

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИНЕКОМАСТИИ 4 СТЕПЕНИ — КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Д.И. Сергеев¹, Р.А. Пахомова¹, С.В. Дробязго¹, В.Ф. Зубрицкий¹, Э.К. Сарибекян¹, И.Г. Бузель¹¹ Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

В настоящее время проблема гинекомастии широко распространена, при этом в клиники пластической хирургии обращается достаточно большое количество пациентов со сложными с точки зрения оперативного лечения формами гинекомастии. В данной статье проводится краткий литературный обзор проблемы, а также описание клинического случая пациента, прооперированного по авторской методике.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: грудная железа, гинекомастия, диагностика, лечение

КОРРЕСПОНДЕНЦИЯ: Сергеев Денис Игоревич, SergeevDenisIgorovich@mail.ru

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Сергеев Д. И., Пахомова Р. А., Дробязго С. В. [и др.] Оперативное лечение гинекомастии 4 степени — клинический пример // Вестник Медицинского института непрерывного образования. — 2024. — Т. 4, № 2. — С. 39–42. — DOI 10.36107/2782-1714_2024-4-2-39-42.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ: Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

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

SURGICAL TREATMENT OF GRADE 4 GYNECOMASTIA — A CLINICAL CASE

D.I. Sergeev¹, R.A. Pakhomova¹, S.V. Drobiazgo¹, V.F. Zubritskiy¹, E.K. Saribekyan¹, I.G. Buzel¹¹ Medical Institute of Continuing Education, Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH), Moscow, Russia

ABSTRACT

Currently, the problem of gynecomastia is widespread, and quite a number of patients with complicated forms of gynecomastia from the point of view of surgical treatment come to plastic surgery clinics. This article provides a brief literature review of the problem and a description of a clinical case of a patient operated on using the author's technique.

KEYWORDS: breast, gynecomastia, diagnosis, treatment

CORRESPONDENCE: Denis I. Sergeev, SergeevDenisIgorovich@mail.ru

FOR CITATIONS: Sergeev D. I., Pakhomova R. A., Drobiazgo S. V. [et al.] Surgical treatment of grade 4 gynecomastia — a clinical example. // Bulletin of the Medical Institute of Continuing Education. — 2024. — V. 4, № 2. — P. 39–42. — DOI 10.36107/2782-1714_2024-4-2-39-42.

FUNDING SOURCE: The authors declare no funding for the study.

DECLARATION OF COMPETING INTEREST: The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Гинекомастия — это термин, которым обозначают увеличение молочных 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 соединительно-тканного компонентов» [1, 2, 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, 5].

Гинекомастия способна, во-первых, оказать на мужчину психологическое влияние, снижая самооценку, ведущую к стрессу, и зачастую, как следствие, к импотенции [6, 7].

Для классификации стадий гинекомастии используются следующие клинические признаки:

- увеличение диаметра ареолы и размера грудных желез;
- наличие субмаммарной складки и избыточной кожи;
- птоз грудных желез [8].

Разные специалисты предлагают разную градацию степеней гинекомастии.

Очень подробную классификацию предлагают Adriana Cordova и Franchesco Moschella:

1 стадия — увеличенный диаметр и легкое выпячивание соска, ограниченное ареолярной областью;

2 стадия — умеренная гипертрофия молочной железы с сосково-ареолярным комплексом над субмаммарной складкой;

3 стадия — существенная гипертрофия молочной железы с железистым птозом и сосково-ареолярным комплексом, расположенным на той же высоте или на 1 см ниже субмаммарной складки;

4 стадия — существенная гипертрофия молочной железы с избыточностью кожи, выраженным птозом и сосково-ареолярным комплексом, расположенным более чем на 1 см ниже субмаммарной складки [9].

