

Оригинальное исследование и клиническое наблюдение
УДК: 616.61-089

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОМАСТИИ

К.В. Клименко¹, Р.А. Пахомова¹, К.В. Артамонова², Е.В. Портнова², Н.Т. Гришина², И.Г. Бузель¹, Д.И. Сергеев¹

¹ Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский Биотехнологический Университет (РОСБИОТЕХ)», Москва, Россия

² ООО «Клиника реконструктивной хирургии Revitalife», Москва, Россия.

АННОТАЦИЯ

Введение. Гинекомастия (женская грудь) известна с давних времен, однако только в последние десятилетия прошлого века проблема гинекомастии широко вошла не только в эндокринологическую, но и в хирургическую практику. Чаще всего оперативное лечение выполняется на II–III стадиях заболевания.

Цель исследования. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения гинекомастии.

Материалы методы. В исследование включены 73 пациента в возрасте от 28 до 62 лет с различными степенями и формами гинекомастии.

Результаты. У всех пациентов, которым было выполнено секторальное устранение железистой ткани и резекция грудной железы с транспозицией сосково-ареолярного комплекса, рецидивы не отмечались. Все рецидивы возникли после проведения липосакции.

Заключение. Стандартная операция устранения гинекомастии и операции по проведению резекции грудной железы и птоза кожи с транспозицией сосково-ареолярного комплекса показала хорошие безрецидивные отдаленные результаты.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гинекомастия, грудная железа, сосково-ареолярный комплекс, липосакция

КОРРЕСПОНДЕНЦИЯ: Клименко Константин Владимирович, e-mail: kklimenko777@yandex.ru

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Клименко К.В., Пахомова Р.А., Артамонова К.В. [и др.] Отдаленные результаты хирургического лечения гинекомастии // Вестник Медицинского института непрерывного образования. — 2024. — Т. 4. — № 3. — С. 16–21. — DOI 10.36107/2782-1714_2024-4-3-16-21.

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.

ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОСТУПНОСТИ ДАННЫХ: Данные текущего исследования можно получить по обоснованному запросу у корреспондирующего автора.

LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF GYNECOMASTIA

K.V. Klimenko¹, R.A. Pakhomova¹, K.V. Artamonova², E.V. Portnova², N.T. Grishina², I.G. Buzel¹, D.I. Sergeev¹

¹ Medical Institute of Continuing Education, Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH), Moscow, Russia

² Revitalife Reconstructive Surgery Clinic, Moscow, Russia

ABSTRACT

Background. Gynecomastia (female breasts) has been known for a long time, but only in the last decades of the last century the problem of gynecomastia became widespread not only in endocrinology, but also in surgical practice. Most often surgical treatment is performed at stages II–III of the disease.

Purpose. Is to evaluate the long-term results of surgical treatment of gynecomastia.

Materials and methods. The study included 73 patients between the aged of 28 to 62 years with various stages and forms of gynecomastia.

Results. No relapses were noted in all patients who underwent sectoral removal of glandular tissue and breast resection with transposition of the nipple-areolar complex. All relapses occurred after liposuction.

Conclusion. The standard gynecomastia surgery and surgery for breast resection and skin ptosis with the transposition of the nipple-areolar complex showed good relapse-free long-term results.

KEYWORDS: gynecomastia, breast, nipple-areolar complex, liposuction

CORRESPONDENCE: Konstantin V. Klimenko, e-mail: kklimenko777@yandex.ru

FOR CITATIONS: Klimenko K.V., Pakhomova R.A., Artamonova K.V., Portnova E.V., Grishina N.T., Buzel I.G. Long-term Results of Surgical Treatment of Gynecomastia // Bulletin of the Medical Institute of Continuing Education — 2024. — V. 4. — No. 3. — P. 16–21. — DOI 10.36107/2782-1714_2024-4-3-16-21.

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.

DATA AVAILABILITY STATEMENT: Data from the current study are available from the corresponding author upon reasonable request.

