

ПЕДИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИНЕКОМАСТИИ

[О.И. Гуменюк, Ю.В. Черненко](#)

ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» (г. Саратов)

В статье представлены теоретические сведения о гинекомастии – увеличении молочных желез у мужчин. Представлены также собственные данные наблюдения 22-х мальчиков-подростков, среди которых 20 – с пубертатной гинекомастией и двое юношей – с патологической гинекомастией.

Ключевые слова: педиатрия, юноши, гинекомастия, молочная железа

Гуменюк Ольга Игоревна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры поликлинической, социальной педиатрии и неонатологии ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского», контактный телефон: (845-2)-65-59-66

Черненко Юрий Валентинович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой поликлинической, социальной педиатрии и неонатологии ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского», контактный телефон: (845-2)-65-59-66

Гинекомастия (с латинского genes – женщина, mastos – грудь, молочная железа – женская грудь) – видимое или определяемое при пальпации увеличение молочных желез у лиц мужского пола – может являться физиологическим проявлением пубертатного периода или свидетельствовать о патологических нарушениях, связанных с нарушением синтеза, метаболизма и инактивации эстрогенов [1, 2, 4]. В любом случае показано обследование и диспансерное наблюдение пациентов с гинекомастией [1, 2, 4]. Педиатр, как специалист первичного звена здравоохранения, должен уметь диагностировать и знать тактику действий при гинекомастии.

У мальчиков пубертатного возраста увеличение молочных желез встречается, по данным различных авторов, от 40 до 75 % [1, 2, 4]. Размер молочной железы при гинекомастии может составлять от 1-го до 10 см, в среднем, около 4 см. Выделяют несколько пиков заболеваемости гинекомастией. Первый, неонатальный, связанный с действием эстрогенов матери; второй, пубертатный, в который развитие молочных желез ассоциируют с физиологическим снижением уровня свободного тестостерона, повышением уровня эстрадиола и ГСПГ (глобулин, связывающий половые гормоны). Третий пик приходится на возраст 50–80 лет. Различают ложную (преобладание жировой ткани) и истинную гинекомастию (преобладает железистая ткань); симметричную (увеличение обеих желез) и асимметричную гинекомастию (увеличение одной железы).

Гинекомастию, прежде всего, следует дифференцировать с раком молочной железы, который встречается у лиц мужского пола в 100 раз реже, чем у женщин и клинически может проявляться синдромом втяжения соска (в 50 % случаев), фиксацией кожи над опухолью (30 %), изъязвлением кожи над опухолью (30 %), фиксацией опухоли к большой грудной мышце (15 %), увеличением регионарных лимфатических узлов (15 %).

Гинекомастия возникает вследствие гормональных нарушений – абсолютного или относительного повышения уровня эстрогенов. Абсолютное повышение уровня эстрогенов отмечается при приеме лекарственных средств, содержащих эстрогены; развитии опухоли из клеток Лейдига (редкий вид опухоли яичек, синтезирующих эстрадиол, в 90 % случаев опухоль доброкачественная); опухолей, синтезирующих эстрогены – редкие, чаще доброкачественные новообразования; опухолей, продуцирующих хорионический человеческий гормон (ХГЧ) (опухоли яичек и карциномы различных локализаций). Относительное повышение уровня эстрогенов отмечается при возрастном гипогонадизме – снижении секреции тестостерона яичками; первичном гипогонадизме – синдроме Клайнфельтера; гипогонадотропном гипогонадизме – снижении синтеза тестостерона при сохранении выработки надпочечниками эстрогенов (развивается относительная гиперэстрогемия). Относительное повышение уровня эстрогенов развивается при синдроме «возобновленного кормления» после долгого недоедания; почечной недостаточности и проведении диализа, при которой повышен уровень лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола (Э), пролактина (П) и снижен уровень тестостерона (Т); хронической печеночной недостаточности (когда снижение метаболизма андрогенов в печени приводит к повышению ароматизации андрогенов в эстрогены, увеличению уровня ГСПГ соответственно снижению уровня свободного Т); гипертиреозе (гинекомастия обусловлена повышением ГСПГ и усилением активности ароматизации андрогенов в эстрогены); гиперпролактинемии (стимулирует пролиферацию эпителиальных клеток молочной железы и подавляет выработку гонадотропинов, что приводит к возникновению вторичного гипогонадизма и развитию гинекомастии), а также ВИЧ-инфекции, которая приводит к гиперпролактинемии и симметричной гинекомастии, ятрогенная гинекомастия и наркомания. Ятрогенная гинекомастия связана с приемом лекарственных средств (наркотические анальгетики, спиронолактон, сердечные гликозиды, фенотиазины, цитостатики, циметидин).

Механизм развития гинекомастии связывают с пролиферацией ранее неактивной железистой ткани молочной железы вследствие преобладания действия эстрогенов, а также гиперплазией жировой ткани.

Выделяют несколько стадий гинекомастии: развивающуюся (начальная стадия продолжительностью 4 месяца, на которой возможен регресс), промежуточная (созревание ткани молочной железы, продолжительностью до 4 месяцев, обратное развитие или регресс возможен, но затруднителен) и фиброзная стадия, характеризующаяся появлением в молочной железе зрелой соединительной ткани, отложением жировой ткани вокруг железистой и невозможность обратного развития молочной железы (регресса).

