ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОЙ ГИГАНТОМАСТИИ

Божок Алла Александровна, Кораблева Наталья Петровна, Побережная Алла Викторовна, Цехмистро Яна Вячеславовна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: allabozhok@mail.ru

Ключевые слова: пубертатная гипертрофия, ювенильная гигантомастия, ювенильная макромастия

Введение. Представлены результаты продолженного наблюдения двух случаев ювенильной ггигантомастии после применения разработанной лечебной методики.

Гигантомастия — это мультифакториальное патологическое состояние, в подавляющем большинстве случаев ассоциированное с ожирением и гормональным дисбалансом. Наряду с этим существуют специфические гигантомастии. Для них характерно стремительное развитие в подростковом возрасте или в период гестации вследствие повышенной чувствительности эстрогеновых рецепторов к активной стимуляции в периоды гормонального всплеска. Очень важна правильная диагностика этого состояния и исключение других заболеваний, в том числе новообразований. Ювенильная гигантомастия (ЮГ) требует особого подхода в силу нескольких причин: продолжающегося развития молочных желез и высокого риска рецидива гигантомастии при ранней коррекции, ограниченных возможностей лекарственной терапии в подростковом возрасте, резкого ограничения активной физической и социальной активности и ранимой психики подростков.

Цель исследования. Оценить эффективность методики коррекции ювенильной гигантомастии при длительном сроке наблюдения**.**

Материалы и методы. В настоящее время не существует единого подхода в коррекции этого состояния, но накоплен достаточный опыт, который свидетельствует о том, что: 1. Крайне желательно хирургическую коррекцию максимально отложить и выполнять при достижении стабильного размера молочных желез. Многие авторы отмечают неуклонный продолжающийся рост молочных желез до завершения периода полового созревания и частые рецидивы после попытки хирургического лечения; 2. Вероятность рецидива ювенильной ГМ после выполнения редукции в 7 раз больше по сравнению с мастэктомией. Однако травматичность этой операции, отсутствие впоследствии возможности реализовать функцию грудного вскармливания, частота послеоперационных осложнений, связанных с установкой имплантов и необходимостью повторных коррекций требуют очень взвешенного подхода к выбору оперативной методики. Большинство хирургов на первом этапе все же отдают предпочтение редукции молочных желез, оставляя мастэктомию на случай рецидива. Необходимо учитывать, что требуется максимально сохранить функцию железы и последующее качество жизни, для этого необходимо минимизировать, по возможности, такие осложнения, как нарушение чувствительности сосково-ареолярного комплекса и потеря способности к лактации. На этапе предоперационного консультирования крайне важно информировать подростка и родителей, во-первых, о высокой вероятности последующей коррекции молочной железы и, во-вторых, о возможных осложнениях операции — нарушениях чувствительности соска и возможной потере способности к грудному вскармливанию. 3. Хирургическое лечение должно быть дополнено лекарственной терапией — противовоспалительной и направленной на подавление стимуляции эстрогенорецепторов. Такой подход позволяет улучшить эстетические и функциональные результаты лечения, а также в несколько раз снизить частоту рецидивов. оптимальные режимы, продолжительность, место в лечебной алгоритме — до или после операции — в настоящее время изучаются.

Сотрудники кафедры пластической и реконструктивной хирургии СПбГПМУ разработали лечебный алгоритм, позволивший осуществить эффективное лечение двух случаев ЮГ. Обе пациентки 13 и 14 лет на первом этапе лечения получали тамоксифен в дозе 20 мг/сут постоянно длительно с момента постановки диагноза и одновременно был начат курс противовоспалительной терапии нестероидными препаратами. В одном случае прием нестероидных противовоспалительных продолжался 4 недели, в другом 6 недель. Хирургическое лечение в виде редукционной маммопластики на верхне-медиальной ножке было выполнено у одной девочки в 16 лет, у другой в 16 лет и 8 мес. Период наблюдения составил 32 и 51 мес. соответственно.

