771 patients with bilateral breast cancer: characteristics associated with overall and recurrence-free survival // *Clin Breast Cancer*. 2007 Dec;7(11):867-74.

11. Bogdanova N., Sokolenko A.P., Iyevleva A.G. et al. PALB2 mutations in German and Russian patients with bilateral breast cancer // *Breast Cancer Res Treat*. 2010. Epub ahead of print

12. Borg A., Haile R.W., Malone K.E. et al. Characterization of BRCA1 and BRCA2 deleterious mutations and variants of unknown clinical significance in unilateral and bilateral breast cancer: the WECARE study // *Hum Mutat*. 2010 Mar;31(3):E1200-40.

13. Burns P.E., Dabbs K., May C. et al. Bilateral breast cancer in northern Alberta: risk factors and survival patterns // *Can Med Assoc J*. 1984 Apr 1;130(7):881-6.

14. Chaudary M.A., Millis R.R., Hoskins E.O. et al. Bilateral primary breast cancer: a prospective study of disease incidence // *Br J Surg*. 1984 Sep;71(9):711-4.

15. Chen Y., Thompson W., Semenciw R. et al. Epidemiology of contralateral breast cancer // *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev*. 1999 Oct;8(10):855-61.

16. Derebek E., Balci P., Alanyali H. et al. Detection of bilateral multifokal breast cancer using Tc-99m sestamibi imaging: the role of delayed imaging. *Clinical nuclear medicine*, 1999, v. 24, № 8, p. 590-593.

17. Hartman M., Czene K., Reilly M. et al. Incidence and prognosis of synchronous and metachronous bilateral breast cancer // *J Clin Oncol*. 2007 Sep 20;25(27):4210-6.

18. Hislop T.G., Elwood J.M., Coldman A.J. et al. Second primary cancers of the breast: incidence and risk factors // *Br. J. Cancer*. 1984 Jan;49(1):79-85.

19. Huo D., Melkonian S., Rathouz P.J. et al. Concordance in histological and biological parameters between first and second primary breast cancers // *Cancer*. 2010. Epub ahead of print.

20. Iniesta M.D., Gorin M.A., Chien L.C. Ab-

sence of CHEK2*1100delC mutation in families with hereditary breast cancer in North America // *Cancer Genet. Cytogenet.* 2010 Oct 15;202(2):136-40.

21. Kelmendi de Ustaran J., Meiss Roberto P. Cancer bilateral sincronico de mama (aspectos epidemiologicos). *Bol. Acad. Nac. Med. Buenos Aires*, 1986, v. 64, № 2, p. 492- 502.

22. Kheirelseid E.A., Jumustafa H., Miller N. et al. Bilateral breast cancer: analysis of incidence, outcome, survival and disease characteristics // *Breast Cancer Res. Treat.* 2010. Epub ahead of print.

23. Kinoshita S., Ueda M., Enomoto K. et al. Comparison of p 53 gene abnormalities in bilateral and unilateral breast cancer. *Cancer*, 1995, v. 76, № 12, p.2504 – 2509.

24. Kollias J., Ellis I.O., Elston C.W. et al. Prognostic significance of synchronous and metachronous bilateral breast cancer // *World J Surg.* 2001 Sep;25(9):1117-24.

25. Murphy T.J., Conant E.F., Hanau C.A. et al. Bilateral breast carcinoma: mammographic and histologic correlation// *Radiology.* – 1995.- Vol. 195 №3. – P. 617 – 621.

26. Ozer E., Canda T., Kuyucuolu F. et al. p53 mutations in bilateral breast carcinoma. Correlation with Ki-67 expression and the mean nuclear volume. *Cancer letters*, 1998, v. 122, № 1-2, p. 101-106.

27. Polednak A.P. Bilateral synchronous breast cancer: a population-based study of characteristics, method of detection, and survival // *Surgery.* 2003 Apr;133(4):383-9.

28. Roubidoux M.A., Helvie M.A., Lai N.E. et al. Bilateral breast cancer: early detection with mammography // *Radiology.* 1995 Aug;196(2):427-31.

29. Verkooijen H.M., Chatelain V., Fioretta G. et al. Survival after bilateral breast cancer: results from a population-based study // *Breast Cancer Res Treat.* 2007 Nov;105(3):347-57.

30. Vuoto H.D., Garc?a A.M., Cand?s G.B. et al. Bilateral breast carcinoma: clinical characteristics and its impact on survival // *Breast J.* 2010 Nov-Dec;16(6):625-32.

**Г.В.Бондар, Ю.В.Думанський, І.Є.Сєдаков,
О.О.Борота**

СИНХРОННИЙ БІЛАТЕРАЛЬНИЙ РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

*ККЛПЗ «Донецький обласний протипух-
линний центр»,*

*Донецький національний медичний
університет ім. М.Горького, Донецьк,
Україна*

Реферат: Рак молочної залози в Україні займає перше місце у структурі жіночої онкологічної захворюваності та смертності. Дані про частоту виявлення білатеральних уражень молочних залоз у різних авторів суперечливі і складають від 0,8% до 19,6%. Серед усіх білатеральних уражень синхронні пухлини молочних залоз виявляються значно рідше (22,7%), ніж метасинхронні (69,6%). До цих пір не існує єдиних поглядів, стандартів і тактик лікування пацієнтів з даною патологією, є безліч спірних питань. У доступній літературі практично не знайдені відомості про способи та результати лікування пацієнток з поширеним синхронним білатеральним раком молочної залози. У Донецькому обласному протипухлинному центрі за період з 1990 по 2010 рр. включено у дослідження понад 100 пацієнток з діагнозом „синхронний білатеральний рак молочної залози”. Про результати лікування буде повідомлено у наступних виданнях.

Ключові слова: білатеральний рак молочної залози, синхронний рак.

**Bondar G. V., Dumanskiy J. V., Sedakov I. Y.,
Borota A. A.**

SYNCHRONOUS BILATERAL BREAST CANCER

**Donetsk Regional Antineoplastic Center
Donetsk National Medical University named
after M. Gorkiy**

Abstract. Breast cancer in Ukraine takes first place in the female cancer incidence and mortality. The data on the detection frequency of breast bilateral tumors by different authors are controversial and range from 0.8% to 19.6%. Among the all bilateral breast tumors synchronous lesions are detected much less frequently (22.7%) than metachronous (69.6%). So far there are no uniform views, standards and tactics of treatment of patients with this pathology, there are many controversial issues. In the available literature are found almost no information about the methods and results of treatment of patients with advanced synchronous bilateral breast cancer. In the Donetsk Regional Antineoplastic Center between 1990 and 2010 more than 100 patients diagnosed with synchronous bilateral breast cancer are included in the study. The results of treatment will be reported in future editions.

Key words: bilateral breast cancer, synchronous cancer.