B. E. Simon, S. Hoffmann, S. Kahn предлагают немного более упрощенную классификацию:

Стадия 1 — небольшое увеличение груди без избыточности кожи;

Стадия 2a — умеренное увеличение груди без избыточности кожи;

Стадия 2b — умеренное увеличение груди с избыточностью кожи;

Стадия 3 — существенное увеличение груди с избыточностью кожи, напоминающее отвисшую женскую грудь [10].

В то же время Rod J. Rohrich предлагает классификацию, основанную не на внешних признаках, а на массе грудных желез:

Масса менее 250 грамм, отсутствие птоза — 1 стадия;

Масса менее 500 грамм, отсутствие птоза — 2 стадия;

Масса более 500 грамм, птоз 1 степени — 3 стадия;

Масса более 500 грамм, тяжелая гипертрофия, птоз 2 и 3 степени — 4 стадия [11].

Следует отметить, что все вышеперечисленные классификации, основанные на степени увеличения молочной железы, не учитывают степень развития фиброзной ткани в строме железы, однозначно требующей оперативного лечения и не поддающейся консервативной терапии.

Помимо стадий гинекомастии, различается также несколько ее типов:

Ложная — встречается у подростков и мужчин, формируется в основном за счет жировой ткани;

Истинная — сформирована за счет увеличенной фиброзной ткани и млечных протоков;

Смешанная — в формировании этого типа гинекомастии участвуют и жировая ткань и фиброзная.

Тип гинекомастии можно определить с помощью ультразвукового исследования молочной железы [12, 13].

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 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 [14, 15].

Абсолютно так же разнятся и статистические выкладки различных специалистов — от 0,3 до 94% 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 [16, 17].

Оперативное лечение гинекомастии 4 степени является сложным медицинским процессом, требующим глубоких знаний анатомии груди, пластических техник и навыков хирурга. В настоящее время существует несколько подходов к хирургической коррекции гинекомастии, включая липосакцию, резекцию железистой ткани, комбинированные методы. Каждый из этих методов имеет свои плюсы и минусы, и выбор конкретной стратегии лечения зависит от индивидуальных особенностей пациента, размеров и характеристик увеличенных грудных желез [11, 18].

Для оптимальных результатов оперативного лечения гинекомастии 4 степени необходимо учитывать, как медицинские, так и эстетические аспекты. Кроме того, важно предоставить пациенту всестороннюю информацию о возможных рисках и осложнениях, связанных с хирургическим вмешательством, а также о периоде реабилитации и ожидаемых результатах [3, 19].

ЦЕЛЬ

Рассмотреть клинический случай оперативного лечения гинекомастии 4 степени с применением определенной методики, а также проанализировать эффективность данного подхода и его результаты на основе доступной литературы и собственного клинического опыта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Диагноз заболевания устанавливали на основе клинико-лабораторных показателей в условиях приемного покоя хирургического стационара, подтверждали инструментальными методами исследования. Выполняли операцию по запатентованной методике (патент РФ 2810449). **Задача способа:** учесть степень птоза кожи грудных желез

при 3-4 ст. и снизить некроз сосково-ареолярного комплекса, удалить избыток кожи для достижения косметического эффекта, уменьшить риск отдаленных послеоперационных осложнений, ускорить процесс заживления послеоперационных ран и сократить время реабилитации.

Поставленную задачу осуществляют за счет того, что сосково-ареолярный комплекс перемещают на медиальной ножке, на 2-3 см выше раны в отдельно подготовленное место, размером 2x1 см в виде овала по среднеключичной линии, удаление избытков кожи от субмаммарной складки до будущей новой субмаммарной складки.

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.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациент М. поступил с жалобами на опущение кожи грудной железы и психологический дискомфорт при ношении одежды (фото 1). Пациент имеет гиперстеническое телосложение. Для диагностики типа гинекомастии был направлен на ультразвуковое исследование, по результатам исследования — смешанная гинекомастия IV ст. с преобладанием жирового компонента. Также проведено стандартное предоперационное обследование в объеме клинического анализа крови, общего анализа мочи, стандартного набора биохимических показателей крови, коагулограммы, маркеров инфекционных заболеваний, определение группы крови, а также флюорография, электрокардиограмма и УЗИ вен нижних конечностей — существенных отклонений от нормы определено не было. Планируется операция — удаление грудной железы, липосакция подкожно-жировой клетчатки, иссечение птоза кожи (фото 1).

