

ГЕСТАЦИОННАЯ ГИГАНТОМАСТИЯ

М. Н. Каримова¹, А. Ф. Асатулаев¹, К. А. Рахмонов², И. Г. Нурмамедова²¹Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд,²Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Самарканд, Узбекистан**Ключевые слова:** гигантомастия, гестационная, гормональная, редукционная маммопластика, мастэктомия.**Tayanch soʻzlar:** gigantomastiya, gestatsion, gormonal, reduksion mammaplastika, mastektomiya.**Key words:** gigantomastia, gestational, hormonal, reduction mammaplasty, mastectomy.

Гигантомастия (макромастия, гипермастия) — редкая патология, характеризующаяся чрезмерным разрастанием соединительнотканых структур молочной железы у женщин. Наиболее распространённой формой является гестационная гигантомастия, которая развивается во время беременности под влиянием гормональных изменений — в частности, повышения уровней прогестерона, пролактина и эстрадиола. Заболевание, как правило, носит двусторонний характер, однако в отдельных случаях наблюдается односторонняя форма. Частота встречаемости составляет приблизительно 1 случай на 28 000–100 000 беременностей. Как правило, первые симптомы появляются в первом триместре на фоне гормонального воздействия плаценты, причём осложнения чаще регистрируются при многоплодной беременности. В мировой литературе описано порядка 150 эпизодов гестационной гигантомастии. После родоразрешения может наблюдаться частичное уменьшение объёма груди, однако при повторных беременностях заболевание зачастую рецидивировать, и симптомы проявляются более выражено. Несмотря на то, что гигантомастия является доброкачественным процессом, она может вызывать тяжёлые осложнения — от инфекционных до дыхательной и сердечной недостаточности, в исключительных случаях приводя к летальному исходу. В данной статье рассматривается редкий клинический случай гестационной формы заболевания. Выбранная лечебная стратегия позволила достичь положительного исхода, существенно улучшить психоэмоциональное состояние пациентки, её общее самочувствие и обеспечить хороший эстетический результат.

GESTATSION GIGANTOMASTIYA

M. N. Karimova¹, A. F. Asatulaev¹, K. A. Rahmonov², I. G. Nurmamedova²¹Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand,²Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya amaliy tibbiyot ilmiy markazi Samarqand filiali, Samarqand, Oʻzbekiston

Gigantomastiya (makromastiya, gipermaستيya) — ayollarda sut bezlarining biriktiruvchi toʻqimalarining haddan tashqari oʻsishi bilan xarakterlanuvchi kam uchraydigan patologiyadir. Eng koʻp tarqalgan shakli — bu homiladorlik davrida gormonal oʻzgarishlar, xususan, progesteron, prolaktin va estradiol darajalarining oshishi natijasida rivojlanadigan gestatsion gigantomastiya. Kasallik, odatda, ikki tomonlama boʻladi, biroq ayrim hollarda bir tomonlama shakli ham kuzatiladi. Uchinchi darajadagi statistikaga koʻra, bu holat 28 000–100 000 homiladorlikdan 1 tasida uchraydi. Odatda, dastlabki simptomlar homiladorlikning birinchi trimestrida, platsenta tomonidan gormonal taʼsir kuchaygan davrda yuzaga chiqadi; asoratlar koʻpincha koʻp homilalikda roʻy beradi. Jahon adabiyotida gestatsion gigantomastiyaning qariyb 150 holati tavsiflangan. Tugʻruqdan soʻng koʻkrak hajmining qisman kamayishi mumkin, biroq keyingi homiladorliklarda kasallik koʻpincha qaytalanadi va simptomlar yanada yaqqol ifodalanadi. Shuni taʼkidlash lozimki, gigantomastiya garchi oʻsma boʻlmagan (benign) jarayon boʻlsa-da, u turli ogʻir asoratlarni — infeksiyalardan tortib nafas va yurak yetishmovchiligigacha — chaqirishi mumkin; istisno hollarda bu holat oʻlim bilan yakunlanadi. Ushbu maqolada gestatsion gigantomastiyaning noyob klinik holati koʻrib chiqiladi. Tanlangan davolash strategiyasi ijobiy natijaga erishish, bemorning psixoeemotsional holatini va umumiy ahvolini sezilarli darajada yaxshilash, shuningdek, yaxshi estetik natijani taʼminlash imkonini berdi.