При выявлении подростка с гинекомастией следует тщательно собрать анамнез (длительность существования увеличения молочной железы, наличие жалоб на боли, прием лекарственных средств, изменение массы тела). При осмотре обращают внимание на симптомы тиреотоксикоза, проводят пальпацию молочных желез, живота (для исключения спленомегалии, гепатомегалии, увеличения надпочечников), осматривают наружные половые органы и оценивают половое развитие. Пациенты с гинекомастией должны проходить полное обследование (биохимический анализ крови с определением уровня креатинина, печеночных ферментов; исследования уровня гормонов – общего

тестостерона, ГСПГ, Э, ЛГ, фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), П, дегидроэпиандростерона-сульфата (ДГЭА-С), тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (Т4), бета-ХГЧ; по показаниям проводится маммография или УЗИ молочных желез, ТАБ – тонкоигольная аспирационная биопсия).

Лечение гинекомастии зависит от ее этиологии. Пубертатная гинекомастия не требует терапии и регрессирует самостоятельно через 2–3 года от начала пубертатного периода. Показанием к хирургическому лечению является персистирующая пубертатная гинекомастия (сохранение увеличения молочной железы более 5 см в течение 3 и более лет) [4].

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 22 юноши с гинекомастией (средний возраст – $14,9 \pm 1,5$ года). Проводились сбор анамнеза, общий клинический осмотр, УЗИ молочных желез, исследование уровня гормонов методом иммуноферментного анализа: П, ЛГ, ФСГ, Т, ТТГ, свободного Т4, ДГЭА-С и Э. Все исследования проводились в соответствии с требованиями Хельсинской декларации [3].

Результаты. В 20-ти (91 %) клинических случаях была диагностирована пубертатная (юношеская) гинекомастия (17 – двусторонняя и 3 – односторонняя), у одного пациента – патологическая (ятрогенная) – была связана с приемом цитостатиков по поводу заболевания крови, у другого юноши – микропролактиномой. Биохимический анализ крови и уровень гормонов у пациентов с юношеской гинекомастией были нормальными. Средний уровень гормонов составил: П – $141,3 \pm 92,0$ (норма 53–360,0 мМЕ/л); ЛГ – $1,4 \pm 0,7$ (норма 0,8–7,6 МЕ/л); ФСГ – $1,5 \pm 0,4$ (норма 0,7–11,1 МЕ/л); Т – $14,8 \pm 2,5$ (норма 3,5–21,4 нмоль/л); ТТГ – $1,9 \pm 0,2$ (норма 0,4–4 мЕд/л); свободный Т4 – $15,2 \pm 2,3$ (норма 10–25 пмоль/л); ДГЭА-С – $3519,2 \pm 1791,8$ (норма 1200–9600 нмоль/л) и Э – $54,8 \pm 20,2$ (норма 20–130 пмоль/л). Эхо-картина молочных желез при юношеской гинекомастии выглядела следующим образом: ткань желез была представлена жировыми дольками (участки гипозоногенности) и опорной (соединительнотканной) стромой (гиперэзоногенные участки).

Пациенты с патологической гинекомастией были обследованы и получили этиопатогенетическое лечение в профильных клиниках. Пациенты с юношеской гинекомастией осматривались один раз в 6–12 месяцев, показаний к хирургическому лечению не было, регресс отмечался в возрасте 17–18 лет.

Выводы. У юношей в большинстве случаев диагностируется пубертатная, т. е. физиологическая гинекомастия, не требующая специального лечения, но предполагающая диспансерное наблюдение. Знание проблемы гинекомастии в педиатрической практике актуально наличием различных этиологических факторов увеличения молочных желез у лиц мужского пола.

Список литературы

1. Дедов И. И. Руководство по детской эндокринологии / И. И. Дедов, В. А. Петеркова. – М. : Универсум Паблишинг, 2006. – 600 с.
2. Дедов И. И. Половое развитие детей : норма и патология / И. И. Дедов, Т. В. Семичева, В. А. Петеркова. – М., 2002. – 232 с.
3. Хельсинская декларация всемирной медицинской ассоциации: рекомендации для врачей по проведению биомедицинских исследований на людях // Клиническая медицина. – 2000. – № 9. – С. 13–16.
4. Эндокринология : национальное руководство / Под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 1072 с.

PEDIATRICAL ASPECTS OF GYNECOMASTIA

O.I. Gumeniuk, U.V. Chernenkov

*SEI HPE «Saratov State Medical University at the name of V.I. Razumovskiy»
(c. Saratov)*

The article gives the theoretical notions of gynecomastia – enlargement of glandula mammaria in men. Personal observational data of 22 male teenagers, among them 20 ones are with pubertal gynecomastia and 2 youths with pathological gynecomastia are shown here.

Keywords: pediatrics, youths, gynecomastia, glandula mammaria

About authors:

Gumeniuk Olga Igorevna – candidate of medical sciences, assistant of polyclinical, social and neonatal department ассистент SEI HPE «Saratov State Medical University at the name of V.I. Razumovskiy», contact telephone: (845-2)-65-59-66

Chernenkov Yury Valentinovich – doctor of medical sciences, professor, head of polyclinical, social pediatrics and neonatal department SEI HPE «Saratov State Medical University at the name of V.I. Razumovskiy», contact telephone: (845-2)-65-59-66

List of the Literature:

1. Dedov I.I. Manual on children's endocrinology / I. I. Dedov, V. A. Peterkova. – M. : Universal Publishing, 2006. – 600 c.
2. Dedov I. I. Gender development in children : norm and pathology / I. I. Dedov, T. V. Semicheva, V. A. Peterkova. – M., 2002. – 232 p.
3. Helsinki declaration of all-world medical association: recommendations for doctors on conducting biomedical researches of people // Clinical medicine. – 2000. – № 9. – P. 13–16.
4. Endocrinology : national manual / Under the edit. of I. I. Dedov, G. A. Melnichenko. – M. : SEOTAR-Media, 2008. – 1072 p.