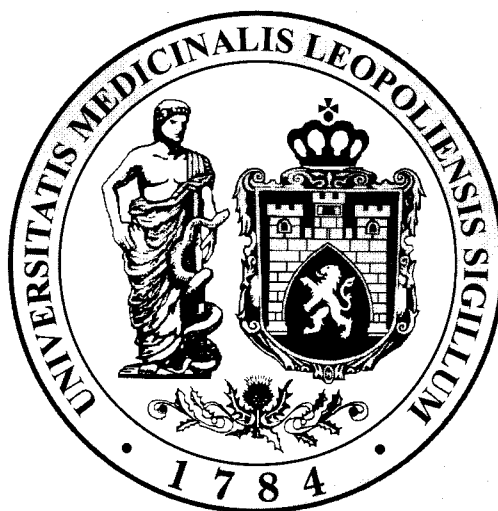


Індекс 74192
ISSN 1029-4244

СІБІРСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



ACTA

2004, Vol.10, №3-4

MEDICA

LEOPOLIENSIA

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені Данила Галицького



ACTA MEDICA LEOPOLIENSIA

ЛЬВІВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЧАСОПИС

Том X, № 3-4
2004 рік

ЛЬВІВ, «LEOPOLIS»
2004

ЗМІСТ

CONTENTS

Оригінальні праці

Original papers

1. С.П. Ступницький, О.Я. Стиранівська
ТОПОГРАФІЧНІ ТА АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ І СТРУКТУРА
КОМПОЗИЦІЇ ЩЕЛЕПИ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ
ЗА ДАНИМИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ
2. А.А. Кординяк
МІСЦЕВІ ЕВІДЕНСИ ГАЛЬВАНІЧНО-ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В ОСІБ
З МІТАЛИЧНИМИ ЗУБНИМИ ПРОТЕЗАМИ
3. Н.Г. Маликова
ВПЛИВ ЗАГАЛЬНИХ ЛІПІДІВ НА СТАН СИСТЕМОЇ
КРОВІ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ,
ПОСЛАБЛЕНІЙ РЕВМАТИЧНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ
4. Н.А. Слаба
ГОРМОНАЛЬНИЙ ГОМЕОСТАЗ ПРИ ГОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ
СИНДРОМІ
5. І.В. Гусак
ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ
ПРИ АБДОМІНАЛЬНОМУ СЕПСИСІ
6. С.В. Возіанов, О.В. Шуляк, Р.З. Шеремета, А.З. Журавчак,
В.Р. Розков, О.М. Грицак, О.Е. Личковський, Ю.Р. Грицина,
Н.В. Зайченко, О.А. Боржівський
АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНА ПОДАТРИМКА ЕНДОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ У ХВОРИХ НА
БЕНІГНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ (ДГПЗ)
7. Н.О. Гнатайко, Г.В. Макух
МОЛЕКУЛЯРНИЙ ТА ГЕНЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА VDR
У ПАЦІЄНТІВ З ПОВІСЬНИМ ВІДНОШЕННЯМ
ПРИ СПОВІСНІЙ КОНСОЛІДАЦІЇ КІСТОК
ТА ОСТЕОПОРОЗІ
8. О.В. Вдовиченко
ОБСЕРВАЦІЯ ВІТАМІНАМИ С, РР, В₁, І В₂ ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ
ЛЮДЕЙ ВІКІ 40 РОКІВ
9. Б.Н. Бухай
ЕФЕКТИ АНГІОПРОТЕКТОРІВ НА КЛІНІЧНО-ІМУНОЛОГІЧНИЙ ПЕРЕБІГ
ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ
СИСТЕМИ
10. Б.Р. Стойка, А. Домагала, М. Каменічна, М. Курпіш,
З.О. Надюк, Н.В. Гельнер, Д.В. Заставна, Р.С. Стойка,
А.Д. Лутський
ВИСЛОВЛЕННЯ СПЕРМАТИЧНИХ АНТИГЕНІВ ТА АНТИСПЕРМАТИЧНИХ
АНТИТІЛ У ЧОЛОВІКІВ З ІМПОВІДНОЮ ФУНКЦІЄЮ
ТА У ПАЦІЄНТІВ З ДІАГНОЗОМ АВТОІМУННОГО ТИРОЇДИТУ
11. В.О. Антонюк, А.М. Яштченко, О.Д. Лутський
ЛЕКТИНИ З ЗЛАТОГО ЦІПКА (LABURNUM ANAGYROIDES MEDIK):
ІНТЕРАКЦІЯ З ВУГЛЕВОДИМИ ТА ЗАСТОСУВАННЯ
У ГІСТОХІМІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ
12. Н.Р. Дудок
МІКРОБІОЛОГІЧНЕ ВИЗНАЧЕННЯ КОНЦЕНТРАЦІЇ СПОР ГРИБА
ПЕНИЦИЛІУМ ВІТАЛЕ ПІДОПЛИТШКО ЕТ ВІЛАУ У ПОВІТРІ РОБОЧОЇ
ЗОНИ

