

УДК 617-089.844

ГИНЕКОМАСТИЯ: ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖАЛОБ ПАЦИЕНТА, ТИПА КОНСТИТУЦИИ И КЛИНИЧЕСКОГО ТИПА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Р. А. Пахомова^{1,2}, Д. И. Сергеев^{1,2}, С. В. Дробязго^{1,2}, А. С. Масловский¹¹ Медицинский институт непрерывного образования
ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ», Москва, Россия² АО «Семейный доктор» Москва, Россия

Адрес для переписки:

Сергеев Денис Игоревич, SergeevDenisIgorovich@mail.ru**Ключевые слова:** грудная железа, гинекомастия, диагностика, лечение.

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.



Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Аннотация

В статье проведен краткий литературный обзор проблемы гинекомастии, диагностики и лечения данного заболевания, связью частоты выявления гинекомастии и онкологических процессов в грудной железе. Показано, что гинекомастия выявляется у пациентов мужского пола разных возрастных групп, различных по ИМТ, типу телосложения. Показана связь жалоб и типа телосложения у пациентов с гинекомастией, а также связь клинических типов гинекомастии в зависимости от конституции пациента. Показана необходимость дальнейших исследований связи гинекомастии и типов телосложения для поиска оптимального хирургического лечения данной проблемы.

Для цитирования:

Пахомова Р. А., Сергеев Д. И., Дробязго С. В. [и др.] Гинекомастия: взаимосвязь жалоб пациента, типа конституции и клинического типа заболевания. Вестник Медицинского института непрерывного образования. – 2023. – Т. 3. – № 1. – С. 52-55. – DOI 10.36107/2782-1714_2023-3-1-52-55.

GYNECOMASTIA: THE RELATION OF PATIENT COMPLAINTS, TYPE OF CONSTITUTION AND CLINICAL TYPE OF A DISEASE

R. A. Pakhomova^{1,2}, D. I. Sergeev^{1,2}, S. V. Drobiazgo^{1,2}, A. S. Maslovskiy¹¹ Medical Institute of Continuing Education, Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH), Moscow, Russia² JSC "Family Doctor", Moscow, Russia

For correspondence:

Sergeyev Denis Igorovich, SergeevDenisIgorovich@mail.ru**Key words:** breast, gynecomastia, diagnosis, treatment.

The authors received no financial support for the research.



The authors declare that there is no apparent or potential conflict of interest related to the publication of this article.

Summary

The article provides a brief literature review of the problem of gynecomastia, diagnostics and treatment of this disease, the relation between the frequency of detection of gynecomastia and oncological processes in the breast. It has been shown that gynecomastia is detected in male patients of different age groups, different in BMI, body type. The correlation of complaints and body type in patients with gynecomastia is shown, as well as the connection of clinical types of gynecomastia which depend on the patient's constitution. The article describes the necessity of further studies of the relation between gynecomastia and body types in order to find the optimal surgical treatment for this problem.

For citation:

Pakhomova R. A., Sergeev D. I., Drobiazgo S. V. [et al.] Gynecomastia: the relation of patient complaints, type of constitution and clinical type of a disease. Bulletin of the Medical Institute of Continuing Education. – 2023. – V. 3. – No 1. – P. 52-55. – DOI 10.36107/2782-1714_2023-3-1-52-55.

Гинекомастия — это термин, которым обозначают увеличение грудных желез у мужчин. Если обратиться к терминологии Всемирной организации здравоохранения, то гинекомастия — это дисгормональный гиперпластический процесс, характеризующийся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений ткани молочной железы с ненормальным соотношением эпителиального и соединительнотканного компонентов» [1–3].

Гинекомастия, безусловно, имеет серьезную социальную значимость, так как большинство диагностированных случаев отмечается у трудоспособного мужского населения в возрасте от 18 до 60 лет [4–6].

Гинекомастия способна, во-первых, оказать на мужчину психологическое влияние, снижая самооценку, ведущую к стрессу, и зачастую, как следствие, к импотенции [7–12].

