



Ключевые слова:

первично-множественные злокачественные опухоли (ПМЗО), первично-множественный базально-клеточный рак кожи (БРК), первично-множественный рак молочной железы (РМЖ), рак предстательной железы (РПЖ), первичные и вторичные опухоли, алгоритмы обследования, диспансерного наблюдения

Keywords:

primary multiple neoplasms (PMN), primary multiple basal cell skin cancer (BCC), primary multiple cancer of a mammary gland (BC), prostate cancer (PC), primary and secondary tumours, dispensary observation survey algorithms.

DOI: 10.17709/2409-2231-2015-2-4-59-65



Для корреспонденции:

Гончаренко Галина Владимировна – к.м.н., врач-онколог поликлиники №2 ЗАО «Группы компаний «Медси»
Адрес: 109240, Россия, Москва, ул. Солянка, 12, стр. 1
E-mail: natur-onk@mail.ru
Статья поступила 19.03.2015, принята к печати 20.11.2015

For correspondence:

Goncharenko Galina Vladimirovna – PhD, oncologist of Polyclinics №2 WAR «Group of companies «Medsi»
Address: ul. Solyanka 12-1, Moscow, 109240, Russia
E-mail natur-onk@mail.ru
The article was received 19.03.2015, accepted for publication 20.11.2015

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ – СТАТИСТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ПОЛИКЛИНИКИ

Гончаренко Г.В.

Поликлиника №2 ЗАО «Группы Компаний «Медси» (Москва, Россия)
109240, Россия, Москва, ул. Солянка, 12, стр. 1

Резюме

Цель. Анализ статистических данных онкологического кабинета ведомственной поликлиники, обслуживающей постоянный прикрепленный контингент пациентов, по наиболее распространенным локализациям опухолей: базально-клеточный рак кожи, рак молочной железы, рак предстательной железы.

Материалы и методы. Проведен анализ амбулаторных карт пациентов, состоявших на учете в ведомственной поликлинике. Состояло на учете 1054 пациента со злокачественными опухолями. Из них 128 (12,14%) имели ПМЗО, из этого числа 8 пациентов имели тройные локализации рака. С диагнозом: БРК кожи состояло 132 пациента, из них 52 (39,9%) имели ПМЗО. С диагнозом: РМЖ состояло на учете 179 пациенток, из них 30 пациенток имели ПМЗО, из которых у 8 пациенток имелся билатеральный рак молочных желез. С диагнозом РПЖ на диспансерном учете состояло 139 пациентов, из них у 20 человек (14,4%) диагностирован ПМЗО.

Выводы. Пациенты с наличием БРК кожи явились группой наиболее высокого риска по развитию ПМЗО. Вторая локализация развивалась у каждого третьего пациента. Наиболее часто БРК кожи сочетался с раком молочной железы, раком предстательной железы, раком толстой кишки.

PRIMARY MULTIPLE MALIGNANT TUMORS MOST COMMON LOCALIZATIONS CANCER – CANCER STUDY CLINICS

Goncharenko G.V.

Polyclinics №2 WAR «Group of companies «Medsi» (Moscow, Russia)
ul. Solyanka 12-1, Moscow, 109240, Russia

Abstract

The purpose. Analysis of statistical data of oncological departmental polyclinics, serving a permanent attached contingent of patients in cases of the most common cancer sites: basal cell skin cancer, breast cancer, prostate cancer.

Materials and methods. Analysis of medical history patients of polyclinics. There were registered 1054 patients with malignant tumors. Of these 128 (12.14%) and had the PMN, of that number, 8 patients had triple the localization of cancer. BCC: skin diagnosis was 132 patients, of which 52 (39.9%) of had the PMN. With the diagnosis: breast cancer was registered 179 patients, including 30 patients had the PMN of the 8 patients had bilateral breast cancer. Diagnosed with FPW to outpatients included 139 patients, of whom 20 people (14.4%). On each localization of cancer presented with second and third cancer localizations.

Conclusion. Patients with BCC skin were the in group of high risk for the development of PMN. The second location was in case of every third patient. Most commonly BCC combined with breast cancer, prostate cancer, cancer of the colon.