ВВЕДЕНИЕ

Гинекомастия (женская грудь) известна с давних времен. Первые упоминания о патологии исходят к 7 веку [1], однако только в последние десятилетия прошлого века проблема гинекомастии широко вошла не только в эндокринологическую, но и в хирургическую практику. Все больше мужчин стали обращаться к пластическим хирургам за помощью, замечая у себя увеличение грудных желез [2].

Причин усиления внимания к этому вопросу несколько.

Во-первых, это непосредственный рост заболевания, чему способствовало бесконтрольное увлечение молодыми людьми анаболическими стероидными гормонами, которые сами по себе вызывают сбой гормонального фона мужчины [3]. Кроме того, отмена интенсивных физических нагрузок также вызывает повышение уровня эстрогенов у мужчины.

Во-вторых, резкое увеличение людей с избыточным весом, что связано с неправильным питанием и гиподинамией.

В-третьих, прорыв в пластической хирургии и резкое увеличение методов оказания хирургической помощи пациентам с гинекомастией [4].

На сегодняшний день операции по поводу гинекомастии становятся наиболее востребованными пластическими операциями среди мужского населения как в мире, так и в нашей стране.

Классифицируется гинекомастия в трех формах: истинная гинекомастия, ложная и смешанная. Если истинная гинекомастия, как правило, является следствием изменения гормонального фона мужчины, то ложная — всегда следствие ожирения. Сочетание обоих факторов классифицируется как смешанная форма. В зависимости от увеличения размера грудной железы по международной классификации определяют четыре степени гинекомастии — I, II, III и IV [5]. В истинной гинекомастии некоторые исследователи отдельно определяют симптоматическую гинекомастию, связанную с приемом медикаментозных препаратов, почечной или печеночной недостаточностью.

При этом не следует считать, что восстановление гормонального статуса или значительное похудение приведет к инволюции грудной железы, при всех прочих

равных остается переизбыток растянутой кожи, приносящий психологический дискомфорт пациенту. Это обстоятельство побуждает пациента обратиться за помощью к пластическому хирургу.

Не только эстетические причины и психологический дискомфорт приводят пациентов в хирургическое отделение. Так как при гинекомастии происходит перестройка грудной железы с развитием и преобладанием железистой ткани, в этом случае грудные железы уплотняются, становятся болезненными при прикосновении, сосок может мацерироваться и кровоточить. Все это вызывает еще и физический дискомфорт.

Средний возраст развития истинной гинекомастии — 30–40 лет, возраст расцвета лиц мужского пола.

Ложная гинекомастия чаще развивается в возрасте от 50 лет и старше, но и в этом возрасте эстетика внешности продолжает беспокоить мужчин и вызывает необходимость ее коррекции с помощью пластических операций [6].

Чаще всего оперативное лечение выполняется на II–III стадиях заболевания. На первой стадии пациенты не всегда придают значение возникшим симптомам и не обращаются к врачам. Четвертая стадия встречается редко, так как большинство пациентов прибегают к хирургическому лечению на более ранних стадиях.

Для хирургического лечения гинекомастии разработан целый ряд хирургических методов [7–8]. Наиболее востребованным в настоящее время является хирургическое устранение гинекомастии. Выполняется супраареолярный или инфраареолярный разрез кожи по краю ареолы с последующим удалением всей разросшейся железистой ткани до фасции большой грудной мышцы. При этой операции есть возможность устранить всю ткань грудной железы и, таким образом, предупредить развитие рецидива. После рубцевания раны послеоперационный шов, расположенный по краю ареолы, становится незаметным. Все перечисленное позволяет данной методике быть операцией выбора при хирургическом лечении гинекомастии.

Помимо классической хирургической операции, в клиниках пластической хирургии нашла широкое применение липосакция грудной железы [9–11]. Однако данный метод малоэффективен при истинной гинекомастии из-за плотной капсулы и дольчатого строения, что не позволяет полностью устранить железистую ткань и дает большой процент рецидивов. Поэтому липосакция

грудной железы показана исключительно при ложной гинекомастии, когда основным субстратом увеличения грудных желез является жировая ткань.

При гинекомастии больших размеров, сопровождающейся опущением груди, дополнительно выполняют подтяжку кожи путем пераареолярной пексии, либо выполняют резекцию железы с транспозицией сосково-ареолярного комплекса.