GESTATIONAL GIGANTOMASTIA

M. N. Karimova¹, A. F. Asatulaev¹, K. A. Raxmonov², I. G. Nurmamedova²¹Samarkand state medical university, Samarkand,²Samarkand branch of Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology, Samarkand, Uzbekistan

Gigantomastia (also referred to as macromastia or hypermastia) is a rare pathological condition characterized by excessive proliferation of connective tissue structures in the female breast. The most common form is gestational gigantomastia, which develops during pregnancy under the influence of hormonal changes—particularly elevated levels of progesterone, prolactin, and estradiol. The disease typically presents bilaterally; however, in some cases, a unilateral form may be observed. The estimated incidence is approximately 1 in 28,000 to 100,000 pregnancies. Symptoms usually manifest during the first trimester, driven by placental hormonal activity, with complications more frequently reported in multiple pregnancies. To date, about 150 cases of gestational gigantomastia have been documented in the international medical literature. After childbirth, partial reduction in breast volume may occur; however, recurrence is common during subsequent pregnancies, often with more pronounced symptoms. Despite being a benign condition, gigantomastia may lead to severe complications ranging from infections to respiratory and cardiac failure, and

in rare instances, may result in death. This article presents a rare clinical case of the gestational form of the disease. The chosen treatment strategy led to a favorable outcome, significantly improving the patient's psycho-emotional state, overall well-being, and providing a satisfactory aesthetic result.

Актуальность. Гигантомастия (также называемая макромастией или гипермастией) представляет собой редкую патологию, при которой происходит чрезмерное разрастание соединительной ткани в молочных железах у женщин.

Наиболее распространённой формой данной патологии является гестационная гигантомастия, развивающаяся во время беременности под влиянием гормональных изменений, в частности, повышенного уровня прогестерона, пролактина и эстрадиола. Точные этиологические факторы и патогенетические механизмы развития гигантомастии остаются не до конца выясненными. Наиболее распространённая теория связывает возникновение патологии с действием гормонов, вырабатываемых плацентой. Этот вывод основан на наблюдениях, что наибольший рост молочных желез чаще всего происходит в первом триместре беременности — периоде, когда уровень гонадотропина достигает пика. Ключевую роль в этом процессе играют пролактин и другие гормоны: прогестерон, эстрогены, тироксин, соматотропин, кортизол, инсулин и плацентарный лактоген. Нарушения гормонального баланса, особенно повышение уровней эстрогена и пролактина, способствуют чрезмерной пролиферации ткани молочной железы, что вызывает её выраженное увеличение и болезненность в период гестации.

Однако зарегистрированы случаи гигантомастии при нормальном уровне гормонов, что позволяет предположить альтернативный механизм развития заболевания. Согласно другой гипотезе, причина кроется в повышенной чувствительности рецепторов молочной железы к гормональному воздействию [1, 2]. Кроме того, исследования указывают на возможное влияние гормона роста и стероидов, но эта связь требует дальнейшего изучения.

Гигантомастия преимущественно проявляется с обеих сторон, однако в исключительных случаях может развиваться односторонне. В литературе описан случай, когда масса удалённой ткани молочной железы достигала 27,5 кг с одной стороны. Первое документированное наблюдение гестационной формы гигантомастии относится к 1648 году.