- 6 R.M. Stupnycky, O.Y. Styranivska
TOPOGRAPHIC AND ANATOMIC PECULIARITIES OF MANDIBLE
COMPOSITION AND ITS BONE STRUCTURE WITH DENTITIONS DEFECTS
UNDER RADIOLOGIC STUDY
- 12 A.J. Kordiyak
LOCAL EVINCES OF GALVANO-INFLAMMATORY PROCESSES IN
PERSONS WITH METALLIC DENTURES
- 17 N.G. Malyukova
INFLUENCE OF TOTAL LIPID CONTENT ON GEMODYNAMICS SYSTEM
STATE AT CHRONIC CARDIAC INSUFFICIENCY CONDITIONED BY
RHEUMATIC HEART DISEASES
- 22 N.A. Slaba
HORMONAL HOMEOSTASIS IN CASE OF ACUTE CORONARY
SYNDROME
- 27 I.V. Gusak
TREATMENT OF ENTERAL FAILURE SYNDROME IN PATIENTS WITH
ABDOMINAL SEPSIS
- 30 S. Vozianov, A. Shulyak, R. Sheremeta, A. Zhuravtchak,
V. Rozkov, O. Grytsak, A. Lythkovsky, Yu. Grythuna,
N. Zajthenko, A. Borshyevsky
ANESTESIOLOGIC SUPPORT OF ENDOSCOPIC OPERATION IN BENIGN
PROSTATIC HYPERPLASIA (BPH) TREATMENT
- 33 N.O. Gnateyko, H.V. Makukh
MOLECULAR AND GENETIC ANALYSIS OF VDR-GENE
POLYMORPHISM IN PATIENTS WITH SLOW BONE CONSOLIDATION
AND OSTEOPOROSIS
- 38 O.V. Vdovychenko
LAST 40 YEARS OBSERVATION OF MAINTENANCE WITH VITAMINS C, PP,
B₁ AND B₂ IN CLINICALY HEALTHY HUMAN POPULATION
- 42 B.H. Buhay
EFFECT OF ANGIOPROTECTORS ON CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL
COURSE OF CHRONIC INFLAMMATORY DISEASES OF HEPATOBILIARY
SYSTEM
- 46 B.R. Stoika, A. Domagala, M. Kamieniczna, M. Kurpish,
Z.O. Nadyuk, N.V. Helner, D.V. Zastavna, R.S. Stoika,
A.D. Lutsyk
EXPRESSION OF SPERMAL ANTIGENS AND ANTISPERM ANTIBODIES:
IMMUNOCYTOCHEMICAL STUDY IN MEN WITH IMPAIRED FERTILE
FUNCTION AND IN CHORNOBYL PATIENTS DIAGNOSED FOR
AUTOIMMUNE THYROIDITIS
- 54 V.O. Antonyuk, A. M. Yashtchenko, A. D. Lutsyk
LECTINS FROM GOLDEN CHAIN (LABURNUM ANAGYROIDES MEDIK):
INTERACTION WITH CARBOHYDRATES AND APPLICATION FOR
HISTOCHEMICAL STUDIES
- 60 N.R. Dudok
MICROBIOLOGICAL DETERMINATION OF CONCENTRATION OF
PENICILLIUM VITALE PIDOPLITSCHKO ET BILAY SPORES IN THE
WORKING ZONE AIR

Відгук. Концепції. Дискусії.

Views. Ideas. Discussions.

13. С.Д. Бабляк
ПІЗНЬОСЕРЦЕВІ ТАМПОНАДИ: 8-РІЧНИЙ ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ
ТА ЛІКУВАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ
14. П.Д. Фомін, О.В. Бобков, О.І. Лисов
КРІВЯНІ ВИБІВКИ ТА ЕРОЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКИХ РАΝІШЕ
ЛІКУВАЛИ ПЕПТИЧНИМИ ВИРАЗКАМИ ШЛУНКА
ТА ДВОДЕНІСНИКА

- 64 S.D. Babliak
LATE CARDIAC TAMPONADE: 8-YEAR EXPERIENCE OF DIAGNOSIS IN
PATIENTS FOLLOWING OPEN HEART SURGERY
- 68 P.D. Fomin, O.V. Bobkov, O.I. Lissov
BLEEDING ACUTE ULCERS AND EROSIONS AS A CONSEQUENCE OF
TREATED PEPTIC GASTRIC AND DUODENUM ULCERS

Ю.Д. Годованець, С.М. Ясніковська
СУЧАСНІ АСПЕКТИ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ
ТРАНЗИТНОГО ДИСБІОЗУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

І.В. Карасьов
ВПЛИВ ТЕРМІЧНОЇ ТРАВМИ ШКІРИ НА ФУНКЦІЇ НИРОК

Г.П. Никитюк, М.М. Бідюк
ФАГОЦИТНІ ПРОЦЕСИ В УМОВАХ ІНКУБАЦІЇ НЕЙТРОФІЛІВ З
ЕНДОТЕЛІОЦИТАМИ У ТВАРИН З ХРОНІЧНОЮ
ІМУНОКОМПЛЕКСЕМІЄЮ І ВПЛИВ НА ЦІ ПРОЦЕСИ КВЕРЦЕТИНУ

С. Запоточни, Б. Марніок, Є. Арендт, Є. Рдес,
К. Слюсарчик, К. Сосада, В. Журавінські
З'ЄДНАННЯ ПЕРЕРІЗАНИХ ПЕРИФЕРІЙНИХ НЕРВІВ ВЛАСНИМ
МЕТОДОМ В ЕКСПЕРИМЕНТІ НА ТВАРИНАХ

Клінічні спостереження

В.М. Костюкевич, О.В. Токарчук, П.В. Лесів, О.М. Сандуляк
ВАЖКА ВІДКРИТА ЧЕРЕПНО-МОЗКОВА ТРАВМА
У ДИТИНИ З SITUS VISCERUM INVERSUS

Огляди літератури

Х.Р. Погранична
ЗАСТОСУВАННЯ ТКАНИНИ ПЛАЦЕНТИ ТА ЇЇ ПРЕПАРАТІВ
У СТОМАТОЛОГІЇ ТА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВІЙ ХІРУРГІЇ