Помимо психологических факторов не стоит забывать о том, что хроническая гинекомастия может являться толчком для развития рака грудной железы. По статистике от 35 до 70 процентов зарегистрированных случаев развития рака грудной железы развивались на фоне гинекомастии. Большая часть из этих случаев развивалась на фоне узловой формы этого заболевания. При проведении диагностики с целью выявления рака грудной железы следует учитывать, что гинекомастия её существенно затрудняет. Поэтому в подобных случаях необходимо проведение комплексной диагностики, включающей как клинические, так и инструментальные методы исследования. Лишь комплексный подход способен с большей вероятностью выявить рак грудной железы на ранней стадии и начать лечение, не дожидаясь перехода заболевания в терминальные стадии. Тем не менее в вопросах современной диагностики и лечения гинекомастии по-прежнему остается много белых пятен [6, 12–16].

Проблема гинекомастии исследуется достаточно давно. Первое упоминание термина «гинекомастия» (составное от греческого «женщина» и «грудь») приписывается Павлу Эгинскому и датируется седьмым веком нашей эры. После этого этот термин достаточно часто встречается в трудах различных ученых, вплоть до сегодняшнего времени. Тиреотоксикоз, патология яичек, травмы, изменения в гипофизе, увеличение уровня эстрогенов — все эти проблемы в разное время упоминались в качестве причин возникновения гинекомастии [17–20].

Абсолютно так же разнятся и статистические выкладки различных специалистов — от 0,3 до 94 процентов от общего количества мужчин. Разность статистических данных вероятнее всего связана с методом исследования, которое проводилось в том или ином случае. Однако все специалисты пришли к единому мнению, что в последнее время количество

диагностированных случаев гинекомастии постоянно растет [21–23].

Цель исследования: определить основную причину хирургического лечения гинекомастии у пациентов различного телосложения.

Материал и методы

Диагноз заболевания устанавливали на основе клинико-лабораторных показателей в условиях приемного покоя хирургического стационара, подтверждали инструментальными методами исследования. Применяли индекс Соловьева для определения типа телосложения.

Объектом исследования были 133 пациента в возрасте от 18 до 73 лет. С помощью индекса Соловьева пациенты были разделены на 3 группы: в первую группу вошли пациенты с обхватом запястья менее 18 сантиметров, во вторую — с обхватом запястья 18–20 сантиметров, а в третью — с обхватом запястья более 20 сантиметров.

Средний возраст в 1-й группе составил $44,4 \pm 12,1$ года, ИМТ — $20,4 \pm 2,6$, во 2-й группе средний возраст — $39,2 \pm 12,8$ года, ИМТ — $24,5 \pm 2,6$, в 3-й средний возраст — $40,5 \pm 12,9$ года, ИМТ — $29,7 \pm 3,9$, группы сопоставимы по возрастному составу.

На все виды исследований были получены разрешения этического комитета ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого». Исследования проводились с соблюдением рекомендаций, этических норм и принципов, установленных в Декларации (Хельсинки, 1964 г.), регламентирующей научные исследования на человеке.

Статистика

При проведении статистического анализа автор руководствовался принципами Международного комитета редакторов медицинских журналов (ICMJE) и рекомендациями «Статистический анализ и методы в публикуемой литературе» (SAMPL). Учитывая распределение признаков в исследуемых группах, отличное от нормального, полученные данные представлены в виде медианы, первого и третьего квартилей: Me (Q1; Q3). Попарное сравнение двух независимых групп проводилось с помощью критерия Манна-Уитни (U). Номинальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. Сравнение номинальных данных исследования проводилось при помощи критерия χ^2 Пирсона, позволяющего оценить значимость различий между фактическим количеством исходов или качественных характеристик выборки, попадающих в каждую категорию, и теоретическим количеством, которое можно ожидать в изучаемых группах при справедливости нулевой гипотезы. Во всех случаях $p < 0,05$ считали статистически значимым. Статистическая обработка результатов исследования осу-

ществлялась с помощью пакета программ «IBM SPSS Statistics Version 25.0» (International Business Machines Corporation, США).