Результаты. После начала лекарственной терапии в обоих случаях отмечалось клиническое улучшение, уменьшение болей, отека молочных желез уже через1 месяц, в одном случае спустя 3 месяца было отмечено уменьшение молочных желез в размерах на 10–15%. Это позволило существенно отодвинуть хирургическое вмешательство. Были предложены все возможные варианты хирургической коррекции и подробно разъяснены и девочкам-подросткам, и их родителям достоинства и недостатки. В обоих случаях предпочтение было отдано редукции. Была выполнена редукционная маммопластика на верхне-медиальной ножке. В обоих случаях

удалось избежать некрозов полных или частичных сосково-ареолярных комплексов, что, как известно, является наиболее частым осложнением при перемещении сосково-ареолярного комплекса на длинной сосудистой ножке. Чувствительность сосково-ареолярных комплексов также была сохранена. После оперативного лечения обе пациенкти продолжали прием тамоксифена в дозе 20 мг/сут с профилактической целью в течение 6 мес. При периоде наблюдения с даты операции 32 мес. у одной пациентки и 51 мес. у другой рецидива гигантомастии не наблюдается. Пациентки оценивают результат операций как «отличный».

Заключение. Разработанная комплексная методика коррекции ЮГ, основанная на комбинации хирургического и медикаментозного лечения, при длительном сроке наблюдения доказала свою эффективность и позволила заключить следующее:1. Лечение ЮГ должно быть комплексным. 2. Применение на первом этапе лекарственной терапии, включающей противовоспалительные препараты и селективные антистрогены, повзволяет уменьшить клинические проявления заболевания и максимально отодвинуть хирургическую коррекцию; 3. Выполнение хирургического вмешательства после завершения формирования молочных желез позволяет получить стабильный долгосрочный результат;4. При применении комплексного подхода возможно выполнение функционально щадящего органосохраняющего хирургического лечения — редукционной маммопластики. 5. При ЮГ целесообразна адъювантная послеоперационная терапия антиэстрогенами с целью профилактики рецидива.

Литература:

1. Neinstein L. S. Breast disease in adolescents and young women. *Pediatric Clinics of North America*. 1999;46(3):607–629.
2. Peter F Koltz [1], Hani Sbitany, Rene P Myers, Robert B Shaw, Nirav Patel, John A Girotto. Reduction Mammaplasty in the Adolescent Female: The URMC Experience. Int J Surg 2011;9(3):229–32.
3. Akmal Hisham, Marzida Abd Latib, and Normala Basiron. Juvenile Breast Hypertrophy: A Successful Breast Reduction of 14.9% Body Weight without Recurrence in a 5-Year Follow-Up. Case Rep Surg. 2017; 3491012.Published online 2017 Jan 31.
4. Sperling R L, Gold J J. Use of an anti-estrogen after a reduction mammaplasty to prevent recurrence of virginal hypertrophy of breasts. Case report. Plast Reconstr Surg. 1973;52(4):439–442.
5. Arscott G D, Craig H R, Gabay L. Failure of bromocriptine therapy to control juvenile mammary hypertrophy. Br J Plast Surg. 2001;54(8):720–723.
6. Griffith J R. Virginal breast hypertrophy. J Adolesc Health Care. 1989;10(5):423–432.
7. Hoppe I. C., Patel P. P., Singer-Granick C. J., Granick M. S. Virginal mammary hypertrophy: a meta-analysis and treatment algorithm. *Plastic & Reconstructive Surgery*. 2011;127(6):2224–2231.
8. O'Hare P M, Frieden I J. Virginal breast hypertrophy. Pediatr Dermatol. 2000;17(4):277–281.
9. S B Baker [1], B A Burkey, P Thornton, D LaRossa. Juvenile Gigantomastia: Presentation of Four Cases and Review of the Literature. Ann Plast Surg. 2001 May;46(5):517–25; discussion 525–6.
10. А.А.Божок, Н.П.Кораблева, В.В.Жолтиков, И.И.Саркисян, А.Г.Григорян, Н.С.Романенков, А.В.Побережная, Я.В.Цехмистро. Гигантомастия.Учебное пособие. — СПб**.** СПбГПМУ,2020.-24 с.