Є.С. Готько
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ У ЧОЛОВІКІВ

З. Гладун
ПРАВА ЛЮДИНИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

В.В. Рудень
ПРО СПРОМОЖНІСТЬ НЕЗАЛЕЖНОЇ ДЕРЖАВИ УКРАЇНИ
ЗАБЕЗПЕЧИТИ ДІЄВІСТЬ ТА ОБ'ЄКТИВНІСТЬ У РЕАЛІЗАЦІЇ
КОНСТИТУЦІЙНИХ ПРАВ, СВОБОД ЛЮДИНИ НА ЗДОРОВ'Я, ОХОРОНУ
ЗДОРОВ'Я ТА МЕДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ – ЯК ОСНОВУ
ДЕМОКРАТИЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

Лекції

Н.О. Виноград
ТЯЖКИЙ ГОСТРИЙ РЕСПІРАЦІЙНИЙ СИНДРОМ

Рецензії

О. Романів
“ІЛЮСТРОВАННИЙ МЕДИЧНИЙ СЛОВНИК ДОРЛАНДА”, ЯК ОСОБЛИВЕ,
НЕ БУДЕННЕ ЯВИЩЕ УКРАЇНСЬКОЇ ВИДАВНИЧОЇ СПРАВИ В ГАЛУЗІ
МЕДИЦИНИ

Ю.В. Шанін
“ІЛЮСТРОВАННИЙ МЕДИЧНИЙ СЛОВНИК ДОРЛАНДА”, ЯК ОСОБЛИВЕ,
НЕ БУДЕННЕ ЯВИЩЕ УКРАЇНСЬКОЇ ВИДАВНИЧОЇ СПРАВИ В ГАЛУЗІ
МЕДИЦИНИ

Некролог

СВІТЛОЇ ПАМ'ЯТІ ПРОФЕСОРА ДМИТРА ЛУЦИКА

71 Yu.D. Hodovanets, S.M. Yasnikovska
MODERN ASPECTS OF CLINICAL PICTURE, DIAGNOSTICS AND
CORRECTION OF TRANSITORY DYSBIOSIS IN NEW BORN INFANTS

76 I.V. Karasev
EFFECT OF SKIN BURN TRAUMA ON RENAL FUNCTIONS

83 G. Nykytiuk, M. Bidiuk
EFFECT OF QUERCETINE ON PHAGOCYTIC ACTIVITY IN ANIMALS WITH
CHRONIC IMMUNE COMPLEX DISEASE DURING INTERACTION OF
NEUTROPHILIC LEUKOCYTES WITH ENDOTHELIOCYTES

86 S. Zapotochny, B. Marniok, E. Arendt, E. Rdes,
K. Slyusarchyk, K. Sosada, B. Zhuravinsky
NOVEL METHOD OF REPAIR OF CUTTED PERIPHERAL NERVES IN
EXPERIMENTAL ANIMALS

Clinical observation

93 V.M.Kostyukevych, O.V.Tokarchuk, P.V.Lesyy, O.M.Sandulyak
HEAVY CRANIO-BRAIN TRAUMA IN CHILD WITH SITUS VISCERUM
INVERSUS

Reviews of literature

95 Ch. Pohranychna
APPLICATION OF PLACENTA TISSUE AND ITS PREPARATIONS IN
STOMATOLOGY AND MAXILLO-FACIAL SURGERY

100 E.S.Hotko
EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF MALE BREAST CANCER

106 Z. Hladun
HUMAN RIGHTS IN HEALTH PROTECTION

119 V.V. Ruden'
POSSIBILITIES OF INDEPENDENT STATE OF UKRAINE TO PROVIDE
EFFECTIVENESS AND OBJECTIVITY IN REALIZATION OF THE
CONSTITUTIONAL RIGHTS, PERSONAL LIBERTIES IN HEALTH, PUBLIC
HEALTH AND MEDICAL PROVISION AS BASIS FOR DEMOCRATIZATION
OF MEDICINE

Lectures

124 N.O. Vynograd
SEVERE ACUTE RESPIRATORY SYNDROME

Reviews of textbook

130 O.Romanyv
ILLUSTRATED DORLAND'S MEDICAL DICTIONARY – GREAT EVENT IN
HISTORY OF PUBLISHING IN UKRAINIAN MEDICINE

131 Yu.V. Shanyn
ILLUSTRATED DORLAND'S MEDICAL DICTIONARY – GREAT EVENT IN
HISTORY OF PUBLISHING IN UKRAINIAN MEDICINE

Obituary

132 ON MEMORY OF PROFESSOR DMYTRIO LUTSKO

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ У ЧОЛОВІКІВ

Є.С. Готько

Ужгородський Національний університет
Курс онкології кафедри хірургічних дисциплін
Факультет післядипломної освіти

Реферат

Дотепер залишаються маловивченими багато аспектів раку чоловічої грудної залози. Відбулося це тому, що інформація про це захворювання ґрунтується, в основному, на ретроспективному аналізі невеликих за чисельністю груп. Зрозуміло, що проспективне вивчення цієї хвороби поєднано з визначеними труднощами, головними з яких є великий відрізок часу, необхідний для збирання достатньої для аналізу кількості пацієнтів, рідкісна наявність цієї нозологічної форми, а також зміни у підходах діагностики і лікування, що відбуваються у процесі тривалого накопичення хворих для аналізу. Лікування ж чоловіків, які занедужали раком молочної залози, проводилося і проводиться на підставі знань, отриманих у ході лікування жінок з цією патологією. У статті представлено дані, що стосуються епідеміології раку грудної залози у чоловіків, факторів ризику виникнення цього захворювання, генетичні аспекти проблеми, розглядаються причини, що можуть призводити до виникнення цієї хвороби.
Ключові слова: рак грудної залози у чоловіків, епідеміологія, фактори ризику

Abstract

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF MALE BREAST CANCER

E.S.HOTKO

Uzhgorod National University

Till now many aspects of male breast cancer are poorly studied. The main reason is that available information on this disease is mostly based on the retrospective analysis in small groups on patients. This disease needs a long time for observation and is rather rare. Besides, the diagnostics and treatment were changing. Treatment of men with breast carcinoma was carried out on the basis of knowledge received during treatment of women with this cancer. In the paper, data concerning characteristics of the disease, prevalence, death rate in male population are presented. Data concerning risk factors in the occurrence of male breast cancer and genetic aspects of its development are also presented.