Введение

Изучению первично-множественных опухолей (ПМО) в литературе уделяется большое внимание. Их удельный вес составляет от 4 до 21% [1–3]. Существует большая вариабельность статистических данных по первично-множественным злокачественным опухолям (ПМЗО) в структуре онкологической заболеваемости, так как это требует длительного наблюдения за одним и тем же контингентом пациентов и проведение качественного диспансерного наблюдения.

Определение и критерии первичной множественности были даны впервые Бильротом в его работах с 1826 по 1889 гг. [4, 5]. В последующем было предложено множество классификаций. Последняя классификация разработана В. Г. Бебокиным в 1974 г. [1, 6].

Первично-множественные опухоли подразделяются:

I) По сочетанию опухолей:

1. доброкачественные
2. доброкачественные и злокачественные
3. злокачественные.

II) По последовательности выявления:

1. синхронные
2. метакхронные

3. синхронно-метакхронные.

III) По функциональным взаимосвязям:

1. функционально зависимые
2. гормонально-зависимые
3. несистематизированные

IV) По тканевой принадлежности:

1. одной тканевой принадлежности
2. различной тканевой принадлежности

V) По гистологической структуре:

1. одной гистологической структуры
2. различной гистологической структуры

VI) По локализации:

1. поражение одного или парных органов
2. различных органов одной системы
3. органов различных систем.

В практической работе при формировании клинического диагноза используются, как правило, указание на последовательность выявления опухоли (синхронные, метакхронные, синхронно-метакхронные) и по локализации — (поражение органов или систем).

Дальнейшие разработки позволили выявить наиболее частые сочетания локализаций опухолевых про-

Таблица 1. Наиболее частые сочетания первично-множественных неоплазий

Table 1. The most frequent combination of multiple primary neoplasms

Локализация 1-й опухоли	Показания для обследования органов
Молочная железа	Вторая молочная железа, матка, желудок, кожа, яичники
Желудок	Молочная железа, матка, толстая кишка, кожа
Матка	Молочная железа, желудок, кожа, яичники.
Яичники	Молочная железа, матка, желудок, толстая кишка
Кожа	Молочная железа, матка, желудок, толстая кишка
Толстая кишка	Желудок, матка, кожа.

Таблица 2. Первично-множественный базально-клеточный рак

Table 2. Primary multiple basal cell cancer

Сопутствующие локализации рака	БКР 1-я локализация	БКР 2-я локализация	Всего
ПМ БРК	0	0	25
Другие злокач. опухоли кожи и п/к клетчатки	3 (2 больных с тройной локал.)	1	4
РПЖ	7	0	7
РМЖ	6	0	6
Рак желудка	0	2	2
Рак толстой кишки	1	4	5
Рак тела матки	1	0	0
Рак яичников	1	0	0
Рак почки	2	0	0
Рак щитовидной железы	1	0	0
Рак легкого	0	1	1

цессов и дать рекомендации для обследования онкологических пациентов при проведении диспансерного наблюдения, которые представлены в таблице 1 [4, 7, 8].

В практической работе выявляются и многие другие сочетания злокачественных опухолей.

Цель исследования

Изучить наиболее частые сочетания различных локализаций злокачественных опухолей. Оптимизировать алгоритмы обследования онкологических больных после излеченной первичной опухоли.

Материалы и методы

В поликлинике № 2 (Москва, ул. Солянка 12) обеспечивалось медицинское обслуживание постоянного прикрепленного контингента больных, с проведением диспансерных обследований и наблюдением по поводу выявленных хронических заболеваний. Карты пациентов велись с помощью компьютерной системы «АСУ Поликлиника». Это позволило проследить истории болезни пациентов на протяжении более 30 лет.

В онкологическом кабинете проводилась консультативно-диагностическая работа, учет пациентов со злокачественными и доброкачественными новообразованиями (с впервые выявленными заболеваниями и выявленными ранее в других лечебных учреждениях). Последующее наблюдение осуществляли по срокам согласно стандартам онкологической службы, назначали проведение контрольных обследований для исключения рецидивов и прогрессирования заболевания. Пациенты так же состояли на учете в районных онкологических диспансерах, куда предоставлялась документация о результатах контрольных обследований.

В данной статье проанализирован наш опыт работы в онкологическом кабинете поликлиники с 1995 года по декабрь 2014 года, оценена частота выявления первично-множественных опухолей различных локализаций.

