

УДК 618.198-006.6

В. М. РУДІЧЕНКО¹, Н. Г. КАРБІВНИЧА², А. В. КУШНЕРИК¹, Г. М. ВІНОГРАДОВА¹, В. І. БИК¹, А. А. БРЯКІНА¹¹Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна²Київська міська клінічна лікарня № 8, Київ, Україна/

Рідкісне онкологічне захворювання у чоловіків – рак груді. Важливість тривалого моніторингу стану лікарем первинної ланки (за результатами власних спостережень)

Резюме

Рак груді у чоловіків є рідкісним захворюванням, він становить менше 1 % всіх випадків раку груді та менше 1 % всіх випадків раку в чоловіків. Річна захворюваність оцінюється як приблизно 1 випадок на 100 тис. чоловіків у світі, а життєвий ризик є меншим, ніж 1 випадок на 1000 чоловіків. Частота захворюваності лінійно та стабільно наростає зі збільшенням віку чоловіка, середній вік хворого при первинній діагностиці складає 60–70 років. Фактори ризику, пов'язані з раком груді у чоловіків, включають вік, спадкові генетичні особливості, включно з синдромом Кляйнфельтера та мутацією гена BRCA2, вплив радіації, високі рівні естрогенів та цироз печінки як результат надмірного вживання алкоголю. Однак останній можливий чинник залишається дискусійним. Окремі дослідження припускають, що гінекомастію також можна розглядати як можливий фактор ризику. В статті наведено результати власних спостережень клінічного випадку раку груді в чоловіка.

Ключові слова: рак груді, чоловіки, лікування

Рак груді є найчастішим онкологічним захворюванням, а також найчастішою причиною смерті через онкологію **у жінок** [3]. Близько 1,38 млн нових випадків раку груді були діагностовані в 2008 р. Однак у світі існують значні відмінності у виживанні при раку груді – 5-річне виживання у розвинутих країнах складає 80 %, а в країнах, що розвиваються, менше 40 % [13]. Деяка статистика для розвинутих країн: життєвий ризик розвитку раку груді в американських жінок (США) становить 12,38 % [42]; у Великобританії на сьогодні одна з дванадцяти жінок віком 1–85 років захворіє на рак груді [3].

Проте рак груді у чоловіків (РГЧ) є рідкісним захворюванням [43]. Він становить менше 1 % всіх випадків раку груді та менше 1 % всіх онкологічних захворювань **у чоловіків**. Річна захворюваність складає приблизно 1 випадок на 100 тис. чоловіків у світі [32], а життєвий ризик є меншим, ніж 1 випадок на 1000 чоловіків. Частота захворюваності на РГЧ лінійно та стабільно зростає зі збільшенням віку чоловіка; середній вік хворого при первинній діагностиці складає 60–70 років [31]. Дуже часто первинний висновок стосовно патологічного стану роблять лікарі первинної ланки – загальної практики (сімейної медицини).

Вважають, що в медичній літературі про РГЧ було вперше повідомлено в 1843 р., це захворювання описане як причина смерті п'яти чоловіків у Парижі за період з 1830 до 1840 р. [30, 47]. Починаючи з XIX сторіччя кількість публікацій з приводу РГЧ стабільно збільшувалася – від однієї-двох щороку до 68 публікацій у 2014 р. (дані отримані з бази даних PubMed, за пошуковим терміном «male breast cancer» [30].

Згідно з поточними річними оцінками The International Agency for Research on Cancer, a division of the World Health Organization (Міжнародної агенції з дослідження раку, підрозділ Всесвітньої організації охорони здоров'я) захворюваність на РГЧ у світі становить близько 8000 випадків. У Європі цей показник становить 3750 випадків РГЧ [23]. У США, за оцінками, у 2014 р. очікувалось 2360 випадків; життєвий ризик чоловіків захворіти на рак груді становить приблизно 1 на 1000 [5]. Ці цифри є значно нижчими (менше 1 %), ніж захворюваність на рак груді у жінок, яка складала 11,6 % всесвітньої захворюваності на рак у 2014 р. [22], приблизно 232 тис. жінок в США та 425 тис. жінок в Європі [24, 32]. У чоловіків рак груді діагностують в середньому на 5 років пізніше, ніж у жінок, часто на сьомому десятиріччі життя [17, 25, 40].