Keywords: male breast cancer, risks factors

Вступ

У великій кількості наукових праць, присвячених вивченню раку грудної залози у чоловіків, це захворювання розглядається у порівнянні з таким у жінок [15]. Дійсно, отримані результати спостережень дозволяють припускати подібну етіологію рака чоловічої і жіночої грудних залоз, однак жінки ризикують занедужати у набагато біль-

шому ступені внаслідок статевої та репродукційної функцій. Летягін В.П. [1] і Donegan W.L. [11], аналізуючи показник захворюваності на рак грудної залози чоловіків, відзначають, що він збільшується прямо пропорційно віку. Rudan I. et al. [38] підкреслюють, що якщо порівнювати характер росту пухлини в обох статей у різних вікових періодах, то необхідно відзначити наступне: у чоловіків не спостерігають випадків швидкого, агресивного росту пухлини у молодому віці (на відміну від жінок у пременопаузі), так само як і немає уповільненого росту пухлини у літньому віці, що характерно для жінок у постменопаузі. Для чоловіків ризик занедужати на рак грудної залози збільшується при впливі відомих канцерогенів, несприятливих впливах довкілля, а також генетичної схильності (табл. 1) [1; 5; 16; 20; 48].

Hsing A.W. et al. [23], Pritchard T.J. et al. [35] відзначають, що до підвищення ризику захворіти на рак грудної залози у чоловіків призводить фемінізація, що може бути наслідком як генетичних впливів, так і несприятливих впливів довкілля. Насамперед, на думку Mabushi K. et al. [27] і McLaughlin et al. [29], це стосується чоловіків з порушеннями функції яєчок, що часто обумовлено, наприклад, орхітом. Olsson H., Ranstam B. [34] указують на підвищення ризику занедужати на рак грудної залози у чоловіків з редукованою функцією яєчок унаслідок неправильної пластики гризових воріт. Kessler L.R.S. [24] звертає увагу на той факт, що двобічний крипторхізм також сприяє підвищенню ризику занедужати на рак грудної залози. Evans D.B. et al. [14], Hasle H. et al. [21] вказують на етіологічний зв'язок між раком грудної залози чоловіків і синдромом Кляйнфельтера (хромосомна хвороба чоловіків, що обумовлена полісомією статевих хромосом і характеризується первинним гіпогонадізмом, оліго- і азооспермією, євнухїдизмом). Результатом цього патологічного стану, зазвичай, є зниження або припинення вироблення тестостерону, внаслідок того відбувається порушення співвідношення естрогенів і андрогенів у чоловічому організмі. Таке ж порушення балансу жі-

Таблиця 1

Фактори, що асоціюються з раком грудної залози у чоловіків

Вік
Населення Західної Європи на відміну від населення Далекого Сходу і Японії [43]
Високий соціально-економічний статус [5] [23] [24]
Рак грудної залози у родичів [8] [23] [25] [28] [33] [44]
Єврейське походження [24] [27] [30]
Перебування у зоні дії іонізуючого випромінювання [13] [23] [48] [50]
Підвищений рівень жіночих статевих гормонів [23] [35] [41] [49]
Професійні шкідливості:
- працівники, зайняті у виробництві мила і парфумів; [29]
- робітники гарячих цехів, сталеливарних заводів і доменних печей [27] [36]
- робітники, діяльність яких пов'язана з електромагнітними полями [16] [46]
- робітники бензоаправок, станцій техобслуговування [5] [20]
Редукована функція яєчок унаслідок:
- постпартитидного орхіту; [27] [29]
- неправильного зашивання гризових воріт при паховій грижі; [34]
- неопущення яєчок; [24]
- синдрому Klinefelter [14] [21]
Гіперпролактинемія як наслідок:
- травми голови; [34]
- пролактиноми; [19] [32]
- стосування препаратів, що підвищують рівень пролактину в крові [34]
Синдром Peutz-Jeghers [2]
Гінекомастія [17] [42]
Надлишкова маса тіла з раннього віку [4]

ночих і чоловічих статевих гормонів, на думку Crichlow R.W. [6] і Sorensen H.T. et al. [45], відбувається і при хронічних захворюваннях печінки, приміром, при цирозі. У цьому випадку в чоловіків підвищується рівень естрогенів, що спричинено недостатністю їхнього розпаду. Як відзначають Prichard T.J. et al. [35], підвищеному ризику занедужати на рак грудної залози, піддані також чоловіки, що тривалий час приймають естрогени за медичними показаннями.

Rosenbaum P.F. et al. [36] звертають увагу на те, що додатковий ризик занедужати на рак грудної залози є у чоловіків певних професій, що пов'язані, зокрема, з постійним перегрівом. У результаті постійного перегрівання також може наступити порушення функції яєчок і зниження рівня тестостерону.

На думку Fodor P.B. [17], а також Scheike O. et al. [42], зв'язок раку чоловічої грудної залози з гінекомастією суперечливий, але ймовірний, тому що гінекомастія – це один із виявів фемінізації, про яку згадувалося раніше.

Eldar S. et al. [13], Rosenblatt K.A. et al. [37], Thompson D.K. et al. [50] відзначають, що важливим епідеміологічним аспектом є генетична спадковість, яка відіграє не останню роль у виникненні раку грудної залози у чоловіків. Demeter J.G. et al. [8], Kozak F.K. et al. [25] описують це захворювання серед родинно пов'язаних суб'єктів чоловічої статі.

