

В.А. Иванов, И.А. Озерская,
Д.В. Акимов

Диагностика и лечение ГИНЕКОМАСТИИ

Методические рекомендации



УДК 618.19-007.61(072)
ББК 55.6 (56.9)
И 20

*Утверждено Учёным советом ФПК МР Российского университета
Дружбы народов (протокол № 6 от 18.06.2013 г.)*

Иванов В.А.

И 20 **Диагностика и лечение гинекомастии : Методические рекомендации / В.А. Иванов, И.А. Озерская, Д.В. Акимов. – Москва: Издательский дом Видар-М, 2013. – 64 с.: ил.**

ISBN 978-5-88429-185-0

Книга посвящена увеличению грудной железы у мужчин – гинекомастии. Освещены проблемы классификации, этиологии и патогенеза, а также клинической картины заболевания. Подробно рассмотрены все методы диагностики: рентгеновская маммография, эхография (В-режим, цветовое картирование, спектральная доплерография, 3D-реконструкция, в том числе с применением опции VOCAL для объективной оценки васкуляризации), тонко(толсто)игольная пункционная биопсия и лабораторные тесты. Приведены различные схемы лечения гинекомастии, основанные на этиопатогенетических подходах. Предложены алгоритмы ведения мужчин различных возрастных групп для своевременной диагностики и адекватного лечения патологии грудных желёз.

Предназначена для врачей маммологов, онкологов, педиатров, урологов, других клинических специальностей, а также специалистов визуальных и лабораторных методов диагностики.

**УДК 618.19-007.61(072)
ББК 55.6 (56.9)**

Рецензенты:

*заведующая научным отделением ультразвуковых методов исследования и миниинвазивных методов лечения с использованием ультразвука ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, доктор медицинских наук, профессор **Е.Ю. Трофимова***

*главный научный сотрудник лаборатории УЗД ФГБУ «Российский научный центр хирургии им. академика Б.В. Петровского» РАМН, доктор медицинских наук **Е.П. Фисенко***

ISBN 978-5-88429-185-0

© Иванов В.А., Озерская И.А., Акимов Д.В.,
2013
© Оформление. Издательский дом Видар-М,
2013

Оглавление

| | |
|--|-----------|
| Список сокращений | 4 |
| Введение | 5 |
| Исторические сведения | 7 |
| Классификации гинекомастии | 8 |
| Этиология и патогенез | 11 |
| Клинические проявления гинекомастии | 18 |
| Методы диагностики | 20 |
| Маммография | 20 |
| Ультразвуковая диагностика | 27 |
| Тонко(толсто)игольная аспирационная биопсия | 46 |
| Лабораторная диагностика | 47 |
| Лечение гинекомастии | 50 |
| Алгоритмы ведения больных гинекомастией | 55 |
| Заключение | 58 |
| Список литературы | 59 |

Список сокращений

| | | |
|----------------|---|--|
| ЛГ | – | лютеинизирующий гормон |
| МАС | – | максимальная артериальная скорость кровотока |
| T ₃ | – | трийодтиронин |
| T ₄ | – | тироксин |
| ТТГ | – | тиреотропный гормон |
| УЗИ | – | ультразвуковое исследование |
| ФСГ | – | фолликулостимулирующий гормон |
| ЦДК | – | цветовое доплеровское картирование |
| 3D | – | трехмерный |
| IR | – | индекс резистентности |

Введение

Патология грудной железы у мужчин встречается гораздо реже, чем у женщин, однако частота возникновения рака грудной железы у мужчин на фоне доброкачественной патологии варьирует от десятой доли процента до 60%. Врачи различных специальностей в своей деятельности всё чаще сталкиваются с этим заболеванием. Истинная гинекомастия встречается как в хирургической, так и терапевтической практике. Увеличение числа больных гинекомастией, вероятно, связано с ростом среди населения уровня эндокринных заболеваний, болезней печени, почек, старением населения, учащением случаев наркомании, частым приёмом различных лекарственных средств, а также широким внедрением в клиническую практику новейших диагностических методов (ультразвуковое исследование, маммография, компьютерная и магнитно-резонансная томография и др.). Заболеваемость гинекомастией, несомненно, связана с общими экологическими проблемами, прогрессирующим количеством стрессовых ситуаций, малой информированностью о негативных последствиях некоторых видов лечения, недостаточным вниманием врачей к этому заболеванию. Социальную значимость этой проблемы подчеркивает тот факт, что среди заболевших подавляющее большинство составляют мужчины трудоспособного возраста от 18 до 60 лет. Учитывая тот факт, что гинекомастия является гетеросексуальным признаком, на молодых мужчин она оказывает большое психологическое влияние, тем самым вызывает состояние хронического стресса, потенцирует занижение личностной самооценки больных и заметно снижает их работоспособность, а в некоторых случаях приводит и к вторичным изменениям вплоть до импотенции. В то же время проблемы своевременной диагностики и правильного лечения гинекомастии остаются малоизученными и дискуссионными. Гинекомастия, особенно длительно текущая, является фоном для развития рака грудной железы. Считается, что в 30–70% случаев рак развивается на фоне гинекомастии, в частности её узловой (очаговой) формы. Поэтому несправедливое снижение внимания медицинских работников к данной патологии часто приводит к такому грозному осложнению, как рак грудной железы, который, как известно, прогностически гораздо более патогенен и имеет больший процент метастазирования и смертности в пересчёте на онкологическую патологию молочной железы у женщин. В то же время истинная гинекомастия, представляя собой серьёзный косметический дефект, затрудняет своевременное выявление рака грудной железы у мужчины.