Частота выявления данной патологии составляет примерно 1 случай на 28 000–100 000 беременностей. Обычно её манифестация приходится на первый триместр гестации, когда активно вырабатываются гормоны плаценты. Наиболее подвержены заболеванию женщины, вынашивающие двойню или тройню. На сегодняшний день известно около 150 случаев гестационной гигантомастии, описанных в медицинских источниках. В послеродовом периоде у части пациенток наблюдается частичное уменьшение объёма молочных желёз, однако при повторных беременностях нередко происходит повторное и более выраженное увеличение.

Несмотря на то что гигантомастия является доброкачественным процессом и не оказывает прямого влияния на плод, для матери она может представлять серьёзную угрозу. В отдельных случаях возможны осложнения в виде тяжёлых инфекций, нарушений со стороны сердечно-лёгочной системы, а при неблагоприятном течении — летальный исход.

Женщины, страдающие гигантомастией, сталкиваются не только с физическими, но и с серьёзными социальными и психологическими трудностями. Значительное увеличение массы молочных желез даёт сильнейшую нагрузку на позвоночный столб и вызывает искривление позвоночника, что в последующем приводит к сколиозу. Затрудняет движение, создает дискомфорт в повседневной жизни и может вызывать проблемы с дыханием. Особую трудность для пациенток представляет положение лёжа на спине — в этом положении массивные молочные железы оказывают давление на грудную клетку, что вызывает затруднённое дыхание и ощущение нехватки воздуха. В тяжёлых случаях может развиваться гипоксия, способная неблагоприятно повлиять на работу жизненно важных органов, особенно сердечно-сосудистой системы.

Избыточный рост тканей груди может приводить к ряду серьёзных осложнений: истончению и повреждению кожи, некротическим изменениям, воспалительным процессам, а также к кровоизлияниям в тканях.

Эти изменения не только ухудшают физическое состояние пациенток, но и оказывают значительное влияние на их психоэмоциональное благополучие.

Клиническое наблюдение. Пациентка Н. в возрасте 35 лет поступила в онкомаммологическое отделение Самаркандского филиала Республиканского онкологического научного центра в марте 2024 года по поводу двусторонней гигантомастии. Жалобы при поступлении: пациентка отмечала чрезмерное увеличение молочных желез, общую слабость, повышенную утомляемость, депрессивное настроение и снижение работоспособности.

Анамнез: половую жизнь начала с 23 лет. Беременностей — 4, родов — 3, один самопроизвольный аборт. Все роды проходили через естественные родовые пути. Пациентка указывает, что увеличение молочных желез впервые возникло во время первой беременности, с последующим прогрессирующим ростом после каждой последующей беременности. Размер груди после родов не возвращался к первоначальному состоянию.

После трех родов женщина решила произвести пластическую операцию и, в связи с этим госпитализирована в онкомаммологическое отделение. Женщина гиперстенического телосложения, повышенного питания, наследственность не отягощена, вредные привычки отрицает, аллергологический анамнез—не переносит антибиотики цефалоспориновой группы.

Status localis:

Объективно: молочные железы значительно увеличены, отечны; кожа цианотична, с выраженным варикозом и разветвлённой сетью коллатералей. Соски уплощены, ореолы расширены (рис. 1).

Инструментальное обследование (Самаркандский филиал РОНЦ):

По данным УЗИ в правой молочной железе визуализируется фибroadенома размером 1,5×2 см. В обеих железах определяются участки фиброзно-жировой ткани с множественными мелкими кистами диаметром до 4–5 мм.

В аксиллярных областях лимфоузлы не увеличены. Со стороны органов малого таза по данным УЗИ патологии не выявлена. Из-за отёка и боли в молочных железах и цианоза кожи с лимфостазом, маммографическое исследование не произведено. Цитологические исследования из фибroadеноматозного узла показало клетки кубического эпителия с пролиферации.

Пациентка была планово подготовлена к хирургическому вмешательству. С учетом



Рис. 1. Пациентка Н. Вид молочных желез пациентки при поступлении в онкомаммологическое отделение Самаркандского филиала РОНЦ.



Рис. 2. Удаленный макропрепарат из левой молочной железы.