Olsson H. et al. [33] досліджували частоту виникнення злоякісних новотворів у родичів 153 чоловіків, що хворіли на рак грудної залози за період від 1965 до 1989 р. Виявилось, що у прямих родичів цих чоловіків по жіночій лінії був підвищений ризик занедужати на рак грудної залози і жіночих статевих органів. У той же час, у дружин чоловіків, що хворіли на рак грудної залози, захворюваність цієї патології не відрізнялася від такої у загальній популяції.

За даними різних авторів, сімейний анамнез (наявність злоякісної пухлини грудної залози у прямих родичів першого і другого покоління) простежується у 7-27% випадків. [3; 9; 10; 18; 22; 39; 40]

Взаємозв'язок між раком молочної залози і колоректальним раком, що спостерігають у жінок, не виявлено у чоловіків [31].

Не так давно Eeles R.A. і Powels T.J. [12], а також Liede et al. [26] знайшли зв'язок між наявністю гена BRCA1, розташованого у хромосомі 17q21, і підвищеним ризиком занедужати на рак грудної залози у жінок. Подальші дослідження тих же авторів не виявили цього взаємозв'язку в чоловіків. До аналогічного висновку прийшли також і Stratton M.R. et al. [47]. Як звертають увагу Wooster R. et al. [52], наявність іншого гена, BRCA2 у хромосомі 13q12-13, також асоціюється з підвищеним ризиком жінок занедужати на рак грудної залози. Однак, як відзначають Csoka V. et al. [7], Thorlacius S. et al. [51], на противагу гену

BRCA1, наявність BRCA2 вказує також на зв'язок з раком грудної залози у чоловіків. Таким чином, детекція гена BRCA2 у чоловіків служить ознакою підвищеного ризику захворіти на рак грудної залози. [7; 12; 26; 51; 52]

Thomas D.B. et al. [48], Thompson D.K. et al. [50] указують на зв'язок іонізуючого випромінювання і виникнення раку грудної залози у чоловіків.

Мета-аналіз семи контрольованих досліджень, проведений Sasco A.J. et al. [41], показав, що ризик занедужати на рак грудної залози значно підвищений у чоловіків з наступними характеристиками: ніколи не були одружені, євреї, захворювання молочної залози в анамнезі, гінекомастія, наявність раку молочної залози у найближчих родичів.

Не виявлено зв'язку раку грудної залози чоловіків із курінням [41].

Проте, як звертають увагу Cassagrande J.T. et al. [4], а також Kessler L.R.S. [24], хоча фактори ризику, безсумнівно, відіграють важливу роль у виникненні раку чоловічої грудної залози, вплив їх доволі обмежений. Більшість індивідумів обох статей, у яких розвився рак молочної залози, не мали відповідних чинників ризику. Крім того, більшість пацієнтів чоловічої статі не мають ніяких гормональних порушень, які можна виявити з допомогою сучасних методів діагностики.

Матеріал і методи

У дослідження залучено 168 хворих на рак грудної залози чоловіків, що отримували лікування і у Закарпатському онкологічному клінічному диспансері та Російському онкологічному науковому центрі ім. М.М. Блохіна Російської академії медичних наук за період від 1946 до 2000 року. У всіх хворих діагноз підтверджений гістологічно.

Статистичне обчислення матеріалу проводилося з допомогою прикладної програми STATISTICA '99 Edition компанії StatSoft, Inc.

Для визначення ступеня ожиріння використовували показник індексу маси тіла (ІМТ) (табл. 2), що розраховувався за наступною формулою [53]:

$$IMT = \frac{\text{вага (кг)}}{\text{зріст}^2 \text{ (м)}}$$

Результати й обговорення

Середній вік пацієнтів становив $56,1 \pm 11,2$ року.

Таблиця 2

Показники ступеня ожиріння в залежності від індексу маси тіла

ІМТ	Ступінь ожиріння
10-20	Норма
21-30	Помірне (20% надлишку ваги)
31-35	Середнє
36-40	Важке
40-50	Патологічне (подвійна розрахункова вага)
50+	

Наймолодшому хворому було 19 років, найстаршому – 82 роки. Пік захворюваності чоловіків на рак грудної залози припадає на шосту декаду життя (рис.1), при цьому ризик захворіти суттєво підвищується після 40 років.

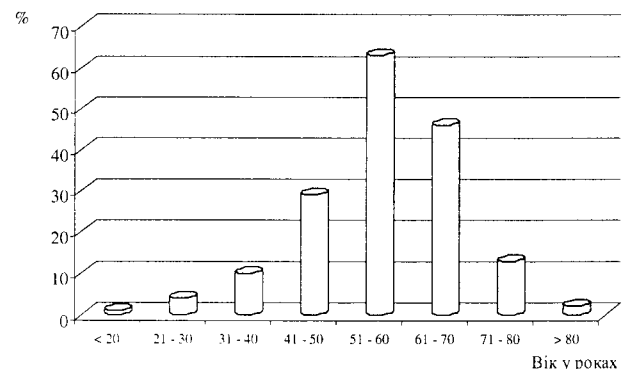


Рис. 1

Частота виникнення раку грудної залози у чоловіків у залежності від віку

Переважає кількість хворих мали надлишкову масу тіла. Зі 158 хворих, у яких був визначений ІМТ, лише у 10 (6,33%) він виявився в межах норми. У інших було або помірне, або середнє і важке ожиріння. В одного пацієнта спостерігали патологічне ожиріння. Пацієнтів з дефіцитом маси тіла не було (табл. 3).