Аналіз досліджень дозволяє зробити висновок, що захворюваність на РГЧ збільшується [10, 14, 29, 45, 49]. У великому популяційному дослідженні 2537 чоловіків, хворих на рак груді, в якому проведено аналіз баз даних за спостереженнями, епідеміологією та кінцевими результатами Національного інституту раку (National Cancer Institute's Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER)), повідомлено, що за 25 років (1973–1998 рр.) захворюваність на РГЧ значно збільшилася – з 0,86 до 1,08 випадків на 100 тис. населення в США [26]. Це було підтверджено в іншому нещодавньому дослідженні бази даних SEER [41]. Кількісне зростання випадків раку груді є більшим у темношкірих, ніж у білих американських чоловіків [6], тоді як у жінок відмічається обернена закономірність [30]. Однак треба зауважити, що в останньому випадку швидкість наростання захворю-

ваності наближається до плато, що може бути пов'язано із введенням скринінгових та роз'яснювальних програм для жіночого населення [40]. У додаткових дослідженнях повідомлено, що у темношкірих пацієнтів з РГЧ вперше діагностують хворобу за наявності пухлин більшого ступеня, з метастазами у лімфатичні вузли, порівняно з білими чоловіками [34]. Така расова нерівномірність може бути пов'язана з біологічною/генетичною схильністю або соціоекономічними факторами, такими як доступність заходів охорони здоров'я [6, 12, 36]. Дослідження [44], в якому вивчали відмінності між чорними та білими чоловіками з ранньою стадією РГЧ, підтвердило таку закономірність.

Систематизовані дані дозволяють зробити висновок про певне збільшення захворюваності в Великобританії (Cancer Research UK): з 0,79 на 100 000 населення в 1975–1980 рр. до 0,85 на 100 000 населення в 1990–2011 рр. [16, 30].

Фактори ризику, пов'язані з РГЧ, включають вік, спадкові генетичні особливості, в тому числі синдром Кляйнфельтера та мутацію гена BRCA2, вплив радіації, високі рівні естрогенів та цироз печінки як результат надмірного вживання алкоголю [4, 10, 11, 25, 26, 28, 33, 35, 45, 49]. Однак у деяких публікаціях останній можливий чинник поставлено під сумнів [15, 30]. Гінекомастія є відносно частим доброякісним збільшенням груді у чоловіків, яке може, за окремими оцінками деяких досліджень, залучати до 40–65 % чоловіків [8]. В окремих дослідженнях такий стан розглядають як можливий фактор ризику розвитку РГЧ [10, 49]. Побічно зауважують, що гінекомастія часто пов'язана з ожирінням у чоловіків [18, 39]. У медичній літературі ожиріння офіційно не визнане як фактор ризику виникнення РГЧ, хоча в декількох дослідженнях підтверджено, що ожиріння значно пов'язане з цією патологією [10, 11, 20]. Сімейний анамнез раку груді також є важливим фактором ризику розвитку РГЧ, що підкреслює важливість генетичних чинників у сприйнятливості до цього захворювання [7, 37]. Мутації в двох основних високопенетруючих генах раку груді: BRCA1 (breast cancer 1, early onset gene-ген раннього встановлення) та переважно BRCA2 (breast cancer 2, early onset gene-ген раннього встановлення), вважають причиною близько 10 % випадків розвитку РГЧ [38]. Пожиттєвий ризик розвитку РГЧ оцінюється в діапазоні 1–5 % для носіїв мутації BRCA1 та 5–10 % для носіїв мутації BRCA2, порівняно з ризиком 0,1 % у загальній популяції [9, 19, 46, 48].

Вживання при РГЧ у науковій медичній літературі визнано більш низьким, ніж при раку груді у жінок. Можливо, це результат більш пізнього встановлення діагнозу та неоднозначності консенсусної точки зору, яка полягає в тому, що лікування, розроблене для жінок, хворих на рак груді, буде однаково дієвим у чоловіків [21]. Дослідження більше 13 тис. чоловіків та майже 1,5 млн жінок, хворих на рак груді, були проконтрольовані протягом дев'ятирічного періоду та показали п'ятирічне виживання 74 % для чоловіків та 83 % для жінок [27]. При цьому стадія захворювання на момент діагностики була вирішальним фактором для виживання чоловіків, порівняно з жінками.

Викладаючи на практичних клінічних заняттях та проводячи підготовку лікарів первинної ланки на додипломному та післядипломному етапах на базі Київської міської клінічної лікарні № 8 (КМКЛ № 8), вважаємо доречним у процесі викладання дер-

жавною та англійською мовами студентам та інтернам застосовувати в різних формах опис та аналіз різноманітних поширених і рідкісних клінічних станів та особливостей їх лікування [1, 2]. Наводимо опис випадку раку груді в чоловіка, обговорення клінічних особливостей якого проводимо державною та англійською мовами зі студентами та інтернами.