Среди научной или научно-методической литературы имеются единичные источники, освещающие проблему грудной железы, что обус-

ловлено, по-видимому, тем, что гинекомастия рассматривается как сравнительно редкий симптом эндокринных заболеваний. Поэтому, вероятно, в имеющихся работах клинические аспекты гинекомастии отражены в форме описания её локализации и размеров без учета состояния организма в целом, а проблема лечения укладывается в стандартные схемы общеукрепляющей и гормональной терапии, в то время как патогенетическому подходу к лечению данного заболевания уделено недостаточное внимание.

В имеющейся литературе нами не найдено сведений о том, что гинекомастия – это симптом, обязывающий врачей проводить комплексное обследование больных для выяснения причины её развития, отсутствует информация о целесообразности и преимуществах тех или иных диагностических подходов. Мало внимания уделено анализу результатов лечения. Как показывает клинический опыт отечественных и зарубежных авторов, при использовании консервативной терапии чаще всего достигается лишь временная ремиссия в прогрессировании заболевания и отсутствуют отдаленные результаты полученного лечения.

Таким образом, при тактическом ведении пациентов с истинной гинекомастией остаётся много вопросов, которые требуют проведения дальнейших исследований.

Исторические сведения

Попытки изучения гинекомастии начались очень давно. Термин «гинекомастия» (*gynaikos* женщина + *mastos* грудь) был введён в клиническую практику ещё в VII веке Павлом Эгинским. Описание казуистических случаев гинекомастии встречается и у древних ученых. Также о гинекомастии как заболевании упоминается в трудах учёного XIV века Serrafedin Sabiscuoglu. В 1848 г. К.А. Базедов впервые дал описание гинекомастии с выделением из соска при тиреотоксикозе, однако об этом случае было забыто и только в 1916 г. Фриманн снова обратил внимание на возможность такого сочетания.

Гольденберг в 1929 г. предположил, что не только патология яичек, но и другие факторы, такие как изменения в гипофизе и надпочечниках, травма грудной железы, ведут к возникновению этого симптомокомплекса. Подобные сообщения стали регулярно появляться в печати несколько позже (Sterling, 1932; Starr, 1935; Berson, Schreiber, 1953).

J. Rupp и соавт. (1951), V. Bartak (1955) посчитали главной из причин повышение уровня эстрогенов и соответствующую реакцию грудной железы. Впервые гинекомастию в аспекте гиперэстрогемии осветили R. Romanelli (1960) и Th. Ferrier (1960). Ряд авторов считали гонадотропные гормоны важным компонентом причины заболевания (Ostergaard E., 1947; Hall P., 1960; Williams M., 1960).

Попытки объяснить патогенетические механизмы гиперплазии грудных желёз предпринимали некоторые отечественные учёные, такие как Б.А. Розанов (1904), И.А. Бехтерев (1906), И.Г. Руфанов (1942).

Статистические сведения о частоте гинекомастии немногочисленны и противоречивы. По результатам исследований отечественных и зарубежных авторов, гинекомастия той или иной степени выраженности встречается в достаточно большом числе наблюдений. Так, А.В. Кухтевич и И.Н. Зальцман (1996) считают, что гинекомастией страдает 0,27–0,58% мужчин, но, по данным M.S. Williams (1963), проводившего анализ частоты гинекомастии при выполнении 447 невыборочных аутопсий, и F. Frantz и J. Wilson (1998), основывающихся на результатах 477 вскрытий, гинекомастия различной степени выраженности обнаружена практически у 40% мужчин [1, 2]. Однако, несмотря на различия в статистических данных, в последние годы отмечают неуклонный рост заболеваемости данной патологией.

Классификации гинекомастии

Существует большое количество классификаций, основанных преимущественно на этиологических факторах. Так, М.А. Жуковский и Н.Б. Лебедев (1982) подразделяют гинекомастию на лекарственную, симптоматическую, семейную и ложную [3].

R. Eulenburg и соавт. (1984), считая основной причиной гинекомастии нарушение гормонального баланса между эстрогенами и андрогенами, выделяет три физиологических типа гинекомастии: у новорожденных, у юношей и у стариков [4].

И.М. Островская и соавт. (1988) разделяют гинекомастию на истинную и ложную: первая является дисгормональной гиперплазией грудной железы, при второй происходит ее увеличение за счёт избытка подкожной жировой клетчатки [5]. Как пишет Н. Kremer (1979), следует выделять 5 форм гинекомастии [6]:

- 1) физиологическая (ювенильная, пубертатного возраста и старческая);
- 2) эндокринопатическая (гипертиреоз, гипогонадизм, опухоли яичка или надпочечника);
- 3) неэндокринопатическая (цирроз печени, лейкоз, почечная недостаточность, рак легкого, повреждение спинальных нервов);
- 4) медикаментозная;
- 5) идиопатическая.