Некоторые клиники пластической хирургии как в нашей стране, так и за рубежом предлагают лазерное и ультразвуковое лечение гинекомастий. Применение подобных методик вызывает большое количество споров среди пластических хирургов из-за малой эффективности и большого количества рецидивов. И уж тем более подобные методики неприемлемы при больших размерах гинекомастии и при растяжении кожи.

Существование нескольких методик оперативно-го лечения и поиск новых методов лишь подчеркивают актуальность проблемы, однако все методы лечения нуждаются в оценке результатов.

Целью исследования является оценка отдаленных результатов хирургического лечения гинекомастии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 73 пациента в возрасте от 28 до 62 лет с различными степенями и формами гинекомастии.

Оценивался внешний вид пациента, удовлетворенность результатом и наличие рецидива заболевания.

По возрасту пациенты распределялись следующим образом (табл. 1):

Как видно из таблицы, 70% пациентов, обратившихся за хирургической помощью, страдали истинной гинекомастией. Превалирующий возраст — от 28 до 40 лет.

С ложной гинекомастией обратились 19 человек, все без исключения в качестве основного диагноза имели ожирение 2-й степени. Со смешанной гинекомастией были 3 пациента в возрасте от 41 до 50 лет.

Таблица 1. Распределение пациентов по возрасту

	28-40	41-50	51-62	Итого
Истинная	42	7	2	51
Ложная	0	1	18	19
Смешанная	0	3	0	3
Итого	42	11	20	73

Таблица 2. Распределение пациентов по размеру грудной железы

Количество пациентов	II степень	III степень	IV степень	Итого
Истинная	39	12	0	51
Ложная	10	6	3	19
Смешанная	0	3	0	3
Итого	49	21	3	73

Пациенты различались по степени увеличения грудной железы от II до IV (табл. 2).

Большинство обратившихся пациентов (67%) имели гинекомастию II степени. У 28% пациентов с диагностирована гинекомастия III степени. Лишь у 3-х пациентов с ложной гинекомастией размер грудной железы соответствовал IV степени увеличения.

Всем пациентам перед выполнением операции проводилось УЗИ-исследование грудных желез для исключения наличия злокачественного образования (табл. 3).

Устранение гинекомастии было выполнено 48 пациентам (в 66%). У всех пациентов была II-III степень гинекомастии. Липосакция выполнялась исключительно пациентам с ложной гинекомастией (19 пациентов). При смешанной и ложной гинекомастии III-IV степени 6 пациентам выполнена резекция железы с транспозицией сосково-ареолярного комплекса.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнений не отмечалось.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В среднем через три года после выполненной операции практически все оперированные пациенты прошли контрольный осмотр. Пятеро пациентов не пришли на контрольный осмотр по личным причинам, однако в телефонном разговоре подтвердили удовлетворение косметическим результатом, 1 пациент умер от инфаркта миокарда в возрасте 58 лет (табл. 4).

При контрольном осмотре у 94% пациентов отмечен хороший отдаленный косметический результат. Рецидив заболевания выявлен у 4 пациентов. У всех па-

Таблица 3. Распределение пациентов по виду проведенной операции

Количество пациентов	II степень	III степень	IV степень	Итого
Удаление железистой ткани	33	15	0	48
Резекция железы с транспозицией сосково-ареолярного комплекса	0	3	3	6
Липосакция	16	3	0	19
Итого	49	21	3	73

Таблица 4. Отдаленные результаты в зависимости от исходного размера грудной железы

Количество пациентов	II степень	III степень	IV степень	Итого
Хороший косметический результат	44	18	1	63
Рецидив заболевания	0	2	2	4
Итого	44	20	3	67
Итого	49	21	3	73



Таблица 5. Отдаленные результаты в зависимости от вида гинекомастии

Количество пациентов	Истинная	Ложная	Смешанная	Итого
Хороший косметический результат	42	10	2	63
Рецидив заболевания	0	3	1	4
Итого	42	13	3	67
Итого	49	21	3	73

Таблица 6. Отдаленные результаты в зависимости от исходного размера грудной железы

Количество пациентов	Удаление железистой ткани	Резекция железы с транспозицией сосково-ареолярного комплекса	Липосакция	Итого
Хороший косметический результат	48	5	10	63
Рецидив заболевания	0	0	4	4
Итого	48	5	14	67
Итого	49	21	3	73

циентов изначально гинекомастия была представлена 3–4 степенью (табл. 5).