Опис клінічного випадку

Пацієнт П., чоловік, 67 років, 10.09.19 р. був госпіталізований до загальнотерапевтичного відділення зі скаргами на болі в правому підребер'ї, худоту, загальну слабкість.

Відомо, що у січні 2015 р. пацієнт помітив у себе ущільнення кvasолеподібної форми в ділянці правого соска. 05.01.15 р. звернувся до сімейного лікаря, який порекомендував консультацію хірурга. 06.01.15 р. хворий звернувся до хірурга, було встановлено діагноз – гінекомастія правої грудної залози, рекомендовано оперативне лікування – хірургічне видалення утворення. Під час операції, зі слів хворого, біопсію не проводили. В подальшому скарг не відмічав, до лікарняних закладів не звертався. В 2017 р. помітив ущільнення в ділянці правої пахвової ямки. Коли утворення почало збільшуватись, звернувся до хірурга. Хворому було рекомендовано УЗД м'яких тканин, консультацію онколога.

07.02.17 р. у спеціалізованому закладі було проведено лімфаденектомію підпахвових вузлів справа з біопсією. Цитологічне дослідження показало в лімфатичних вузлах метастази протокової карциноми грудної залози (G-II). 15.02.17 р. встановлено діагноз: Ca правої грудної залози ст. ІІІс Т1N3M0, кл. гр. ІІ. У медичній документації зазначено, що локалізація первинної пухлини – субареолярна ділянка правої грудної залози. Локалізація метастазів – підпахвові, підключичні лімфатичні вузли. Віддалених метастазів немає. Проведений 1 курс поліхіміотерапії (флуороурацил (Fluouracil) – 1000 мг, доксорубіцин (Doxorubicinum) – 100 мг, ендоксан (Cyclophosphamide) – 1000 мг). Хворий виписаний з покращенням.

Згодом хворому проведено ще 4 курси поліхіміотерапії за схемою, а також курс променевої терапії. У серпні 2017 р. здійснено сканування кісток. При проведенні остеосцинтиграфії виявлено продовження хвороби: метастази в кістки. 28.08.17 р. встановлено діагноз: Ca glandulae pectoralis dextrae ст. ІІІс Т1N3M0. Prolongatio morbi: Mts ad ossis, кл. гр. ІІ. До поліхіміотерапії додали метакос 4 мг (Zoledronic acid) (2 курси). У листопаді 2017 р. рекомендовано гормонотерапію (фарестон (Toremifenum) або тамоксифен (Tamoxifenum)) тривало.

Згодом хворий поскаржився на біль у кістках, до лікування додали ібандронову кислоту 6 мг (Ibandronic acid) (26 курсів). Незважаючи на проведене лікування, стан хворого поступово погіршувався, прогресивно посилювалась загальна слабкість, з'явилися жовтяничність шкірних покривів, біль у правому підребер'ї, гіркота у роті, втрата маси тіла на 10 кг за останні 2 місяці.

Хворому проведено дообстеження та 09.09.19 р. встановлений діагноз Ca glandulae pectoralis dextrae ст. ІІІс Т3N1M0. Prolongatio morbi: Mts ad ossis, hepar, кл. гр. ІV. Інтоксикаційний

синдром. Рекомендована симптоматична терапія за місцем проживання. Хворий 10.09.19 р. був госпіталізований до загальноноотерапевтичного відділення № 1 КМКЛ № 8 за направленням ЦПМСД № 1 в екстреному порядку для подальшого дообстеження і лікування. Медична карта стаціонарного хворого № 18183/422.

Анамнестично з'ясовано: спадковість не обтяжена. Туберкульоз, вірусний гепатит, венеричні захворювання, ВІЛ-інфекцію заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений. Діагноз Са грудної залози встановлений 15.02.2017 р.

При поступленні загальний стан хворого середнього ступеня тяжкості. Пацієнт правильної статури, нормальної вродованості. Шкіра жовтуватого забарвлення, видимі слизові оболонки іктеричного відтінку. При зовнішньому огляді анатомічні структури грудної клітки симетричні (рис. 1, 2). Рубець після оперативного втручання на правій грудній залозі. Периферійні лімфовузли не збільшені, рубець після підпахвової лімфаденектомії



Рис. 1. Зовнішній вигляд хворого П.



Рис. 2. Зовнішній вигляд хворого П. з піднятими руками

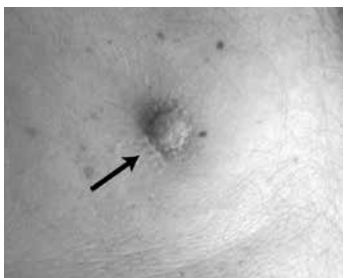


Рис. 3. Ділянка правої грудної залози хворого П. з рубцем після первинної операції (2015 р.)