В 2014 г. состояло на онкологическом учете 1054 человека. Из них с первично-множественными опухолями наблюдалось 128 пациентов, что составило 12,14%. Из этого числа 8 пациентов имели тройные локализации злокачественных новообразований. В 1995 г. на учете со злокачественными опухолями состояло 312 пациентов, из них 28 с первично-множественными опухолями (8,97%). Увеличение количества пациентов с ПМЗО в течение 10 лет был незначительный и составил 3,17%.

Первично-множественный рак с тремя локализациями.

Сочетание локализаций опухолей было следующее:

1. Рак пищевода + рак предстательной железы (РПЖ) + рак прямой кишки;
2. Рак желудка + РПЖ + меланома хориоидеи глаза;
3. Рак червеобразного отростка + РПЖ + болезнь Боуэна;
4. Рак толстой кишки + рак обеих почек;
5. Рак толстой кишки + РПЖ + рак мочевого пузыря;
6. Рак легкого + РПЖ + рак мочевого пузыря;
7. Рак обеих молочных желез + рак почки.
8. ПМ БКР кожи + ПМ плоскоклеточный рак кожи + фибросаркома кожи.

Последовательность опухолей указана в порядке их возникновения.

Синхронный первично-множественный рак.

По поводу синхронного первично-множественного рака наблюдалось 13 пациентов, что составило 10,15% от числа пациентов с ПМЗО и 1,23% от общего числа состоящих на учете.

В работе проведен подсчет количества пациентов с первично-множественным раком, а не количества выявленных очагов.

Сочетание локализаций синхронных раков было следующее:

1. билатеральный рак обеих молочных желез — 2 пациента;
2. рак молочной железы + базально-клеточный рак кожи (БКР) — 1 пациентка;
3. синхронный ПМ БКР кожи — 8 пациентов;
4. рак предстательной железы + GIST — 1 пациент;
5. БКР кожи + меланома кожи — 1 пациент.

Базально-клеточный рак кожи, составляет 80% всех случаев злокачественных поражений кожи, из них от 10% до 25% пациентов имеют несколько очагов БРК [1, 4, 7].

В поликлинике № 2 в декабре 2014 г. с БКР кожи состояло на диспансерном наблюдении 132 пациента. Первично-множественный базально — клеточный рак кожи и БРК в сочетании другими локализациями встречался наиболее часто. Таких пациентов насчитывалось 52 (39,9%). В это число включен один пациент с раком кожи Боуэна. У 2 пациентов отмечались тройные локализации рака. То есть, почти у каждого 3-го пациента с БРК кожи выявлялась вторая локализация злокачественной опухоли.

В поликлинике № 2, благодаря наличию компьютеризированной карты, информация о пациентах с БКР кожи, снятых с учета у онколога через 5 лет, не была потеряна. Запись онколога в карте оставалась навсегда, что позволило провести анализ появления вторых локализаций опухолей с анамнезом пациентов более 5 лет, и выявленную в дальнейшем вторую опухоль классифицировать, как первично-множественный рак.

По данным Коленько Н. Г. (2009) возникновение метастазов раков в сочетании с базалиомой регистрируется в 67,4%, а синхронных раков до 25,6%. При длительном мониторинге у каждого 4-го больного после излечения по поводу рака кожи возникают повторные опухоли. Пик заболевания приходился на первые 2 года и на 8–9-й годы наблюдения [9].

Пациенты с БКР кожи были разделены на 3 группы:

1. Первично-множественные БКР кожи — 25 пациентов;
2. БКР кожи — (1-я локализация) в сочетании с опухолями других локализаций — 19 пациентов (один пациент с 3-я локализациями);
3. БКР кожи (2-я локализация) — 8 пациентов (один с 3-я локализациями).

Базально-клеточный рак кожи, как 1-я локализация опухолевого процесса возникал в 3 раза чаще, чем как 2-я локализация рака.

У пациентов с базально-клеточным раком кожи, который был диагностирован, как 1-я локализация, при

дальнейшем наблюдении были выявлены следующие злокачественные опухоли: рак предстательной железы — 7, рак молочной железы — 6, рак почки — 2, рак толстой кишки — 1, рак тела матки — 1, рак яичников — 1, папиллярный рак щитовидной железы — 1, плоскоклеточный рак кожи + фибросаркома кожи — 1.

У пациентов, у которых БКР кожи являлся 2-й локализацией, сочетания с другими опухолями были следующие: раком желудка — 2, раком толстой кишки — 4, с меланомой — 1, рак легкого — 1.