Таблиця 3

Поділ чоловіків хворих на рак грудної залози, у залежності від ступеня ожиріння

Ступінь ожиріння	Кількість хворих	%
Норма	10	6.33
Помірне	124	78.48
Середнє	20	12.66
Важке	3	1.90
Патологічне	1	0.63
Разом	158	100

На наявність злоякісних пухлин у найближчих родичів звернули увагу в 24 (14,72%) із 163 хворих. Причому, рак грудної залози у родичів першого порядку був у 2-х випадках (в обох мова йшла про рак жіночої грудної залози), що склало 1,23% від усіх хворих і 8,33% від пацієнтів, у сімейному анамнезі яких виявлено злоякісні новотвори.

Із 161 підданого аналізу пацієнтів рак грудної залози виник на тлі гінекомастії у 50, що становило 31,06%. У всіх випадках факт наявності гінекомастії був підтверджений гістологічно.

Із супровідних захворювань чоловіків хворих на рак грудної залози найчастіше траплялася патологія серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, стенокардія, коронарокардіосклероз, серцево-судинна недостатність різного ступеня виразності, аритмії, порушення провідності і т.д.); патологія печінки (підвищені рівні печінкових трансаміназ, зміни паренхіми печінки при ультразвуковому комп'ютерному дослідженні) і цукровий діабет (табл. 4).

Таблиця 4

Супровідна патологія у чоловіків хворих на рак грудної залози

Супровідна патологія	Кількість пацієнтів	%
Не відзначено	90	54.88
Серцево-судинної системи	37	22.56
Печінки	20	12.20
Цукровий діабет	5	2.05
Інша*	30	18.29
Разом	164	100

* - калькульозний холецистит, нирковокам'яна хвороба, полікістоз нирок, хронічна ниркова недостатність, аденома простати, хронічний простатит, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, геморой, бронхіальна астма, емфізема легень, пневмосклероз, хронічний бронхіт, хронічна пневмонія, хронічний гастрит, виразкова хвороба, аденома щитоподібної залози, аденома коловушиної залози, катаракта, глаукома, туберкульоз легень та ін.

Переважає кількість пацієнтів, у яких були супровідні захворювання, мали поєднану патологію.

Спектр інших супровідних захворювань, відзначених у табл. 3 у виносці, досить широкий, однак звертає увагу наявність у двох хворих трансплантації нирки в анамнезі. Обидва пацієнти приймали більш-менш тривалий час імунодепресанти.

Дані стосовно професійної діяльності пацієнтів (на момент виявлення захворювання або ж у минулому) наведено у таблиці 5. Як бачимо, майже у 1/5 чоловіків хворих на рак грудної залози, вид їхньої діяльності пов'язаний з впливом шкідливих факторів. При цьому найбільш суттєвою у кількісному відношенні виявилася дія електромагнітного випромінювання. Разом з тим, у понад 80 відсотків пацієнтів не вдалося виявити зв'язку з професійними шкідливостями.

Як свідчить велика кількість літературних джерел, середній вік чоловіків хворих на рак грудної залози складає 60-65 років. У нашому дослідженні середній вік пацієнтів становить $56,14 \pm 11,19$ року. Пік захворюваності приходився на 6-те десятиліття життя. Ризик занедужати на рак грудної залози у чоловіків збільшується, починаючи з 4-ї декади життя, досягаючи свого піка між 50 і 60-а роками, а потім йде на спад після досягнення 70-літнього віку.

Генетична спадковість, що відіграє не останню роль у виникненні раку грудної залози у чоловіків, на думку деяких авторів, є важливим епідеміологічним аспектом цього злостісного новотвору. Це захворювання описане серед родино зв'язаних суб'єктів чоловічої статі. Крім того, безсумнівною ознакою підвищеного ризику занедужати на рак грудної залози служить наявність гена BRCA2 у чоловіків, що також підтверджує важливу роль генетичних факторів у етіології цього захворювання.

У нашому дослідженні на наявність раку грудної залози у найближчих родичів звернули увагу всього лише двоє хворих, що склало 1,23% від загальної їхньої кількості. В обох випадках мова йшла про родичів першого порядку по жіночій лінії. Усього ж на наявність злостісних пухлин у найближчих родичів указували 24 (14,72%) із 163 хворих.

Зв'язок раку чоловічої молочної залози з гінекомастією досить суперечлива, але ймовірна,

Таблиця 5

Поділ чоловіків, хворих на рак грудної залози, у залежності від виду професійної діяльності

Вид діяльності	Кількість хворих	%
Робітники гарячих цехів	6	4.32
Працівники зайняті у виробництві мила та парфумів	2	1.44
Робітники, діяльність яких пов'язана з електромагнітними полями	11	7.91
Робітники бензоколонок, станцій техобслуговування	3	2.16
Робітники, діяльність яких пов'язана з іонізуючим випромінюванням	4	2.88
Шкідливих впливів, пов'язаних з професією, не виявлено	113	81.29
Разом	139	100

тому що гінекомастія — це один із виявів фемінізації, роль якої у виникненні раку молочної залози у чоловіків досить істотна. У нашому дослідженні рак молочної залози виник на тлі гінекомастії у 31% випадків.

Що стосується супровідних захворювань, то перелік їх нічим не відрізнявся від такого у відповідних вікових групах чоловіків, що не хворіють на рак грудної залози. Хіба що привертає увагу наявність у двох хворих трансплантації нирки в анамнезі. Обидва пацієнти приймали імунодепресанти.

У переважної кількості чоловіків хворих на рак молочної залози, була надлишкова маса тіла. Нормальну вагу мали лише 6% пацієнтів. Деякі автори відзначають, що такий фактор, як ожиріння, асоціюється з підвищеним ризиком у чоловіків занедужати на рак грудної залози, однак у більшій мірі це стосується пацієнтів, у яких надлишкова вага наявна з раннього віку.