Перед операцией была проведена предоперационная разметка (фото 2), на которой были отмечены основные ориентиры, новое местоположение сосково-ареолярного комплекса, удаляемый избыток кожи.

Операция: после трехкратной обработки операционного поля под общей анестезией произведены разрезы кожи по предварительно нанесенной разметке, с помощью ареолотома диаметром 2 см произведен разрез кожи вокруг ареолы, выполнена дезэпидермизация вокруг сосково-ареолярного комплекса с помощью скальпеля от 12 часов до 15 часов на медиальной ножке, выделен лоскут с САК, произведено иссечение кожи от субмаммарной складки до верхнего края ареолы. На 2,5 см по среднеключичной линии, на расстоянии 21 см от ключицы подго-

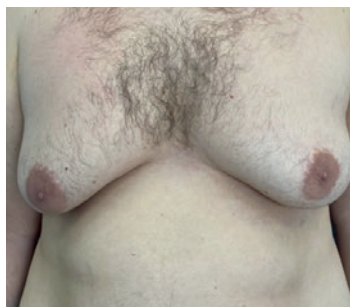


Рис. 1. Внешний вид пациента до оперативного вмешательства

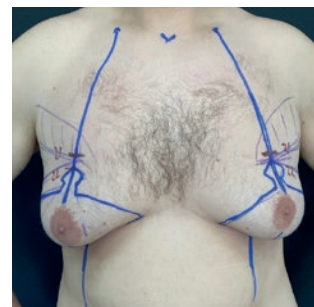


Рис. 2. Предоперационная разметка пациента



Рис. 3. Результат операции сразу после ее выполнения

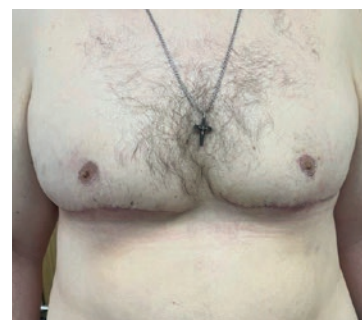


Рис. 4. Результат через 1 месяц после операции.

товлено окно 2x1 см для сосково-ареолярного комплекса, последний перемещен, фиксирован Викрил 2-0. Произведено иссечение кожи по предоперационной разметке. Раны послойно ушиты Викрил 2-0, Монокрил 3-0, 4-0. Наклеены стрип-наклейки. (фото 3). Асептическая повязка, надето компрессионное белье.