Двое пациентов включены в список с тройными локализациями рака: РПЖ + рак червеобразного отростка + болезнь Боуэна, ПМ БКР кожи + ПМ плоскоклеточный рак кожи + фибросаркома.

Клинический пример № 1.

Первично-множественный синхронно-метахронный базально-клеточный рака кожи. Пациентка А., 1955 года рождения.

В 2014 г. у пациентки одновременно было цитологически подтверждено 23 очага БКР кожи. В течение года

у пациентки появились новые множественные очаги БКР кожи. Лечение проводилось в КОД № 1 методом фотодинамической лазерной терапии. В анамнезе у пациентки отягощенной наследственности не отмечалось, вредные привычки отрицала, профессиональных вредностей не было.

Клинический пример № 2.

Первично-множественный синхронно-метахронный базально-клеточный рака кожи в сочетании с первично-множественным плоскоклеточным раком кожи и фибросаркомой теменной области. Пациент Э., 1937 года рождения.

В 1993 г. в ГКБ № 33 проведена рентгенотерапия по поводу ПМ БКР кожи левой щеки и волосистой части головы. В поликлинике № 2 наблюдался с 1997 г. В 1999 г. клинически и цитологически заподозрен рецидив БРК кожи теменной области. Проведено хирургическое иссечение опухоли. Гистология — ороговевающий плоскоклеточный рак кожи. Опухоль удалена в пределах пораженных тканей. В ГКБ № 62 проведена фотодинами-

Таблица 3. Первично-множественный рак молочной железы
Table 3. Primary multiple breast cancer

Сопутствующие локализации рака	РМЖ 1-я локализация	РМЖ 2-я локализация	Всего
Рак почки	4	1	5
Рак тела матки	1	1	2
Рак яичников	1	0	1
Рак щитовидной железы	1	1	2
Рак желудка	0	2	2
Рак толстой кишки	0	2	2
Лимфопролиферативные заболевания	2	0	2
Меланома	0	2	2
БРК	0	4	0
Всего	9	13	22

Таблица 4. Первично-множественный рак предстательной железы
Table 4. Primary multiple prostate cancer

2-е локализации опухолей	РПЖ 1-я локализация	РПЖ 2-я локализация	Всего
Рак мочевого пузыря	5	0	5 (25%)
Рак почки	0	3	3
БКР кожи	0	8	8 (40%)
Меланома	0	1	1
Опухоли ЖКТ	1 – синхронный	2 (1 – тройная локализация)	3 (15%)
Рак гортани	1 (тройная локализация)		1
Лимфолейкоз	1	0	0
Всего	8	14	26

ческая терапия на область послеоперационного рубца. В 2008 г. — установлен диагноз БРК левой заушной области. В 2009 г. — выявлен БРК кожи спины слева. В 2011 г. выявлено 3 очага БРК на коже спины в правой лопаточной области и 2 очага на коже спины слева, рядом с п/о рубцом. Цитологическое исследование — все очаги базально-клеточного рака. Произведено иссечение образований. Гистология — в области правой лопатки плоскоклеточный рак кожи. В остальных очагах — БРК. В 2012 г. — установлен диагноз: БРК в области правого плечевого сустава. В 2013 г. обратился по поводу быстрорастущего узлового образования кожи в теменной области. Клинически определялся узел розового цвета, с мокнущей поверхностью, возвышающийся над поверхностью кожи, размером 3 см. Цитологически — фибросаркома. В клиническом онкологическом диспансере № 1 проведено комбинированное лечение.

В литературе описаны случаи метастазирования БРК. За период работы в поликлинике с 1995 по 2014 г. метастазирования БРК ни одного пациента выявлено не было. Местные рецидивы и появление других очагов БРК были частым явлением.

Пациенты с базально-клеточным раком кожи снимаются с учета через 5 лет. Появление новых опухолевых узлов БРК кожи отмечается у пациентов, как в первые 5 лет наблюдения, так и гораздо позже, даже через 10 лет. Выявление вторых локализаций опухолевого процесса происходит, как правило, более чем через 5 лет.

Рак молочной железы (РМЖ) — в структуре онкологической заболеваемости женского населения России в 2013 г. составлял 20,9% [3].

