

Н.Э. Косых

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛОКАЛЬНЫХ РЕЦИДИВОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

Изучены клинические материалы 735-ти больных раком молочной железы (РМЖ), у которых за период с 2000 по 2010 гг. развилось прогрессирование заболевания. Локальный рецидив (ЛР) был выявлен у 178-ми больных (24,4±1,6 %). У 64,0±3,6 % пациенток рецидив был изолированным, у 17,7±2,9 % сочетался с метастатическим поражением скелета, у 11,2±2,4 % – плевры, 9,1±2,2 % – легких, 8,7±2,1 % – мягких тканей, 8,2±2,1 % – печени, 3,9±1,4 % – кожи, 1,7±1,0 % – ЦНС. Расчет показателя отношения шансов (ОШ) показал, что у больных с ЛР имеет место достоверно низкая вероятность метастатического поражения легких (ОШ=0,3; $p<0,01$), печени (ОШ=0,5; $p<0,05$) и скелета (ОШ=0,5; $p<0,01$). Наличие ЛР не влияет на риск смерти при прогрессировании РМЖ (ОШ=0,3; $p<0,01$).

Ключевые слова: рак молочной железы, локальный рецидив.

N.E. Kosykh

SOME CLINICAL CHARACTERISTICS OF BREAST CANCER LOCAL RECURRENCE

Far East State Medical University, Khabarovsk

Summary

The study deals with the clinical materials of 735 patients with breast cancer (BC), in which from 2000 to 2010 the disease progressed. Local recurrence (LR) was detected in 178 patients (24,4±1,6 %). In 64,0±3,6 % of patients the recurrence was identified, in 17,7±2,9 % in combination with skeletal metastases, in 11,2±2,4 % – the pleura, 9,1±2,2 % – the lungs, 8,7±2,1 % – the soft tissues, 8,2±2,1 % – the liver, 3,9±1,4 % – the skin, 1,7±1,0 % – the central nervous system. The calculation of odds ratios (OR) showed that patients with LR had relatively low probability of metastatic lung lesions (OR=0,3; $p<0,01$), liver (OR=0,5, $p<0,05$) and skeleton (OR=0,5, $p<0,01$). The presence of LR does not affect the risk of death during the progression of breast cancer (OR=0,3; $p<0,01$).

Key words: breast cancer, local recurrence.

Рак молочной железы (РМЖ) занимает лидирующее место в структуре как онкологической заболеваемости, так и смертности во многих странах мира [5, 6, 9, 11]. Основной причиной смерти больных является прогрессирование РМЖ, которое нередко сопровождается локальным рецидивом [4].

В отечественной литературе понятие «локальный рецидив» (ЛР) РМЖ сформировалось благодаря работам Б.Т. Былинского [1] и Л.Ю. Дымарского [2], определившим его как опухоль, возникшую после выполнения радикальной мастэктомии в месте операции и аналогичную по морфологической структуре удаленной. Cowend M. et al. [8] ввели понятие ЛР с учетом анатомического строения органа, определив данный процесс как появление опухоли, аналогичной по гистологическому строению первичной в области, отграниченной нижним краем ключицы, реберной дугой, срединной и задней подмышечной линиями. Clemons M. et al. [7] выделили локо-регионарные рецидивы ассоциированные с поражением регионарных лимфатических узлов. Больные с ЛР и локо-регионарными рецидивами отличаются по течению болезни, возможностям лечения и прогнозу заболевания, что требует дополнительного изучения особенностей клинического течения прогноза при данном состоянии.

Материалы и методы

Исследование проводилось по клиническим материалам 735-ти больных с РМЖ, у которых за период с 2000 по 2010 гг. развилось прогрессирование заболевания. Материалы для проведения исследования были получены из историй болезни и амбулаторных карт за вышеуказанный период времени. Диагноз ЛР устанавливался по критериям, изложенным в ряде публикаций [7, 8].

Статистический анализ заключался в расчете показателей частоты встречаемости признака и средней ошибки данного показателя. Сравнение показателей частоты проводилось с помощью критерия Стьюдента.

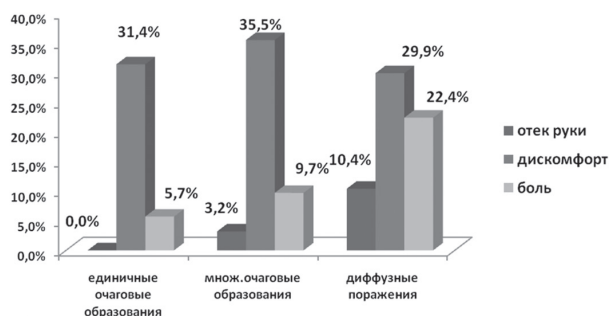
Для расчета вероятности появления изучаемого признака в выборочной группе в сравнении со всей популяцией больных с РДРМЖ рассчитывались показатели отношения шансов (ОШ) возникновения данного явления [10]. Статистическая значимость показателя ОШ определялась с помощью критерия χ^2 [3].