Сразу после операции пациент был переведен в палату, послеоперационный период протекал гладко. В послеоперационном периоде проводились регулярные перевязки раны с асептической обработкой и сменой асептических повязок, терапия НПВС, антибиотикопрофилактика. Пациент выписан из стационара на следующий день после операции, в амбулаторном режиме продолжались осмотры и плановые перевязки пациента. Пациент носил компрессионное белье 1 месяц, было дано ограничение на физическую нагрузку в области груди на 1 месяц (фото 4).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Преимуществами способа являются: учитываются анатомо-функциональный птоз грудных желез для достижения косметического эффекта, снижение риска некроза сосково-ареолярного комплекса, существенное сокращение реабилитационного периода и отсутствие послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гинекомастия: клинко-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. — 128с.
8. Gynecomastia: Clinical evaluation and management / N. Cuhaci [et al.] // Indian Journal of Endocrinology and Metabolism. — 2014. — № 18, N 2. — P. 150–158.
9. Cordova A, Moschella F (2008) Algorithm for clinical evaluation and surgical treatment of gynaecomastia. J Plast Reconstr Aesthet Surg 61(1):41–49
10. Simon BE, Hoffman S, Kahn S. Classification and surgical correction of gynecomastia. Plast Reconstr Surg. 1973;51:48–52.
11. Rohrich RJ, Ha RY, Kenkel JM, Adams Jr WP. Classification and management of gynecomastia: defining the role of ultrasound-assisted liposuction. Plast Reconstr Surg. 2003
12. Корженкова Г.П. Комплексная рентгено-сонографическая диагностика заболеваний молочной железы: практическое руководство // под ред. Н.В. Кочергиной. — Москва: СТРОМ, 2004. — 123 с.
13. Акимова В.Б. Сравнительный анализ результатов ультразвукового исследования и рентгеновской маммографии у мужчин с объемной патологией в проекции грудной железы / В.Б. Акимова, Д.В. Акимов // Опухоли женской репродуктивной системы. — 2015. — № 3 — С. 35–42.
14. 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.
15. Акимов Д.В. Ультразвуковое исследование в комплексной диагностике и оценке эффективности лечения больных с гинекомастией: дис. ... канд. мед. наук / Д.В. Акимов. — Москва, 2014. — 124с.
16. 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.
17. Fine needle aspiration cytology diagnosis of male breast lesions / Y. Davey [et al.] // Nederlandstijdschriftvoorgeneeskunde. — 2008. — Vol. 138, N 13. — P. 276–280.
18. 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.
19. Гинекомастия / Д.Г. Бельцевич [и др.] // Эндокринная хирургия. — 2012 — № 1. — С. 18–23.
20. Pontus, C., Santanelli di Pompeo, F., Balducci, G., & Gentile, P. (2018). Gynecomastia: Simplifying a Complex Problem. Aesthetic Surgery Journal, 38(7), 728–744. DOI: 10.1093/asj/sjy012.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Сергеев Денис Игоревич — старший преподаватель кафедры пластической хирургии МИНО ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ», Москва, Россия. ORCID 0000-0002-3681-4685, eLIBRARY SPIN-код: 2616-9580, eLIBRARY AuthorID: 661147

Пахомова Регина Александровна — д.м.н., доцент, заведующая кафедрой пластической хирургии МИНО ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ», Москва, Россия. ORCID 0000-0002-3681-4685, eLIBRARY SPIN-код: 2616-9580, eLIBRARY AuthorID: 661147

Дробязго Сергей Владимирович — к.м.н., доцент кафедры пластической хирургии МИНО ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ», Москва, Россия. ORCID 0009-0000-5457-4091, eLIBRARY SPIN-код: 5201-3425, eLIBRARY AuthorID: 1187006.

Зубрицкий Владислав Феликсович — д.м.н., заведующий кафедрой хирургии повреждений с курсом ВПХ МИНО ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ», главный хирург МВД РФ, профессор, заслуженный врач РФ, Москва, Россия. eLIBRARY SPIN-код: 1724-1877, AuthorID: 328509

Сарибекян Эрик Карлович — д.м.н., доцент, доцент кафедры пластической хирургии МИНО ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ», Москва, Россия. ORCID 0000-0003-0307-8252, eLIBRARY SPIN-код: 3491-0586, eLIBRARY AuthorID: 722452

Бузель Игорь Георгиевич — к.м.н., доцент кафедры пластической хирургии МИНО ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ», SPIN-код: 8459-9989, AuthorID: 983527, ORCID: 0009-0005-5296-4535

АВТОРСКИЙ ВКЛАД

Пахомова Р. А. — общее руководство

Сергеев Д. И., Бузель И.Г. — написание научного текста

Зубрицкий В. Ф., Сарибекян Э. К. — редактирование научного текста

Дробязго С. В., Сергеев Д. И. — выполнение оперативного вмешательства, предоставление выдержки из медицинской документации, графическое сопровождение статьи

ПОСТУПИЛА: 16.04.2024

ПРИНЯТА: 16.05.2024

ОПУБЛИКОВАНА: 25.06.2024