Первично-множественный рак молочных желез, по данным литературы, составляет от 8,3% до 15%, частота билатерального рака — от 0,1% до 20% (метахронные раки выявляются наиболее часто, по сравнению с синхронными) [7, 10, 11]. Первично-множественный рак молочной железы может быть представлен мультицентрической формой роста и билатеральным поражением молочных желез.

Однако существует неоднозначность трактовки по поводу одностороннего мультицентрического рака молочной железы. Существует две гипотезы: мультицентрический рак является проявлением быстро растущих клонов солитарного узла в молочной железе или это множество независимых первичных синхронных раков [4, 7, 9, 10]. В клинической работе стадия заболевания устанавливается по одному наибольшему в размере опухолевому узлу (если гистологические узлы имели одинаковую структуру), диагноз кодируется и учитывается по международной классификации, как C-50, один раз. По этой причине возникающие случаи ПМЗО в последующие годы наблюдения трудно проанализировать [11, 12]. Пациенток с мультицентрическим раком с различной гистологической структурой опухолевых узлов в одной молочной железе в наших наблюдениях выявлено не было. Поэтому в работе учтены только билатеральные раки молочных желез.

В поликлинике больные раком молочной железы составляет самую большую группу среди онкологических пациентов. На диспансерном наблюдении состояло

179 человек. Из них 30 пациенток с наличием ПМЗО, что составило 16,7%. Одна пациентка с тройной локализацией злокачественных опухолей.

1. Рак обеих молочных желез — 8 пациенток;
2. РМЖ (1-я локализация) — 9 пациенток (1 пациентка с тремя локализациями);
3. РМЖ (2-я локализация) — 13 пациенток.

С тройной локализацией рака 1 пациентка наблюдалась по поводу метастазов рака обеих молочных желез и рака почки.

Группа пациенток (9 человек) с наличием рака молочной железы 1-й локализации имела следующие сочетания: с раком почки — 4, раком тела матки — 1, раком яичников — 1, раком щитовидной железы — 1, с лимфо-пролиферативными заболеваниями — 2.

Группа пациенток (13 человек) с наличием рака молочной железы, выявленного как 2-я локализация рака, сочеталась со следующими опухолями: раком желудка — 2, раком толстой кишки — 2, с меланомой — 2, базалиомой — 4, щитовидной железы — 1, раком почки — 1, раком тела матки — 1 (табл. 3).

Из таблицы можно увидеть, что рак молочной железы часто сочетался с раком почки, а также имелись наблюдения сочетаний с лимфо-пролиферативными заболеваниями, помимо указанных локализаций в литературных источниках (вторая молочная железа, тело матки, желудок, рак толстой кишки, кожа, яичники) [1, 7, 13–15].

Рак предстательной железы — большая группа пациентов, состоящая на диспансерном учете — 139 пациентов. Из них с наличием первично-множественного рака состояло 20 человек (14,4%). Каждый 7-й пациент с РПЖ имел ПМЗО. Два пациента наблюдались с наличием 3 локализаций рака.

Среди пациентов с поражением мочеполовых органов ПМЗО наблюдаются в 22,5%, у каждого 5-го пациента. Сочетание между органами мочеполовой системы встречается в 35%, с опухолями желудочно-кишечного тракта в 25%, с опухолями головы и шеи в 25,5% случаев. Среди злокачественных опухолей мочеполовых органов самым частым является сочетание рака мочевого пузыря и предстательной железы [2].

В наших наблюдениях рак предстательной железы, как 1-я локализация был выявлен у 6 пациентов, как 2-я локализация рака — у 14 пациентов. Рак предстательной железы у 6 пациентов (1-я локализация) сочетался с раком мочевого пузыря у 5 пациентов, и у 1 пациента с лимфолейкозом. Как вторая локализация рака, РПЖ сочетался со следующими опухолями: с БРК кожи у 8 пациентов, меланомой у 1, с GIST желудка у 1 (синхронный рак), с раком почки у 3 пациентов (табл. 4).

С тремя локализациями наблюдалось 2 пациента. Первый пациент с первично-множественным метастазным раком: рак гортани + РПЖ + рак прямой кишки; второй пациент: с ПМ метастазно-синхронным раком: РПЖ + рак червеобразного отростка + болезнь Боуэна.