Рис. 4. Рубець після лімфаденектомії праворуч



Рис. 5. Ультразвукове дослідження печінки з явними множинними метастатичними ураженнями (показано стрілками)



праворуч (рис. 3, 4). Тони серця приглушені, ритмічні. АТ 90/60 мм рт. ст., пульс 72 уд/хв, ритмічний, задовільного наповнення та напруження.

У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Язик вологий, обкладений брудним жовтуватим нальотом. Живіт симетричний. При пальпації живіт м'який, наявний біль у правому підребер'ї. Симптоми подразнення очеревини не визначаються. Печінка +3 см від краю реберної дуги, селезінка не визначається. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Діурез без порушень. Схильність до запорів.

Результати лабораторних аналізів пацієнта П. при поступленні наведені в таблиці 1.

УЗД органів черевної порожнини і нирок (12.09.19 р.):

1. Печінка: на 3 см збільшена; права частка 18 см (Nmax – 15,0 см); структура дрібнозерниста; ехогенність підвищена; жирова інфільтрація; v. portae 1,2 см (Nmax – 1,4 см); наявність вогнищевих утворів: дифузно розташовані вогнища 1,0–4,5 см (рис. 5).

2. Жовчний міхур: овальної форми; розміри 7,0×3,2 см (Nmax – 10,0×5,0 см); стінка ущільнена; не потовщена (Nmax – 0,3 см); містить конкременти до 0,5 см.

3. Жовчні протоки: стінка не ущільнена; не потовщена; не розширені; холедох 0,4 см (Nmax – 0,5 см).

4. Підшлункова залоза: не збільшена; головка 3,0 см (Nmax – 3,0 см). Підвищеної ехогенності, контур нерівний.

5. Селезінка: 13×4,5 см, збільшена; ехогенність N.

6. Права нирка: не збільшена, 8,0×5,0 см (N – 12,0×6,0×4,0 см); товщина паренхіми 1,5 см (N – 1,5×2,0 см); чашково-мисковий комплекс не розширений; ЕХО ознаки конкрементів не виявлені.

7. Ліва нирка: не збільшена 10,0×5,7 см (N – 12,0×6,0×4,0 см); товщина паренхіми 2,0 см (N – 1,5×2,0 см); чашково-мисковий комплекс розширений; ЕХО ознаки конкрементів не виявлені.

8. Простата: 4,5×4,7×4,2 см; середня частка 1,4 см, виступає в просвіт сечового міхура.

УЗД-діагноз: Вогнищеві зміни паренхіми печінки (MTS). ЖКХ: хронічний холецистит. Хронічний панкреатит.

Діагноз: Са glandulae pectoralis dextrae ст. ІІІс Т3N1M0. Prolongatio morbi: Mts ad ossis, hepar, кл. гр.ІV. Інтоксикаційний синдром. Вторинна анемія легкого ступеня.

Проведене лікування:

Реосорбілакт 200,0 (Sorbitol 60 g/1000 ml, Sodium lactate 12 g/1000 ml, Sodium chloride 6 g/1000 ml, Calcium chloride 0,1 g/1000 ml, Potassium chloride 0,3 g/1000 ml, Magnesium chloride 0,2 g/1000 ml) внутрішньовенно крапельно 1 р/д; глутаргін 40 % 5,0 (Argininum) + NaCl 0,9 % 200,0 внутрішньовенно крапельно 1 р/д; суфер 10,0 (Ferri saccharas) + NaCl 0,9 % 100,0 внутрішньовенно крапельно 1 р/д; анальгін 2,0 (Metamizolum natricum) + димедрол 1,0 (Diphenhydraminum) внутрішньом'язово при болях; оменакс 40 мг (Omeprazolom) + NaCl 0,9 % 10,0 внутрішньовенно струминно 1 р/д; преднізолон 30 мг (Prednisolonum) + NaCl 0,9 % 20,0 внутрішньовенно струминно 1 р/д; руміксон 2 г (Ceftriaxonum) + NaCl 0,9 % 20,0 внутрішньовенно струминно 1 р/д; глюкоза 5 % 200,0 (Dextrosom) + аспаркам 10,0 (Asparaginat K-Mg) внутрішньовенно крапельно 1 р/д; фуросемід