Наихудший результат в отдаленном периоде отмечен у пациентов с ложной гинекомастией. Это объясняется сохраняющимся ожирением 3 степени и, как следствие, прогрессированием отложения жировой ткани в области грудной железы. Рецидив также был выявлен у 1 пациента со смешанной гинекомастией (табл. 6).

У всех пациентов, которым было выполнено секторальное устранение железистой ткани и резекция грудной железы с транспозицией сосково-ареолярного комплекса, рецидивы не отмечались. Все рецидивы возникли после проведения липосакции. При этом размер увеличения грудной железы не превышал I степени гинекомастии. От повторного оперативного вмешательства все пациенты с рецидивом заболевания отказались.

В качестве иллюстрации изложенных результатов представлены два клинических наблюдения.

1-е клиническое наблюдение

Пациент М., 32 лет. Диагноз: смешанная гинекомастия II степени.

Жалобы при поступлении на симметричное увеличение грудных желез (рис. 1), на выраженный психологический дискомфорт. Увеличение желез начал отмечать два года назад, после того как перестал серьезно заниматься спортом и значительно уменьшил физические нагрузки.

При проведении предоперационной подготовки пациенту выполнено ультразвуковое исследование грудных желез для исключения злокачественного процесса.

Выполнена операция устранения гинекомастии с двух сторон. Резецированный макропрепарат (рис. 2)

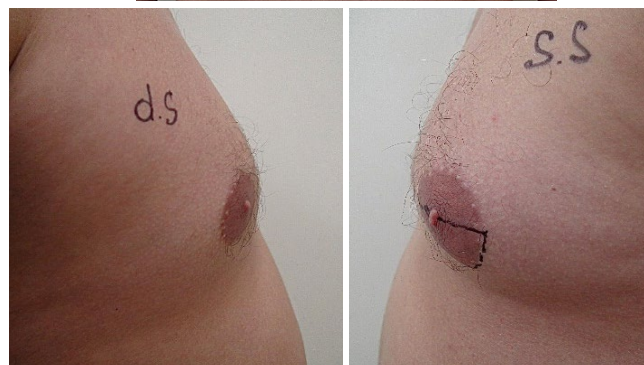
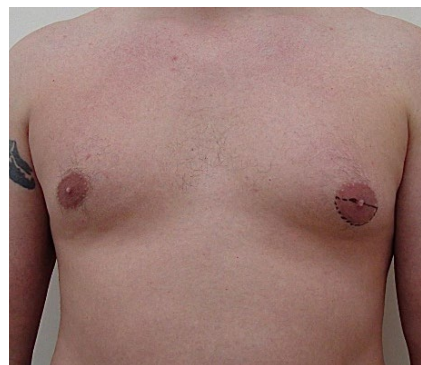


Рис. 1. Фотография пациента до операции (d.s – сагитально справа, s.s – сагитально слева)

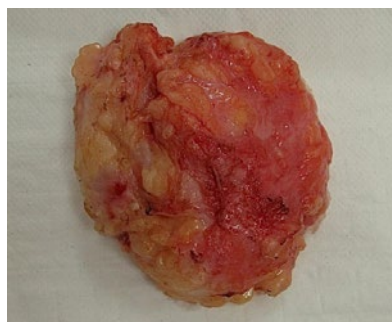


Рис. 2. Резецированный макропрепарат



Рис. 3. Фотография груди пациента на 3 сутки после операции

представлен преимущественно железистой тканью с незначительным количеством жировой клетчатки.

Швы сняты на 7 сутки. Послеоперационный период без особенностей (рис. 3).

При контрольном обследовании через 3 года отмечен отличный косметический результат и отсутствие рецидива.