В наших наблюдениях, рак предстательной железы в процентном соотношении сочетался:

С раком мочевого пузыря в 25%, с БРК кожи в 40%, с опухолями ЖКТ в 15%. Базально-клеточный рак у всех пациентов выявлялся как 1-я локализация рака, а РПЖ

как 2-я локализация. Рак мочевого пузыря, выявлялся при последующем наблюдении (табл. 3).

Клинический пример № 3.

Пациент Х., 1949 года рождения.

В 2011 г. по поводу увеличения ПСА направлен на биопсию простаты.

Гистология № 9975–92: ацинарная аденокарцинома. В РНРЦ проведена сочетанная лучевая терапия (брахитерапия СОД 110 Гр и дистанционная гамма-терапия в 2 этапа СОД 68 Гр). Далее получал гормонотерапию препаратом Золадекс. В мае 2012 г. экстренно госпитализирован в КБ № 1 с диагнозом: острый аппендицит. Гистология № 12700–12703 — в червеобразном отростке картина муцинозной аденокарциномы с прорастанием всех слоев стенки отростка до брыжейки. В стационаре произведено также иссечение выявленного образования левой височной области. Гистология № 13051–13552: плоскоклеточный рак кожи in situ (болезнь Боуэна). Через 4 недели выполнена правосторонняя гемикольэктомия. Направлен для проведения ПХТ.

В наших наблюдениях среди ПМЗО рак предстательной железы в процентном соотношении сочетался с: ра-

ком мочевого пузыря в 25%, с БКР в 40%, с опухолями ЖКТ в 15%.

Выводы

1. Изучение статистики ПМЗО требует дальнейшего изучения для выявления наиболее частых сочетаний вторичных опухолей.
2. Требуется разработка тактико-диагностических алгоритмов обследования после излечения от первичной опухоли не только с учетом возможного метастазирования, но и с учетом рисков возникновения вторых локализаций злокачественных опухолей.
3. Требуется обсуждения положение о снятии с онкологического учета пациентов с базально-клеточным раком кожи через 5 лет, так как новые очаги БКР нередко появляются и после 5 лет наблюдения.
4. Пациенты с наличием БКР являются группой высокого риска по развитию злокачественных опухолей других локализаций. Вторая локализация рака развивалась в 39,9%, т. е. у каждого 3-го пациента.
5. Наиболее часто БКР кожи сочетался с раком молочной железы, раком предстательной железы, толстой кишки.

Список литературы

1. Ганцев Ш. Х., Старинский В. В., Рахматулина И. Р., Кудряшова Л. Н., Султанов Р. З., Сакаева Д. Д. Амбулаторно-поликлиническая онкология. 2-е издание. Москва, 2014.
2. Гореликова О. Н. Первично-множественные злокачественные опухоли. Обзорная статья. Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 1992; 3 (4): 53–61.
3. Леонов О. В. Первично-множественный рак мочеполовой системы (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Москва, 2011.
4. Напалков Н. П., Бохман Я. В., Семиглазов В. Ф. Первично-множественные злокачественные опухоли. Ленинград, 1987.
5. Moertel C. J. Multiple primary malignant neoplasms. *Cancer*. 1977; 40: 1780–1792.
6. Бебякин В. Г. Первично-множественные опухоли: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Уфа, 1974.
7. Пак Д. Д., Аблицова Н. В. Первично-множественный рак молочной железы. Москва, 2013.
8. Ханов А. М. Эпидемиология, факторы риска и оптимизация диагностики при выявлении первично-множественных злокачественных опухолей: Дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 1994.

9. Коленько Н. Г. Современные подходы к диспансерному наблюдению больных раком кожи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2009.
10. Под ред. Каприна А. Д., Старинского В. В., Петровой Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность). Москва, 2015.
11. Dawson L. A., Chow E., Goss P. E. Evolving perspective in contralateral breast cancer. *Cancer control*. 1996; 3 (3): 258–266.
12. Соркин В. М. К вопросу о регистрации и учете больных с первично-множественными злокачественными новообразованиями. Онкология. 2001; 3 (2–3): 136–138.
13. Секержинская Е. Л. Особенности распространения первично-множественных злокачественных новообразований и их взаимосвязь с экзогенными факторами на модели Алтайского края: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Барнаул, 2010.
14. Morris C. R., Perkins C. I., Wright W. W., Snipes K. P., Young J. L. Jr. Impact of inclusion of subsequent primary cancer on estimates of rise of developing cancer. *J Natl Cancer*. 1996; 88: 452–456.
15. Van Leewen F. E., Rookus M. A., Benraad J. et al. Risk Factor for contralateral breast cancer. *Dir. On-going Cancer epidemiology*. 1992 IARC, DKFZ. 241–242. Lyon, 1992.