Таблиця 1. Результати лабораторних досліджень пацієнта П. при поступленні

Загальний аналіз крові 11.09.2019			
Показники	Результат	Норма	
Гемоглобін, г/л	99	120,0–160,0	
Еритроцити, Т/л	3,4	3,9–5,0	
Гематокрит, %	29	36–48	
Тромбоцити, × 10 ⁹ /л	106	180–320	
Лейкоцити, × 10 ⁹ /л	11,8	4,0–9,0	
ШОЕ, мм/год	29	2–15	
Еозинофіли, %	2	2–4	
Нейтрофіли	Міелоцити, %	3	–
	Метаміелоцити, %	6	–
	Паличкоядерні, %	12	2–5
	Сегментоядерні, %	47	49–65
Лімфоцити, %	22	24–39	
Моноцити, %	8	4–9	
Дегенеративні зміни	Анізоцитоз	Помірно виражені	
	Пойкілоцитоз		
	Анізохромія	–	
Ознаки регенерації еритропоєзу	Поліхроматофіли	6:100 л	
	Еритрокаріоцити	–	
Біохімічний аналіз крові 11.09.19			
Показники	Результат	Норма	
Білірубін загальний, мкмоль/л	124,0	8,5–20,5	
прямий, мкмоль/л	98,0	1,05–5,4	
непрямий, мкмоль/л	26,0	6,5–15,4	
АЛТ, од/л	52	до 42	
АСТ, од/л	109	до 40	
Загальний білок, г/л	60,0	65–85	
Сечовина, ммоль/л	12,5	2,3–8,3	
Креатинін, ммоль/л	0,161	0,044–0,110	
ГГТП, од/л	611	до 50	
ЛФ, од/л	693	до 280	
К, ммоль/л	5,0	3,8–5,2	
Na, ммоль/л	140	138–148	
Cl, ммоль/л	111	95–105	
Загальний аналіз сечі 11.09.2019			
Показники	Результат	Норма	
Кількість, мл	70		
Колір	Насичено-жовтий	Світло-жовтий	
Відносна густина, відносне значення	1020	1001–1040	
Реакція	Кисла	5,5–7,2	
Білок, г/л	0,034	≤0,033	
Глюкоза	Не виявлено		
Кетонів тіла	Не виявлено		
Еритроцити	Незмін. 10–12 в п/з	0–1 у п/з	
Лейкоцити	До 30	2–8 у п/з	

Таблиця 2. Результати лабораторних досліджень пацієнта П. при виписуванні

Загальний аналіз крові 18.09.2019			
Показники	Результат	Норма	
Гемоглобін, г/л	92	120,0–160,0	
Еритроцити, Т/л	3,1	3,9–5,0	
Гематокрит, %	28	36–48	
Тромбоцити, × 10 ⁹ /л	51	180–320	
Лейкоцити, × 10 ⁹ /л	13,3	4,0–9,0	
ШОЕ, мм/год	18	2–15	
Еозинофіли, %	8	2–4	
Нейтрофіли	Міелоцити, %	2	
	Метаміелоцити, %	4	
	Паличкоядерні, %	13	2–5
	Сегментоядерні, %	57	49–65
Лімфоцити, %	13	24–39	
Моноцити, %	3	4–9	
Дегенеративні зміни	Анізоцитоз	Слабо виражені	
	Пойкілоцитоз		
	Анізохромія		
Ознаки регенерації еритропоєзу	Поліхроматофіли	3:100 л	
	Еритрокаріоцити		
Біохімічний аналіз крові 18.09.2019			
Показники	Результат	Норма	
Білірубін загальний, мкмоль/л	248,0	8,5–20,5	
прямий мкмоль/л	198,0	1,05–5,4	
непрямий мкмоль/л	50,0	6,5–15,4	
АЛТ, од/л	46	до 42	
АСТ, од/л	106	до 40	
Загальний білок, г/л	52,0	65–85	
Сечовина, ммоль/л	8,3	2,3–8,3	
Креатинін, ммоль/л	0,077	0,044–0,110	
ГГТП, од/л	729	до 50	
ЛФ, од/л	744	до 280	
Альбумін	31	35–50	

2,0 (Furosemidum) + NaCl 0,9 % 5,0 внутрішньовенно струминно 1 р/д; стерофундин 500,0 (Sodium chloride 680 mg/1000 ml, Potassium chloride 30 mg/1000 ml, Magnesium chloride hexahydrate 20 mg/1000 ml, Calcium chloride dehydrate 37 mg/1000 ml, Sodium acetate trihydrate 327 mg/1000 ml, Maleic acid 67 mg/1000 ml) внутрішньовенно крапельно 1 р/д; дуфалак 15 мл (Lactulosum) per os 3 р/д.