Результаты исследования и обсуждение

ЛР был выявлен у 178-ми больных, что составило 24,4±1,6 % от всех пациентов с прогрессирующим РМЖ. При этом у 64,0±3,6 % пациенток рецидив был изолированным, у 17,7±2,9 % больных он сочетался с метастатическим поражением скелета, у 11,2±2,4 % –

плевры, $9,1 \pm 2,2$ % – легких, $8,7 \pm 2,1$ % – мягких тканей, $8,2 \pm 2,1$ % – печени, $3,9 \pm 1,4$ % – кожи, $1,7 \pm 1,0$ % – ЦНС.

Все многообразие клинических проявлений ЛР для удобства статистического анализа было сведено в три группы: одиночных очаговых (ограниченных) поражений кожи и мягких тканей, множественных очаговых поражений, диффузных опухолевых поражений. Основными клиническими проявлениями ЛР были дискомфорт, боли и отек пораженной конечности. При разных формах рецидива эти клинические проявления встречались с неодинаковой частотой (рис.).



Клинические проявления при основных формах локального рецидива у больных с рецидивно-диссеминированным раком молочной железы

Помимо местных проявлений, которые, по понятным причинам, встречаются у всех больных с ЛР, дискомфорт в послеоперационной области является наи-

более частой жалобой. Его частота при разных формах рецидива составляет 29,9-35,5 %. Для отека руки и болевого синдрома проявляется иная закономерность: с наименьшей частотой данные клинические проявления встречаются при рецидивах, представленными единичными очаговыми образованиями, а с наибольшей частотой – при диффузных поражениях кожи и мягких тканях. При этом различия в частоте встречаемости данных симптомов у больных с единичными и диффузными поражениями были достоверными ($p < 0,05$).

Расчет показателя отношения шансов показал, что у больных с ЛР имеет место достоверно низкая вероятность метастатического поражения легких ($ОШ=0,3$; $p < 0,01$), печени ($ОШ=0,5$; $p < 0,05$) и скелета ($ОШ=0,5$; $p < 0,01$). Сам по себе изолированный ЛР не влияет на риск смерти при прогрессировании РМЖ ($ОШ=0,3$; $p < 0,01$), в то время как наличие метастазов в печень или ЦНС существенно увеличивают такой риск ($ОШ=3,8$ и $ОШ=11,9$, соответственно; $p < 0,01$).

Выводы

Локальный рецидив выявляется у $24,4 \pm 1,6$ % от всех пациентов с прогрессирующим РМЖ.

У больных с локальным рецидивом имеет место достоверно низкая вероятность метастатического поражения легких ($ОШ=0,3$; $p < 0,01$), печени ($ОШ=0,5$; $p < 0,05$) и скелета ($ОШ=0,5$; $p < 0,01$).

Наличие локального рецидива не влияет на риск смерти при прогрессировании РМЖ ($ОШ=0,3$; $p < 0,01$).

Литература

1. Былинский Б.Т. О рецидивах рака молочной железы // Клин. хирургия. – 1964. – № 11. – С. 60–69.
2. Дымарский Л.Ю. Рак молочной железы. – М. : Медицина, 1980. – 200 с.
3. Методы обработки результатов прямых измерений с многократными наблюдениями. – Варшава: Изд-во СЭВ, 1984. – 48 с.
4. Поддубная И.В. Комов Д.В., Колядина И.В. Локальные рецидивы рака молочной железы. – М. : Медиа Медика, 2010. – 112 с.
5. Althuis M.D., Dozier J.M., Anderson W.F. et al. Global trends in breast cancer incidence and mortality 1973–1997 // Int. J. Epidemiol. – 2005. – Vol. 34, № 2. – P. 405–412.
6. Bray F., McCarron P., Parkin D.M. The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality // Breast Cancer Res. – 2004. – Vol. 6, № 6. – P. 29–39.
7. Clemons M., Hamilton T., Mansi J. [et al.] Management of recurrent locoregional breast cancer: oncology survey // Breast. – 2003. – Vol. 12, № 5. – P. 328–337.
8. Cowend M., Jacquemier J., Nonvenaeghel G. et al. Local and distant recurrence after conservative management of «very low risk» breast cancer are dependent events: a 10 year follow-up // Int. J. Rad. Oncol. Phys. – 1998. – Vol. 41, № 5. – P. 801–807.
9. Ferlay J., Black R., Whelan S.L., Parkin D.M. // IARC CancerBase. – No. 3. Lyon, France: International agency for Research on Cancer, 1998. – P. 34–56.
10. Greenberg R., Daniels S., Flanders M. Medical Epidemiology. – Lange Medical Books, 2001. – 215 p.
11. Lacey J.V., Devesa S.S., Brinton L.A. Recent trends in breast cancer incidence and mortality // Environ. Mol. Mutagen. – 2002. – Vol. 39, № 2–3. – P. 82–88.

Координаты для связи с авторами: Косых Николай Эдуардович – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии с курсом радиологии ДВГМУ, e-mail: kosyh.n@bk.ru.

