

ГІНЕКОМАСТІЯ У ЮНАКІВ; ДІАГНОСТИКА, СПОСТЕРЕЖЕННЯ, ТАКТИКА ВЕДЕННЯ.

Нікіфоров О.А., Пироженко Г.Ю.

Запорізький державний медичний університет

Гінекомастія – доброякісне видиме або пальпаторне збільшення грудної залози в осіб чоловічої статі. Необхідно диференціювати істинну гінекомастію та хибну (ліпомастію). Гістологічно істинна гінекомастія відповідає мастопатії та фіброаденоматозу, хибна обумовлена надмірним розвитком підшкірної жирової клітковини. Посилення периферичного перетворення тестостерону на естрадіол та андростендіолу на естрон часто сприяє розвитку гінекомастії. Спільним у патогенезі всіх форм гінекомастії є надлишок в організмі естрогенів.

Вважають, що причиною ювенільної гінекомастії є надмірна активність ферменту ароматази, яка здійснює конверсію тестостерону в естрогени. За гінекомастії у юнаків грудна залоза варіює за розмірами від дещо помітної пальпаторно до такої, що практично не відрізняється від грудної залози дорослої жінки. Юнацька гінекомастія трапляється у 50-70 % підлітків. У середньому збільшення складає близько 4 см.

Частіше спостерігається двобічне збільшення. Частота одnobічної гінекомастії складає 15-35%. Часто гінекомастія супроводжується болючістю у ході пальпації, зумовленою швидким ростом залозистої тканини, що з часом зменшується та зникає.

Матеріали та методи. Обстежено 184 хворих, які звернулись в клініку репродуктивної медицини Запорізького державного медичного університету з приводу різних соматичних захворювань протягом 2016-2019 рр. Вік пацієнтів складав від 14 до 18 років.

Обсяг обстеження складав:

- анамнез (наявність хронічних захворювань, вживання медичних препаратів, перебіг пубертату у родичів чоловічої статі);
- антропометрія (визначення зросту, маси, розвитку м'язової системи, підшкірної жирової клітковини, пропорційності будови тіла);
- оцінка статевого розвитку за Таннером;
- рентгенографія (кісток рук, турецького сідла, комп'ютерна томографія за показаннями);
- гормональні дослідження (гонадотропні гормони гіпофіза, вільний тестостерон, естрадіол);
- біохімічне обстеження крові для виключення захворювань печінки);
- ультразвукове дослідження грудних залоз, надниркових залоз, щитоподібної залози;
- генетичне обстеження за показаннями (визначення статевого хроматину та каріотипу);
- консультація суміжних фахівців.

За результатами обстеження пацієнтів розподілили на 4 групи.

До першої групи увійшла 48 (26,1 %) юнаків. Це діти з хибною гінекомастією, які мають ожиріння.

Виявлено збільшення жирової клітковини із дуже помірним збільшенням залозистої тканини (або без нього) у ділянці грудних залоз.

До другої групи включено 8 (4,3 %) пацієнтів, яким встановлено діагноз симптоматичної гінекомастії, з них 2 юнака з гепатитом, 3 – тубінфіковані, які отримують протитуберкульозні препарати, 2 – з хромосомною аномалією (синдром Клайнфельтера), 1 – з аденомою гіпофіза (гіперпролактинемією).

Третю групу склали 5 (2,7 %) юнаків без жодних ознак соматичної або ендокринної патології, у яких спостерігався розвиток залозистої тканини у ділянці грудних залоз в одній родині по чоловічій лінії у декількох поколіннях.

До 4-ї групи ввійшли 123 (66,9 %) пацієнтів, яким встановлено діагноз істинної, або пубертатної, гінекомастії.

Результати та обговорення. Юнацька гінекомастія є найпоширенішою серед хлопчиків пубертатного віку. Це збільшення грудної залози у хлопчиків у пубертаті, пов'язане з періодом статевого дозрівання. Процес є фізіологічним і не вимагає втручання лікаря. Процес зворотного розвитку відбувається протягом 6-12 місяців, дуже рідко може тривати до 3 років і більше. Найчастіше пубертатна гінекомастія трапляється у хлопчиків віком від 13 до 15 року. Другою за частотою поширення є хибна гінекомастія, що виникає у юнаків на фоні ожиріння. Всі інші форми гінекомастії у дітей трапляються зрідка та вимагають детального обстеження та лікування.

Висновки

1. У 66,9 % обстежених з приводу гінекомастії юнаків спостерігалась пубертатна гінекомастія, яка є фізіологічним процесом пубертатного віку і не вимагає додаткового лікування.

2. У 26,1 % обстежених хлопчиків виявлено хибну гінекомастію – цим пацієнтам необхідна корекція маси тіла.

3. Патологічна гінекомастія у дітей пубертатного віку спостерігалась у 7 % випадків, вона може зникати після усунення чинника, що її викликає (відміни медпрепаратів, компенсації основного захворювання, після хірургічного лікування гормон-продукуючих пухлин).

Література

1. Дідів І. І. Статевий розвиток дітей: норма і патологія / І. І. Дєдов, Т. В. Семичева, В. А. Петеркова. – М., 2002. – 232 с.

2. Frank T.S., Deffenbaugh A.M., Reid J.E. et al. Clinical characteristics of individuals with germ line mutations in BRCA1 and BRCA2: analysis of 10,000 individuals // J. Clin. Oncol.-2002. – Vol. 20. – P. 1480–1490.

3. Gill M.S., Kayani N., Khan M.N., Hasan S.H. Breast diseases in males-a morphological review of 150 cases // J. Pak. Med.Assoc. – 2000. – Vol. 50. – P. 177–179.