Рис. 4. Фотография пациента при поступлении

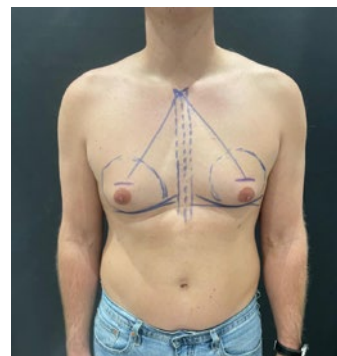


Рис. 5. Предоперационная разметка кожного покрова



Рис. 6. Фотография пациента на 8 сутки после операции



Рис. 7. Фотография пациента через месяц после операции

2-е клиническое наблюдение

Пациент Д., 36 лет. Диагноз: смешанная гинекомастия II степени с птозом грудных желез.

Пациент обратился в клику пластической хирургии с жалобами на увеличение грудных желез (рис. 4), периодически возникающие болезненные ощущения в области сосков, на психологический дискомфорт в связи с феминизацией грудных желез.

После проведенного предоперационного обследования, включившего в себя проведение стандартных анализов крови и мочи и ультразвукового исследования грудных желез, пациенту выполнена тотальная резекция грудной железы с иссечением птоза кожи. Перед выполнением операции проведена кожная разметка планируемых разрезов (рис. 5).

Послеоперационный период протекал без осложнений (рис. 6). Швы сняты на 8 сутки. Заживление первичным натяжением.

При контрольном осмотре через месяц отмечен отличный косметический результат (рис. 7) и полная удовлетворенность пациента проведенным лечением.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По итогам проведенного анализа отдаленных результатов хирургического лечения гинекомастий необходимо отметить, что у большинства оперированных пациентов достигнут положительный косметический результат через три года после операции. Рецидивы заболевания зафиксированы у пациентов с ложной гинекомастией, которым была выполнена липосакция. Это связано с двумя факторами: во-первых, с прогрессированием ожирения и продолжающимся разрастанием жировой ткани в области грудной железы, во-вторых, структура грудной железы при гинекомастии представлена жировой тканью, фрагментами жировой ткани, окруженными выраженными трудно прокалываемыми фиброзными тяжами, что создает технические сложности при проведении операции и приводит к оставлению фрагментов жира, что впоследствии стимулирует развитие рецидива.

Стандартная операция устранения гинекомастии и операции по проведению резекции грудной железы и птоза кожи с транспозицией сосково-ареолярного комплекса показала хорошие безрецидивные отдаленные результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ayyavoo A. Gynecomastia // Indian Journal of Pediatrics. — 2023. — Т. 90. — №. 10. — С. 1013–1017. — DOI: 10.1007/s12098-023-04810-7
2. Lapid O., Jolink F., Meijer S. L. Pathological findings in gynecomastia: analysis of 5113 breasts // Annals of Plastic Surgery. — 2015. — Т. 74. — №. 2. — С. 163–166.
3. Пахомова Р.А., Семенов П.А., Кочетова Л.В., Синдеева Л.В. Гинекомастия — доброкачественная патология или рак грудной железы // Современные проблемы науки и образования. — 2022. — № 3. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=31808> (дата обращения: 09.07.2024).