Результаты и обсуждения

Нами были оценены разные жалобы, которые предъявляли пациенты с диагнозом «гинекомастия». Мы объединили разнообразные жалобы в следующие общие группы: жалобы на болезненность в области грудных желез, на увеличение грудных желез в размере, на увеличение диаметра ареолы, на избыток кожи в области груди и на птоз грудных желез. Распределение результатов по группам пациентов представлено в таблице № 1.

Исходя из результатов, можно сделать вывод о более высокой частоте жалоб на увеличение грудных желез в размерах у астеников. Мы связываем это с небольшим количеством подкожно-жировой клетчатки у таких пациентов (низким ИМТ), от чего пациенты чаще замечают непосредственно саму железу (визуально или пальпаторно).

Пациенты гиперстенического телосложения чаще отмечали жалобы на болезненность в области груди, что мы связываем с достаточной степенью растяжения кожного чехла, а также на увеличение диаметра ареолы, избытки кожи и птоз грудных желез. По нашему мнению, большое количество таких жалоб связано с высоким ИМТ пациентов, большими размерами грудных желез, а также с более высо-

кой частотой развития ложной гинекомастии у этой выборки пациентов. Такие выводы мы сделали, сопоставив типы телосложения пациентов и клинические типы гинекомастии.

Различают 3 типа гинекомастии:

1. Ложная — встречается у подростков и мужчин, формируется в основном за счет жировой ткани;
2. Истинная — сформирована за счет увеличенной фиброзной ткани и млечных протоков;
3. Смешанная — в формировании этого типа гинекомастии участвуют и жировая ткань, и фиброзная.

Результаты сопоставления частоты клинических типов гинекомастии в зависимости от телосложения представлены в таблице № 2.

Выводы

Причины обращения пациентов с гинекомастией к хирургам могут отличаться в зависимости от типа телосложения. Так, было установлено, что пациенты астенического телосложения чаще имеют гинекомастию истинного типа и с большей вероятностью будут предъявлять жалобы на непосредственное увеличение грудных желез. Пациенты-гиперстеники чаще обращаются к врачу с ложным типом гинекомастии, так как у них наблюдается большее развитие подкожно-жировой клетчатки. В связи с этим, они чаще предъявляют жалобы на птоз молочных желез, увеличение ареол и избытки кожи в области грудных желез.

Таблица 1. Жалобы пациентов в зависимости от типов конституции

Жалобы	Типы телосложения					
	Астеники	%	Нормостеники	%	Гиперстеники	%
На болезненность	12	28,5	27	48,2	31	88,5
Увеличение грудных желёз	36	85,7	23	41,0	10	28,5
Увеличение диаметра ареолы	16	38,0	48	85,7	26	74,2
Избыточная кожа	9	21,4	24	42,8	27	77,1
Птоз (опущение) груди	5	11,9	17	30,3	30	85,7
ВСЕГО	42		56		35	

Таблица 2. Распределение по типам гинекомастии

Типы гинекомастии	Типы телосложения					
	Астеники	%	Нормостеники	%	Гиперстеники	%
Истинная	34	80,9	40	71,4	2	5,7
Ложная	0	0	3	5,3	27	77,1
Смешанная	8	19,0	13	23,2	6	17,1
Всего	42		56		35	