У результаті проведеного лікування позитивної динаміки стану хворого не було. Прогресивно наростали жовтяниця, інтоксикаційний синдром, загальна слабкість. Хворий виписаний 18.09.19 р. за власним бажанням. Результати лабораторних аналізів пацієнта П. під час виписування наведено в таблиці 2.

Додаткова інформація. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Список використаної літератури

1. Спостереження клінічно рідкісної форми раку: дидактичне застосування у викладанні / А. М. Пілецький, В. М. Рудіченко, Н. В. Снігир, Н. Г. Карбівнича // Мистецтво лікування. – 2017. – № 3. – С. 24–26.
2. Бешиха в практиці сімейного лікаря / В. М. Рудіченко, А. С. Любченко, Д. В. Рейзін С. В. Плахотнік, Г. М. Виноградова, А. В. Громович // Мистецтво лікування. – 2017. – № 9–10. – С. 21–26.
3. Awareness and current knowledge of breast cancer / M. Akram, M. Iqbal, M. Danial, A.U. Khan // Biol. Res. – 2017. – No. 50. – P. 33–56.
4. Conditions of the male breast: gynaecomastia and male breast cancer (Review) / L. Alali, H. Honarpisheh, A. Shaaban, V. Speirs // Mol. Med. Rep. – 2010. – No. 3. – P. 21–26.
5. American Cancer Society. Cancer facts and figures 2014 [Electronic resource]. Atlanta, GA : American Cancer Society, 2014. – URL: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/webcontent/acspc-042151.pdf>.
6. Is male breast cancer similar or different than female breast cancer? / W. F. Anderson, M. D. Althuis, L. A. Brinton, S. S. Devesa // Breast Cancer Res. Treat. – 2004. – No. 83. – P. 77–86.
7. BRCA1 and BRCA2 mutations in a population-based study of male breast cancer / V. M. Basham, J. M. Lipscombe, J. M. Ward [et al.] // Breast Cancer Res. – 2002. – No. 4. – P. R2–14.
8. Bembo S. A. Gynecomastia: its features, and when and how to treat it / S. A. Bembo, H. E. Carlson // Cleve Clin. J. Med. – 2004. – No. 71. – P. 511–517.
9. Breast Cancer Linkage Consortium. Cancer risks in BRCA2 mutation carriers // J. Natl. Cancer Inst. – 1999. – No. 91. – P. 1310–1316.
10. Anthropometric and hormonal risk factors for male breast cancer: male breast cancer pooling project results / L. A. Brinton, M. B. Cook, V. McCormack [et al.] // J. Natl. Cancer Inst. – 2014. – No. 106. – P. 465–493.
11. Prospective evaluation of risk factors for male breast cancer / L. A. Brinton, D. A. Richesson, G. L. Gierach [et al.] // J. Natl. Cancer Inst. – 2008. – No. 100. – P. 1477–1481.
12. Male breast cancer according to tumor subtype and race: a population-based study / M. Chavez-Macgregor, C. A. Clarke, D. Lichtensztajn [et al.] // Cancer. – 2013. – No. 119. – P. 1611–1617.
13. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD) / M. Coleman, M. Quaresma, F. Berrino [et al.] // Lancet Oncol. – 2008. – No. 9. – P. 730–756.
14. Male breast cancer: is the scenario changing / K. B. Contractor, K. Kaur, G. S. Rodrigues [et al.] // World J. Surg. Oncol. – 2008. – No. 6. – P. 58.
15. Tobacco and alcohol in relation to male breast cancer: an analysis of the male breast cancer pooling project consortium / M. B. Cook, P. Guenel, S. M. Gapstur [et al.] // Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. – 2015. – No. 24. – P. 520–531.
16. CRUK. Breast cancer incidence in males [Electronic resource]. – 2014. – URL: <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/cancerstats/types/breast/incidence/uk-breast-cancer-incidencestatistics#source1>.
17. Breast cancer in men in Cote d'Or (France): epidemiological characteristics, treatments and prognostic factors / T. S. Dabakuyo, O. Dialla, J. Gentil [et al.] // Eur. J. Cancer Care. – 2012. – No. 21. – P. 809–816.
18. Causes of gynaecomastia in young adult males and factors associated with idiopathic gynaecomastia / H. Ersoz, M. E. Onde, H. Terekeci [et al.] // Int. J. Androl. – 2002. – No. 25. – P. 312–316.
19. Risk of breast cancer in male BRCA2 carriers / D. G. Evans, I. Susnerwala, J. Dawson [et al.] // J. Med. Genet. – 2010. – No. 47. – P. 710–711.
20. Risk factors for male breast cancer – a case-control study from Scandinavia / M. Ewertz, L. Holmberg, S. Tretli [et al.] // Acta Oncologica (Stockholm, Sweden). – 2001. – No. 40. – P. 467–471.
21. Fentiman I. S. Male breast cancer / I. S. Fentiman, A. Fourquet, G. N. Hortobagyi // Lancet. – 2006. – No. 367. – P. 595–604.
22. GLOBOCAN 2012 v1.0. Cancer incidence and mortality worldwide [Electronic resource] / J. Ferlay, M. Ervik, R. Dikshit [et al.] // IARC CancerBase. – 2013. – No. 11 – URL: <http://globocan.iarc.fr>.
23. Ferlay J. Cancer incidence in five continents [Electronic resource] / J. Ferlay, E. Steliarova-Foucher, D. Forman // IARC CancerBase. – 2014. – No. 9. – URL: <http://ci5.iarc.fr>.
24. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012 / J. Ferlay, E. Steliarova-Foucher, J. Lortet-Tieulent [et al.] // Eur. J. Cancer. – 2013. – No. 49. – P. 1374–1403.
25. Giordano S.H., Buzdar A.U., Hortobagyi G.N. Breast cancer in men // Ann. Intern. Med. – 2002. – No. 137. – P. 678–687.
26. Breast carcinoma in men: a population-based study / S. Giordano, D. Cohen, A. Buzdar [et al.] // Cancer. – 2004. – No. 101. – P. 51–57.
27. Gender differences in breast cancer: analysis of 13,000 breast cancers in men from the National Cancer Data Base / J. M. Greif, C. M. Pezzi, V. S. Klimberg [et al.] // Ann. Surg. Oncol. – 2012. – No. 19. – P. 3199–3204.
28. Alcohol drinking may increase risk of breast cancer in men: a European population-based case-control study / P. Guenel, D. Cyr, S. Sabroe [et al.] // Cancer Causes Contro. – 2004. – No. 15. – P. 571–580.
29. Male breast cancer: is the incidence increasing? / N. C. Hodgson, J. H. Button, D. Franceschi [et al.] // Ann. Surg. Oncol. – 2004. – No. 11. – P. 751–755.
30. Obesity and male breast cancer: provocative parallels? / M. P. Humphries, V. C. Jordan, V. S. Humphries [et al.] // BMC Med. – 2015. – No. 13. – P. 134–143.
31. Multidisciplinary meeting on male breast cancer: summary and research recommendations / L. A. Korde, J. A. Zujewski, L. Kamin [et al.] // J. Clin. Oncol. – 2010. – No. 28. – P. 2114–2122.
32. An international comparison of male and female breast cancer incidence rates / D. Ly, D. Forman, J. Ferlay [et al.] // Int. J. Cancer. – 2013. – No. 132. – P. 1918–1926.
33. Memon M. A. Male breast cancer / M. A. Memon, J. H. Donohue // Br. J. Surg. – 1997. – No. 84. – P. 433–435.
34. Incidence and outcome of male breast cancer: an international population-based study / H. Miao, H. M. Verkooijen, K. S. Chia [et al.] // J. Clin. Oncol. – 2011. – No. 29. – P. 4381–4386.
35. Misra S. P. Cancer of the breast in a male cirrhotic: is there an association between the two? / S. P. Misra, V. Misra, M. Dwivedi // Am. J. Gastroenterol. – 1996. – No. 91. – P. 380–382.
36. Racial/ethnic differences in survival rates in a population-based series of men with breast carcinoma / C. D. O'Malley, A. W. Prehn, S. J. Shema, S. L. Glaser // Cancer. – 2002. – No. 94. – P. 2836–2843.
37. BRCA1 and BRCA2 mutation status and tumor characteristics in male breast cancer: a population-based study in Italy / L. Ottini, G. Masala, C. D'Amico [et al.] // Cancer Res. – 2003. – No. 63. – P. 342–347.
38. Male breast cancer: genetics, epigenetics, and ethical aspects / P. Rizzolo, V. Silvestri, S. Tommasi [et al.] // Ann. Oncol. – 2013. – No. 24, Suppl 8. – P. 75–82.
39. Adolescent gynecomastia: not only an obesity issue / H. Rosen, M. L. Webb, A. D. DiVasta [et al.] // Ann. Plast. Surg. – 2010. – No. 64. – P. 688–690.
40. An analysis of male and female breast cancer treatment and survival among demographically identical pairs of patients / C. E. Scott-Conner, P. R. Jochimsen, H. R. Menck, D. J. Winchester // Surgery. – 1999. – No. 126. – P. 775–780.
41. SEER. Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) [Electronic resource] // Program Surveillance Research Program, Surveillance Systems Branch. – 2015. – URL: www.seercancer.gov.
42. Siegel R. Cancer statistics, 2013 / R. Siegel, D. Naishadham, A. Jemal // Cancer J. Clin. – 2013. – No. 63. – P. 11–30.
43. Male breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: pathology data from the Consortium of Investigators of Modifiers of BRCA1/2 / V. Silvestri, D. Barrowdale, A. M. Mulligan [et al.] // Breast Cancer Res. – 2016. – No. 18. – P. 15–28.
44. Black/white disparities in receipt of treatment and survival among men with early-stage breast cancer / H. M. Sineshaw, R. A. Freedman, E. M. Ward [et al.] // J. Clin. Oncol. – 2015. – No. 33. – P. 5584–5591.
45. Speirs V. The rising incidence of male breast cancer / V. Speirs, A. M. Shaaban // Breast Cancer Res. Treat. – 2009. – No. 115. – P. 429–430.
46. Breast cancer risk among male BRCA1 and BRCA2 mutation carriers / Y. C. Tai, S. Domchek, G. Parmigiani, S. Chen // J. Natl. Cancer Inst. – 2007. – No. 99. – P. 1811–1814.
47. Tanchou T. Statistics of cancer / T. Tanchou // Lancet. – 1843. – No. 40. – P. 649–650.
48. Thompson D. Cancer incidence in BRCA1 mutation carriers / D. Thompson, D. F. Easton // J. Natl. Cancer Inst. – 2002. – No. 94. – P. 1358–1365.
49. Male breast carcinoma: increased awareness needed / J. White, O. Kearns, D. Dodwell [et al.] // Breast Canc. Res. – 2011. – No. 13. – P. 219–228.