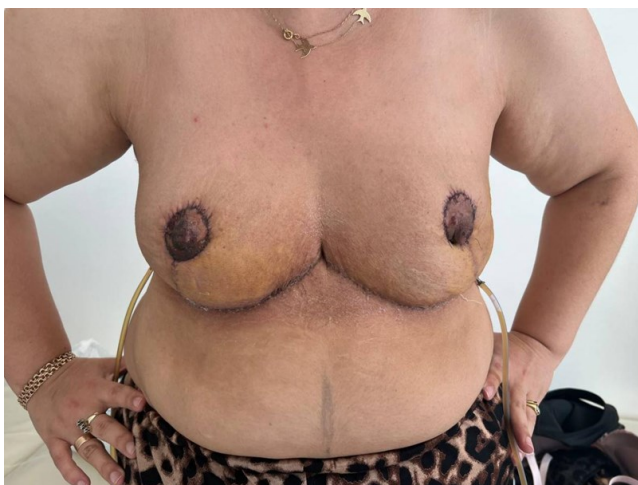


Рис. 3. Пациентка Н. Вид молочных желез на первые сутки после операции.

значительных размеров молочных желез и преобладания фиброзной ткани, для снижения риска рецидива было принято решение выполнить двустороннюю подкожную мастэктомию под общим наркозом. В ходе операции произведено полное удаление измененной ткани молочных желез до фасции больших грудных мышц. Молочные железы были сформированы из подкожно-жировой и мышечной тканей. В ходе операции удалено 5 кг ткани из правой молочной железы и 4,5 кг из левой. Продолжительность операции составила 3 часа 20 минут. Хирургическое вмешательство прошло успешно, без осложнений. В послеоперационном периоде состояние пациентки было удовлетворительным. На 4-е сутки она была выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Заключение. В данной статье представлен редкий случай гестационной гигантомастии. Применение адекватной тактики ведения позволило добиться успешного и благоприятного исхода для пациентки. Достигнутые результаты способствовали улучшению её психоэмоционального состояния, оказали положительное влияние на общее здоровье и обеспечили высокий косметический эффект.

Использованная литература:

1. Rutherford CL, Hsieh MKH, Tan H-M, Tsoon M, Kong TY. A Rare Case of Persistent Unilateral Gestational Gigantomastia.
2. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2019; 7(8): e2372. DOI: 10.1097/GOX.0000000000002372
3. Das L, Rai A, Vaiphei K, Garg A, Mohsina S, Bhansali A, et al. Idiopathic gigantomastia: newer mechanistic insights implicating the paracrine milieu. *Endocrine.* 2019; 66(2): 166-177. DOI: 10.1007/s12020-019-02065-x
4. Türkan H, Gökğöz MŞ, Taşdelen İ, Dündar HZ. Gestational Gigantomastia. *J Breast Health.* 2016; 12(2): 86-87. DOI: 10.5152/tjbh.2016.2852
5. Cho MJ, Yang J-H, Choi H-G, Kim WS, Yu Y-B, Park KS. An idiopathic gigantomastia. *Ann Surg Treat Res.* 2015; 88(3): 166-169. DOI: 10.4174/astr.2015.88.3.166.
6. Wolfswinkel EM, Lemaine V, Weathers WM, Chike-Obi CJ, Xue AS, Heller L. Hyperplastic Breast Anomalies in the Female
7. *Adolescent Breast. Semin Plast Surg.* 2013; 27(1): 49-55. DOI: 10.1055/s-0033-1347167.
8. Debra Rose Wilson. What Is Gigantomastia? //healthline.com. 2017; 8.
9. Rabail Raza, Kulsoom Fatima. Gigantomastia: A case report with review of literature. *Open Journal of Clinical & Medical Case Reports.* 2017; 3.
10. Swelstad MR, Swelstad BB, Rao VK, Gutowski KA. Management of gestational gigantomastia. *Plast Reconstr Surg.* 2006; 118(4): 840-848.