References

1. Gantsev Sh. Kh., Starinskii V. V., Rakhmatulina I. R., Kudryashova L. N., Sultanov R. Z., Sakaeva D. D. Ambulatorno-poliklinicheskaya onkologiya. 2nd ed. izdanie. Moscow, 2014. (Russian).
2. Gorelikova O. N. Multiple primary malignant neoplasms. *Vestnik RONTs im. N. N. Blokhina RAMN*. 1992; 3 (4): 53–61. (Russian).
3. Leonov O. V. Pervichno-mnozhestvennyi rak mочepолоvoi sistemy (klinika, diagnostika, lechenie): Avtoref. dis. ... dokt. med. nauk. Moscow, 2011. (Russian).
4. Napalkov N. P., Bokhman Ya. V., Semiglavov V. F. Multifocal malignant tumors. Saint Petersburg, 1987. (Russian).
5. Moertel C. J. Multiple primary malignant neoplasms. *Cancer*. 1977; 40: 1780–1792.

6. Bebyakin V. G. Pervichno-mnozhestvennye opukholi: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Ufa, 1974. (Russian).
7. Pak D. D., Ablitsova N. V. Pervichno-mnozhestvennyi rak molochnoi zhelezy. Moscow, 2013. (Russian).
8. Khanov A. M. Epidemiologiya, faktory riska i optimizatsiya diagnostiki pri vyvaylenii pervichno-mnozhestvennykh zlokachestvennykh opukholei: Diss. kand. med. nauk. Moscow, 1994. (Russian).
9. Kolen'ko N. G. Sovremennye podkhody k dispansernomu nablyudeniyu bol'nykh rakom kozhi: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Moscow, 2009. (Russian).
10. Kaprin A. D., Starinskii V. V., Petrova G. V. (ed). Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2013 godu (zabolevaemost' i smertnost'). Moscow, 2015. (Russian).

11. Dawson L. A., Chow E., Goss P. E. Evolving perspective in contralateral breast cancer. *Cancer control*. 1996; 3 (3): 258–266.
12. Sorkin V. M. К вопросу о регистрации и учете больных с первично-множественными злокачественными новообразованиями. *Онкология*. 2001; 3 (2–3): 136–138. (Russian).
13. Sekerzhinskaya E. L. Osobennosti rasprostraneniya pervichno-mnozhestvennykh zlokachestvennykh novoobrazovaniy i ikh vzaimosvyaz' s ekzogennymi faktoram na modeli Altaiskogo kraya: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Barnaul, 2010. (Russian).
14. Morris C. R., Perkins C. I., Wright W. W. Snipes K. P., Young J. L. Jr. Impact of inclusion of subsequent primary cancer on estimates of rise of developing cancer. *J Natl Cancer*. 1996; 88: 452–456.
15. Van Leewen F. E., Rookus M. A., Benraadt J. et al. Risk Factor for contralateral breast cancer. *Dir. On-going Cancer epidemiology*. 1992 IARC, DKFZ. 241–242. Lyon, 1992.

Информация об авторе:

1. Гончаренко Галина Владимировна – к.м.н., врач-онколог поликлиники №2 ЗАО «Группы компаний «Медси»

Information about author:

1. Goncharenko Galina Vladimirovna – PhD, oncologist of Polyclinics №2 WAR «Group of companies «Meds»

Оформление ссылки для цитирования статьи:

Гончаренко Г.В. Первично-множественные злокачественные опухоли наиболее распространенных локализаций – статистика онкологического кабинета поликлиники. *Исследования и практика в медицине*. 2015; 2(4): 59-65. DOI: 10.17709/2409-2231-2015-2-4-59-65

Goncharenko G.V. Primary multiple malignant tumors most common localizations cancer – cancer study clinics. *Issled. prakt. Med*. 2015; 2(4): 59-65. DOI: 10.17709/2409-2231-2015-2-4-59-65

Конфликт интересов. Все авторы сообщают об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest. All authors report no conflict of interest.