Резюме

Редкое онкологическое заболевание у мужчин – рак груди. Важность длительного мониторинга состояния врачом первичного звена (по результатам собственных наблюдений)

В. М. Рудиченко¹, Н. Г. Карбивничая², А. В. Кушнерик¹,
Г. Н. Виноградова¹, В. И. Бык¹, А. А. Брякина¹

¹Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев, Украина

²Киевская городская клиническая больница № 8, Киев, Украина

Рак груди у мужчин является редким заболеванием, он составляет менее 1 % всех случаев рака груди и менее 1 % всех случаев рака у мужчин. Годовая заболеваемость оценивается как примерно 1 случай на 100 тыс. мужчин в мире, а пожизненный риск – меньше чем 1 случай на 1000 мужчин. Частота заболеваемости линейно и стабильно нарастает с увеличением возраста мужчины, средний возраст больного при первичной диагностике составляет 60–70 лет. Факторы риска, связанные с раком груди у мужчин, включают возраст, наследственные генетические особенности, включая синдромом Клайнфельтера и мутацию гена BRCA2, воздействие радиации, высокие уровни эстрогенов и цирроз печени как результат чрезмерного употребления алкоголя. Однако последний возможный фактор остается дискуссионным. Некоторые исследования предполагают, что гинекомастию можно рассматривать как возможный фактор риска. В статье приведены результаты собственных наблюдений клинического случая рака груди у мужчины.

Ключевые слова: рак груди, мужчины, лечение

Summary

A rare cancer in men is breast cancer. The importance of long-term monitoring of the primary care physician status (based on own observations)

V. M. Rudichenko¹, N. G. Karbivnycha², A. V. Kushneryk¹,
G. M. Vynogradova¹, V. I. Byk¹, A. A. Briakina¹

¹O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

²Kyiv City Clinical Hospital № 8, Kyiv, Ukraine

Male breast cancer is a rare disease. It constitutes less than 1% of all breast cancers and less than 1% of all male cancers. Annual morbidity estimates as approximately 1 case per 100000 of male population, and lifetime risk constitutes less than 1 case per 1000 males. The rate of morbidity increases in linear and stable mood with increasing man's age with mean age of patient at the time of primary diagnosis between 60 and 70 years. Risk-factors connected with male breast cancer include age, hereditary genetic features including Klinefelter syndrome and BRCA2 gene mutation, impact of radiation, estrogen high levels and liver cirrhosis as a result of an excessive alcohol consumption. But the latter possible factor still is under discussion. Some investigations permit to consider gynecomastia as a possible risk-factor. The article submits the results of own observations of male breast cancer case.

Key words: breast cancer, men, treatment