Низка авторів звертає увагу на наявність в анамнезі чоловіків, хворих на рак грудної залози впливу шкідливих факторів, які здатні підвищити ризик виникнення цього захворювання. Перш за все, це контакт з поліциклічними ароматичними вуглеводами і гетероциклічними з'єднаннями, ароматичними сполуками азоту, ароматичними аміносполуками, нітрозосполуками, металами, металоїдами і неорганічними солями, а також дія електромагнітного поля, іонізуючого випромінювання та постійного перегрівання. У нашому дослідженні запідозрити прямий шкідливий вплив, пов'язаний з професійною діяльністю, можна у 18% випадків. При цьому майже половина з них — в результаті несприятливої дії електромагнітного поля. Разом з тим, понад 81% всіх чоловіків, що захворіли на рак грудної залози, не мали будь-якого контакту з канцерогенними сполуками, як і не піддавалися дії іонізуючого випромінювання та електромагнітного поля.

Висновок

Ризик занедужати на рак грудної залози у чоловіків починає зростати після досягнення 40-річного віку. Пік захворюваності припадає на шосте десятиріччя життя. Середній вік хворих чоловіків на рак грудної залози складає 56 років.

Генетична спадковість є важливим епідеміологічним аспектом розвитку раку чоловічої грудної залози. Безсумнівною ознакою підвище-

ного ризику занедужати є наявність гена BRCA2 у чоловіків.

Наявність гінекомастії може призводити до зростання ризику захворіти на рак чоловічої грудної залози.

Надмірна маса тіла у чоловіків, особливо з раннього віку, асоціюється з підвищенням ризику розвитку раку грудної залози.

Продовжуваний контакт з деякими шкідливими факторами зовнішнього середовища (електромагнітним полем, іонізуючим випромінюванням, поліциклічними ароматичними вуглеводами, перегрівання тощо) також підвищують шанси чоловіків занедужати на рак грудної залози.

Література

1. Лєтягин ВП. Рак молочной железы у мужчин. Вестник РОНЦ им НН Блохина РАМН. 2000; 4: 58-62.
2. Boardman LA, Thibodeau SN, Schaid DJ, Lindor NM, McDonnell SK, Burgart LJ, Ahlquist DA, Podratz KC, Pittelkow M, Hartmann LC. Increased risk for cancer in patients with the Peutz-Jeghers syndrome. *Ann Intern Med* 1998; 128(11): 896-9.
3. Borgen PI, Wong GY, Vlamis V et al. Current management of male breast cancer. A review of 104 cases. *Ann Surg* 1992; 215: 451-459.
4. Cassagrande JT, Hanisch R, Pike MC et al. A case-control study of male breast cancer. *Cancer Res* 1988; 48: 1326-1330.
5. Cocco P, Figgs L, Dosemeci M, Hayes R, Linet MS, Hsing AW. Case-control study of occupational exposures and male breast cancer. *Occup Environ Med* 1998; 55: 599-604.
6. Crichlow RW. Carcinoma of the male breast. *Surg Gynecol Obstet* 1972; 134: 1011-1019.
7. Csokay B, Udvarhelyi N, Sulyok Z, Besznyak I, Ramus S, Ponder B, Olah E. High frequency of germ-line BRCA2 mutations among Hungarian male breast cancer patients without family history. *Cancer Res* 1999; 59(5): 995-8.
8. Demeter JG, Waterman NG, Verdi GD. Familial male breast carcinoma. *Cancer* 1990; 654: 2342-2343.
9. Digenis AG, Ross CB, Morrison JG et al. Carcinoma of the male breast. A review of 41 cases. *South Med J* 1990; 83: 1162-1167.
10. Donegan WL, Perez-Mesa CM. Carcinoma of the male breast. A 30-year review of 28 cases. *Arch Surg* 1973; 106: 273-279.
11. Donegan WL. Cancer of the breast in men. *C A* 1991; 41: 339-354.
12. Eeles RA, Powles TJ. Chemoprevention options for BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *J Clin Oncol* 2000; 18(21): 93-9.
13. Eldar S, Nash E, Abrahamson J. Radiation carcinogenesis in the male breast. *Eur J Surg Oncol* 1989; 15: 274-278.
14. Evans DB, Crichlow RW. Carcinoma of the male breast and Klinefelter's syndrome. Is there an association? *CA* 1987; 37: 246-257.
15. Ewertz M, Holmberg L, Kariäläinen S et al. Incidence of