Над классификацией работали и другие авторы [7–13]. В основу всех предлагаемых классификаций были положены этиологические факторы, приводящие к этому недугу: гинекомастии эндокринные (тиреотоксикоз, гипотиреоз, гипертиреоз, повышение или понижение уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ), соотношения фолликулостимулирующий гормон (ФСГ)/ЛГ и тестостерон/эстрадиол и неэндокринные (патология печени и почек, злокачественные новообразования крови, центральной нервной системы, мочеполовых органов, легких; гинекомастия на фоне приема химических и медикаментозных препаратов; травма грудной железы).

А.В. Кухтевич и И.Н. Зальцман (1996) разделяют гинекомастию по этиологии на следующие типы [14]:

- 1) физиологическая (ювенильная, пубертатного возраста и старческая);
- 2) гинекомастия на фоне опухоли грудной железы;
- 3) паранеопластическая;

- 4) гинекомастия в рамках врождённых заболеваний или приобретённых эндокринологических синдромов;
- 5) лекарственная (ятрогенная);
- 6) гинекомастия при патологии печени и почек.

Примерно такие же подразделы этиологических факторов встречаются и в работах других отечественных и зарубежных авторов.

Существует ещё одна классификация, основанная на стойкости патологической гиперплазии в грудной железе [15, 16]:

- 1) неонатальная;
- 2) пубертатная (транзиторная) гинекомастия как физиологическое явление, наблюдается у 40–90% мальчиков в процессе пубертатного развития, исчезающая при половом созревании подростка;
- 3) персистирующая пубертатная гинекомастия, относится уже к патологическим состояниям. Самостоятельно процесс не регрессирует. Выделяют четыре клинико-патогенетических варианта персистирующей гинекомастии: нормопубертатная, гипопубертатная, гиперпубертатная, феминнопубертатная.

G. Glund и F. Mendelson (2005) отмечают, что левосторонняя гинекомастия встречается чаще, а при двустороннем процессе она более выражена слева [17, 18].

А.А. Сотников и В.Ф. Байтингер (2006) выделяют 4 степени выраженности гинекомастии [19]:

- I степень – минимальная субареолярная узловатость;
- II степень – субареолярное уплотнение менее диаметра ареолы;
- III степень – уплотнение, равное диаметру ареолы;
- IV степень – уплотнение, превышающее диаметр ареолы.

В хирургической практике наиболее удобным считается деление гинекомастии по следующим формам: узловая, диффузная, диффузно-узловая [20, 21].

По размерам гинекомастию условно делят на умеренную, среднюю и выраженную, рассчитывая по формуле:

$$D \cdot H/2,$$

где D – окружность железы (в см), H – высота железы (в см). Различают умеренную гинекомастию, которой соответствует размер до 6 см² (встречаемость 10,4%), среднюю – от 6 до 10 см² (встречаемость 71,4%) и выраженную – более 10 см² (встречаемость 18,2%) [14].

Для более точного определения объёма грудной железы, необходимого для выбора тактики и прогноза эстетического результата маскулинизирующей маммопластики, у больных с женским транссексуализмом Р.Т. Адамяном и соавт. (1998) предложена формула, используемая для расчёта объёма полусферы:

$$0,54 \cdot X^3,$$

где 0,54 – коэффициент, X – расстояние от соска до инфрамаммарной складки, возведенное в кубическую степень [22].

На основании полученных цифр авторы выделили 3 группы пациентов:

- 1) M1 – объём молочных желез до 120 см³;
- 2) M2 – от 121 до 540 см³;
- 3) M3 – свыше 540 см³.

Помимо этого, используют классификацию, отображающую выраженность птоза молочных желез как признак эластичности кожи в этой области [19, 23]:

P1 – нет птоза, т.е. вся ткань грудной железы вместе с сосково-ареолярным комплексом расположена выше интрамаммарной складки;

P2 – нижний полюс грудной железы располагается ниже инфрамаммарной складки, а сосково-ареолярный комплекс выше или на ее уровне;

P3 – состояние, когда и нижний полюс, и сосково-ареолярный комплекс расположены ниже интрамаммарной складки.

Часто в специальной литературе можно встретить термины «ложная гинекомастия», «липомастия» или «псевдогинекомастия». Под ними понимается наличие жировых отложений, локализованных в области грудных желез [23–25]. Отдельные авторы высказывают мнение о том, что у всех пациентов с ожирением имеет место «ложная гинекомастия» [26, 27]. Предполагается также возможность сочетания «ложной» и «истинной» гинекомастии у одного больного [28].

Таким образом, по данным литературы, в настоящее время нет единой классификации гинекомастии. Тем ни менее является принципиальным дифференцировать истинную, ложную гинекомастию и рак грудной железы.