4. Pinelli M. et al. Gynecomastia: an uncommon, destabilizing condition of the male adolescent. our therapeutic choice //Acta Bio-medica: Atenei Parmensis. — 2023. — Т. 94. — №. 2. — С. e2023055-e2023055. — DOI: 10.23750/abm.v94i2.14028
5. Karamchandani M. M. et al. Management of gynecomastia and male benign diseases //Surgical Clinics. — 2022. — Т. 102. — №. 6. — С. 989–1005. — DOI: 10.1016/j.
6. Kim D. H. et al. Surgical management of gynecomastia: subcutaneous mastectomy and liposuction //Aesthetic plastic surgery. — 2016. — Т. 40. — С. 877–884. — DOI: 10.1007/s00266-016-0705-y
7. Innocenti A. et al. Discussion: surgical management of gynecomastia — subcutaneous mastectomy and liposuction //Aesthetic Plastic Surgery. — 2017. — Т. 41. — С. 983–984. — DOI: 10.1007/s00266-017-0811-5
8. Yang H., Liang F., Feng Y., Qiu M., Chung K., Zhang Q., Du Z. Single Axillary Incision Reverse Sequence Endoscopic Nipple-Sparing Mastectomy in the Management of Gynecomastia: Short-Term Cosmetic Outcomes, Surgical Safety, and Learning Curve of the Preliminary 156 Consecutive Procedures from a Prospective Cohort Study // Aesthetic Plast Surg. — 2023. — Nov. № 13. — DOI: 10.1007/s00266-023-03727-y.
9. Ramasamy K., Tripathee S., Murugesh A., Jesudass J., Sinha R., Alagarasan A.R. A Single-Center Experience With Gynecomastia Treatment Using Liposuction, Complete Gland Removal, and Nipple Areola Complex Lifting Plaster Technique: A Review of 448 Patients // Aesthet Surg J Open Forum. — 2023. — Jan 2;5:ojac095.
10. Pfeiler P.P., Luketina R., Dastagir K., Vogt P.M., Mett T.R., Kaltenborn A., Könniker S. Expected Reduction of The Nipple-Areolar Complex Over Time After Treatment of Gynecomastia with Ultrasound-Assisted Liposuction Mastectomy Compared to Subcutaneous Mastectomy Alone // Aesthetic Plast Surg. — 2022. — Apr; № 46(Suppl 1). — С.162–163. — DOI: 10.1007/s00266-020-02074-6.
11. Prasetyono T.O.H., Budhipramono A.G., Andromeda I. Liposuction Assisted Gynecomastia Surgery with Minimal Periareolar Incision: a Systematic Review // Aesthetic Plast Surg. — 2022. — Feb; № 46(1). — С. 123–131. — DOI: 10.1007/s00266-021-02520-z.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Клименко Константин Владимирович — врач-пластический хирург, старший преподаватель кафедры пластической и реконструктивной хирургии ФГБОУ ВО «Росбиотех». <https://orcid.org/0009-0001-1847-2028> SPIN-код: 8917-9379, Author ID: 1252908

Пахомова Регина Александровна — доктор медицинских наук, руководитель кафедры пластической и реконструктивной хирургии ФГБОУ ВО «Росбиотех». <https://orcid.org/0000-0002-3681-4685>

Артамонова Кристина Викторовна — врач-пластический хирург, ООО «Клиника реконструктивной хирургии Revitalife». <https://orcid.org/0009-0006-8011-0315>

Портнова Екатерина Вячеславовна — врач-пластический хирург, ООО «Клиника реконструктивной хирургии Revitalife». <https://orcid.org/0009-0009-1630-7027>

Гришина Натэла Тенгизовна — врач-пластический хирург, ООО «Клиника реконструктивной хирургии Revitalife». <https://orcid.org/0009-0007-9892-2538>

Бузель Игорь Георгиевич — к.м.н., доцент кафедры пластической и реконструктивной хирургии ФГБОУ ВО «Росбиотех». <https://orcid.org/0009-0005-5296-4535>, SPIN-код: 8459-9989, Author ID: 1252908

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

АВТОРСКИЙ ВКЛАД

Клименко Константин Владимирович — генерация идеи исследования, постановка задачи исследования

Пахомова Регина Александровна — одобрение окончательной версии

Артамонова Кристина Викторовна — выполнение рутинной работы, подготовка текста статьи

Портнова Екатерина Вячеславовна — обработка статистических данных

Гришина Натэла Тенгизовна — оформление статьи

Бузель Игорь Георгиевич — систематизация материала

Сергеев Денис Игоревич — обработка статистических данных

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПУБЛИКАЦИЮ: авторы получили письменное согласие пациентов на публикацию медицинских данных и фотографий.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ: проведенное исследование соответствует стандартам Хельсинкской декларации (Declaration Helsinki), соответствие протокола исследования этическим принципам было подтверждено Локальным этическим комитетом МИНО ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ» (Москва, Волоколамское шоссе, дом 11, Москва, Россия), протокол № 03 от 05.09.2024 г.

ПОСТУПИЛА: 05.06.2024

ПРИНЯТА ПОСЛЕ РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ: 25.08.2024

ОПУБЛИКОВАНА: 17.09.2024