- male breast cancer in Scandinavia, 1943-1982. *Int J Cancer* 1989; 43: 27-31.
16. Feychting M, Forssén U, Rutqvist LE, Ahlbom A. Magnetic fields and breast cancer in Swedish adults residing near high-voltage power lines. *Epidemiol* 1998; 9(4): 392-7.
17. Fodor PB. Breast cancer in a patient with gynecomastia. *Plast Reconstr Surg* 1989; 84: 976-979.
18. Gough DB, Donohue JH, Evans MM et al. A 50-year experience of male breast cancer. Is outcome changing? *Surg Oncol* 1993; 2: 325-333.
19. Haga S, Watanabe O, Shimizu T et al. Breast cancer in a male patient with prolactinoma. *Surg Today* 1993; 23: 251-255.
20. Hansen J. Elevated risk for male breast cancer after occupational exposure to gasoline and vehicular combustion products. *Am J Ind Med* 2000; 37(4): 349-52.
21. Hasle H, Mellemgaard A, Nielsen J, Hansen J. Cancer incidence in men with Klinefelter syndrome. *Br J Cancer* 1995; 71: 416-20.
22. Hodson GR, Urdaneta LF, Al-Jurf AS et al. Male breast carcinoma. *Am Surg* 1985; 51: 47-49.
23. Hsing AW, McLaughlin JK, Cocco P, Co Chien HT, Fraumeni JF. Risk factors for male breast cancer (US). *Cancer Causes Control* 1998; 9: 269-75.
24. Kessler LRS II. Selected aspects of breast cancer etiology and epidemiology. *Proc Am Assoc Cancer Res* 1980; 21: 72.
25. Kozak FK, Hall JG, Baird PA. Familial breast cancer in males. *Cancer* 1986; 58: 2736-2739.
26. Liede A, Metcalfe K, Hanna D, Hoodfar E, Snyder C, Durham C, Lynch HT, Narod SA. Evaluation of the needs of male carriers of mutations in BRCA1 or BRCA2 who have undergone genetic counseling. *Am J Hum Genet* 2000; 67(6): 1494-504.
27. Mabuchi K, Bross DS, Kessler II. Risk factors for male breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 1985; 74: 371.
28. Marger D, Urdaneta N, Fischer JJ. Breast cancer in brothers. *Cancer* 1975; 36: 458-461.
29. McLaughlin JK, Malker HSR, Blot WJr et al. Occupational risks for male breast cancer in Sweden. *Br J Indust Med* 1988; 45: 275-276.
30. Nectoux J, Parkin DM. Epidemiology of breast cancer in men. *Bull Cancer* 1992; 79: 991-8.
31. Neugut AI, Murray TI, Lee WC, Robinson E. The association of breast cancer and colorectal cancer in men. An analysis of surveillance, epidemiology, and end results program data. *Cancer* 1991; 68: 2069-73.
32. Olsson H, Alm P, Kristoffersson U et al: Hypophyseal tumor and gynecomastia preceding bilateral breast cancer development in a man. *Cancer* 1984; 53: 1974-1977.
33. Olsson H, Andersson H, Johansson O, Moller TR, Kristoffersson U, Wenngren E. Population-based cohort investigations of the risk for malignant tumors in first-degree relatives and wives of men with breast cancer. *Cancer* 1993; 71: 1273-8.
34. Olsson H, Ranstam. Head trauma and exposure to prolactin-elevating drugs as risk factors for male breast cancer. *J Nat Cancer Inst* 1988; 80: 679-683.
35. Pritchard TJ, Pankowsky DA, Crowe JP et al. Breast cancer in a male-to-female transsexual-a case report. *JAMA* 1988; 259: 2278-2280.
36. Rosenbaum PF, Vena JE, Zielesny MA et al. Occupational exposures associated with male breast cancer. *Am J Epidemiol* 1994; 139: 30-36.
37. Rosenblatt KA, Thomas DB, McTiernan A, Austin MA, Stalsberg H, Stemhagen A, Thompson WD, Curnen MG, Satariano W, Austin DF. Breast cancer in men: aspects of familial aggregation. *J Natl Cancer Inst* 1991; 83: 849-54.
38. Rudan I, Rudan N, Strnad M. Differences between male and female breast cancer. I. Epidemiological features. *Act Med Croatica* 1995; 49: 117-20.
39. Salvadori B, Saccozzi R, Manzari A et al. Prognosis of breast cancer in males: An analysis of 170 cases. *Eur J Cancer* 1994; 30A: 930-935.
40. Sandler B, Carman C, Perry RR. Cancer of the male breast. *Am Surg* 1994; 60: 816-820.
41. Sasco AJ, Lowenfels AB, Pasker-de Jong P. Review article: epidemiology of male breast cancer. A meta-analysis of published case-control studies and discussion of selected aetiological factors. *Int J Cancer* 1993; 53: 538-49.
42. Scheike O, Visfeldt J. Male breast cancer. 4. Gynecomastia in patients with breast cancer. *Act Pathol Microbiol Scand* 1973; 81: 359-365.
43. Schottenfeld D, Lilienfeld AM. Some epidemiological features of breast cancer among males. *J Chron Dis* 1963; 16: 71-81.
44. Schwartz RM, Newell RB, Hauch JF et al. A study of familial male breast carcinoma and a second report. *Cancer* 1980; 46: 2697-2701.
45. Sørensen HT, Friis S, Olsen JH, Thulstrup AM, Møller M, Linet M, Trichopoulos D, Vilstrup H, Olsen J. Risk of breast cancer in men with liver cirrhosis. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 231-3.
46. Stenlund C, Floderus B. Occupational exposure to magnetic fields in relation to male breast cancer and testicular cancer: a Swedish case-control study. *Cancer Causes Control* 1997; 8: 184-91.
47. Stratton MR, Ford D, Neuhausen S et al. Familial male breast cancer is not linked to the BRCA1 locus on chromosome 17q. *Nature Genetics* 1994; 7: 103-107.
48. Thomas DB, Rosenblatt K, Jimenez LM, McTiernan A, Stalsberg H, Stemhagen A, Thompson WD, Curnen MG, Satariano W, Austin DF. Ionizing radiation and breast cancer in men (US). *Cancer Causes Control* 1994; 5: 9-14.
49. Thomas DB. Breast cancer in men. *Epidemiol Rev* 1993; 15(1): 220-31.
50. Thompson DK, Li FP, Cassady R. Breast cancer in a man 30 years after radiation for metastatic osteogenic sarcoma. *Cancer* 1979; 44: 2362-2365.
51. Thorlacius S, Struwing JP, Hartge P, Olafsdottir GH, Sigvaldason H, Tryggvadottir L, Wacholder S, Tulinius H, Eyfjörð JE. Population-based study of risk of breast cancer in carriers of BRCA2 mutation. *Lancet* 1998; 352: 9137, 1337-9.
52. Wooster R, Neuhausen SL, Mangion J et al. Localization of a breast cancer susceptibility gene, BRCA2, to chromosome 13q12-13. *Science* 1994; 265: 2088-2090.
53. Principles of anesthesiology. Lea Febiger Philadelphia 3(1): 217.