Список литературы

1. Гинекомастия: клиничко-морфологические и молекулярно-биологические особенности / Т.А. Новицкая [и др.] // Медицинский альманах. — 2012. — № 4 (23). — С. 39–41.
2. Гинекомастия / Д.Г. Бельцевич [и др.] // Эндокринная хирургия. — 2012 — № 1. — С. 18–23.
3. Манушарова Р.А. Гинекомастия (патофизиология, клиника, диагностика, лечение) / Р.А. Манушарова, Э.И. Черкезова // Медицинский совет. — 2008 — № 7–8 — С. 48–52.
4. Яшина Ю.Н. Современные представления об эпидемиологии, этиологии и патогенезе гинекомастии / Ю.Н. Яшина, Р.В. Роживанов, Д.Г. Курбатов // Андрология и генитальная хирургия. — 2014. — № 3. — С. 8–15.
5. Летягин В.П. Рак молочной железы у мужчин / В.П. Летягин // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина. — 2000. — Т.11, № 4. — С. 58–62.
6. Метаболические осложнения андрогенной депривации при раке предстательной железы / А.А. Грицкевич [и др.] // Онкология. — 2014. — № 2. — С. 68–74.
7. Терновой С.К. Лучевая маммология / С.К. Терновой, А.Б. Абдураимов. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 128 с.
8. Gynecomastia: Clinical evaluation and management / N. Cuhaci [et al.] // Indian Journal of Endocrinology and Metabolism. — 2014. — № 18, N 2. — P. 150–158.
9. Горячев, В. В. Некоторые особенности проявления телесного сознания юношей в современной школе / В. В. Горячев // Актуальные проблемы психологического знания. — 2015. — № 1(34). — С. 126–131. — EDN TNRIDT.
10. Корженкова Г.П. Комплексная рентгено-сонографическая диагностика заболеваний молочной железы: практическое руководство / Г.П. Корженкова / под ред. Н.В. Кочергиной. — Москва: СТРОМ, 2004. — 123 с.
11. Акимов В.Б. Сравнительный анализ результатов ультразвукового исследования и рентгеновской маммографии у мужчин с объемной патологией в проекции грудной железы / В.Б. Акимов, Д.В. Акимов // Опухоли женской репродуктивной системы. — 2015. — № 3 — С. 35–42.
12. The modern views of the diagnosis of male breast cancer / Moshurov I.P. [et al.] // Bulletin of experimental and clinical surgery. — 2016. — Vol. 9, № 4. — P. 289–295.
13. Lapid O. Pathological findings in gynecomastia: analysis of 5113 breasts / O. Lapid, F. Jolink, S.L. Maijer // Annals of Plastic Surgery. — 2015. — Vol. 74, N 2. — P. 163–166.
14. Акимов Д.В. Ультразвуковое исследование в комплексной диагностике и оценке эффективности лечения больных с гинекомастией : дис. ... канд. мед. наук / Д.В. Акимов. — Москва, 2014. — 124 с.
15. Akimova V.B. Comparative analysis of ultrasound and X-ray mammography in men with breast pathology / V.B. Akimova, D.V. Akimov // Tumors of Female Reproductive System. — 2015. — N 3. — P. 35–42.
16. Fine needle aspiration cytology diagnosis of male breast lesions / Y. Davey [et al.] // Nederlandstijdschriftvoorgeneeskunde. — 2008. — Vol. 138, N 13. — P. 276–280.
17. Carlson H.E. Approach to the patient with gynecomastia / H.E. Carlson // The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. — 2011. — Vol. 96. — P. 15–21.
18. Ohguni S. Lactorrea / S. Ohguni, V. Notsu, Y. Kato. // J. Endocr. Jap. — 2007. — Vol. 44, №4. — P. 581–587.
19. Adverse effects of androgen deprivation therapy and strategies to mitigate them. / P.L. Nguyen [et al.] // European Urology. — 2015. — Vol. 68. — P. 909–910.
20. Bowman J.D. Drug-Induced Gynecomastia / J.D. Bowman, H. Kim, J.J. Bustamante // Pharmacotherapy. — 2012. — Vol. 32. — P. 1123–1140.
21. Lapid O. Pathological findings in gynecomastia : analysis of 5113 breasts / O. Lapid, F. Jolink, S.L. Maijer // Annals of Plastic Surgery. — 2015. — Vol. 74, N 2. — P. 163–166.
22. Olsson H. Male gynecomastia and risk for malignant tumors — a cohort study / H. Olsson // BMC Cancer. — 2002. — N 2. — P. 26.
23. Современные взгляды на диагностику рака молочной железы у мужчин / И.П. Мошуров [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. — 2016. — Т. 9, № 4. — С. 289–295.