

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

## CASE REPORT

DOI: 10.38095/2181-466X-20251203-129-133

УДК 616-007.61

## ЮВЕНИЛЬНАЯ МАКРОМАСТИЯ

М. Н. Каримова<sup>1</sup>, К. А. Рахмонов<sup>2</sup>, И. Г. Нурмамедова<sup>2</sup><sup>1</sup>Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд,<sup>2</sup>Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Самарканд, Узбекистан**Ключевые слова:** макромастия, ювенильная, гормональная, редукционная маммопластика, мастэктомия.**Tayanch soʻzlar:** makromastiya, juvenil, gormonal, reduksion mamoplastika, mastektomiya.**Key words:** macromastia, juvenile, hormonal, reduction mammoplasty, mastectomy.

Макромастия (гигантомастия, или гипертрофия молочных желез) — это патологическое диффузное двустороннее увеличение молочных желез, которое может развиваться в пубертатном или репродуктивном периодах. Впервые гигантомастия была описана в 1648 году Palmuth, однако сам термин появился только в 1920 году. Среди возможных причин выделяют: гиперэстрогению, гиперпролактинемию, повышенную секрецию тиреотропного гормона (ТТГ), изменение чувствительности рецепторного аппарата ткани молочной железы к нормальному уровню эндогенных гормонов. Хотя макромастия имеет доброкачественный характер, часто приводит к тяжелым осложнениям, включая риск развития тяжелых инфекций и сердечно-легочной недостаточности, что в отдельных случаях может иметь смертельный исход. В представленной статье описан редкий клинический случай ювенильной макромастии. Данный клинический случай описывает необходимость клинической настороженности у больных с макромастией в отношении подросткового возраста. Несвоевременная диагностика и неадекватная тактика могут привести к тяжелым осложнениям. Применение оптимальной тактики ведения позволило добиться успешного и благоприятного исхода для пациентки. Достигнутые результаты способствовали улучшению психоэмоционального состояния, оказали положительное влияние на общее здоровье и обеспечили высокий косметический эффект.

## YUVENIL MAKROMASTIYA

M. N. Karimova<sup>1</sup>, K. A. Rahmonov<sup>2</sup>, I. G. Nurmamedova<sup>2</sup><sup>1</sup>Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand,<sup>2</sup>Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya amaliy tibbiyot ilmiy markazi Samarqand filiali, Samarqand, Oʻzbekiston

Makromastiya (gigantomastiya yoki sut bezlarining gipertrofiyasi) — bu sut bezlarining patologik, ikki tomonlama va diffuz kattalashuvi boʻlib, u odatda pubertat yoki reproduktiv davrlarda rivojlanishi mumkin. Gigantomastiya birinchi marta 1648 yilda Palmuth tomonidan tavsiflangan, ammo atama oʻzi faqat 1920 yilda paydo boʻlgan. Ehtimoliy sabablar qatorida: giperestrogeniya, giperprolaktinemiya, tireotrop gormoni (TTG) sekreti yasining oshishi, shuningdek, sut bezlari toʻqimalarining retseptor apparatining endogen gormonlarning normal darajasiga sezuvchanligining oʻzgarishi koʻrsatiladi. Makromastiya xavfsiz sifatga ega boʻlsa-da, koʻpincha jiddiy asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin, jumladan, ogʻir infektsiyalar va yurak va nafas olish yetishmovchiligi xavfi, bu baʼzi hollarda oʻlimga olib kelishi mumkin. Ushbu maqolada yuvenil makromastiyaning noyob klinik holati tasvirlangan. Ushbu klinik holat makromastiya bilan kasallangan bemorlarda ayniqsa oʻsmirlik davrida klinik hushyorlikni talab qilish zarurligini koʻrsatadi. Vaqtida aniqlanmagan va notoʻgʻri tanlangan taktika ogʻir asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin. Optimal davolash strategiyasini qoʻllash bemorning muvaffaqiyatli va ijobiy natijalarga erishishiga olib keldi. Olingan natijalar psixologik va emotsional holatni yaxshilashga, umumiy sogʻliqni tiklashga va yuqori kosmetik natijani taʼminlashga yordam berdi.

## JUVENILE MACROMASTIA

M. N. Karimova<sup>1</sup>, K. A. Raxmonov<sup>2</sup>, I. G. Nurmamedova<sup>2</sup><sup>1</sup>Samarkand state medical university, Samarkand,<sup>2</sup>Samarkand branch of Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology, Samarkand, Uzbekistan

Macromastia (gigantomastia, or hypertrophy of the mammary glands) is a pathological diffuse bilateral enlargement of the breasts, which may develop during puberty or the reproductive period. Gigantomastia was first described by Palmuth in 1648; however, the term itself only appeared in 1920. Among the possible causes are hyperestrogenism, hyperprolactinemia, increased secretion of thyroid-stimulating hormone (TSH), and altered sensitivity of the breast tissue receptor apparatus to normal levels of endogenous hormones. Although macromastia is benign, it can often lead to severe complications, including the risk of severe infections and cardiopulmonary failure, which, in some cases, may be fatal. The article presents a rare clinical case of juvenile macromastia. This case highlights the need for clinical vigilance in patients with macromastia, particularly during adolescence. Delayed diagnosis and inadequate management may result in severe complications. The application of an optimal management approach led to a successful and favorable outcome for the patient. The achieved results contributed to improved psychological and emotional well-being, positively impacted overall health, and ensured a high cosmetic result.

**Актуальность.** Молочная железа представляет собой важный орган женской репродуктивной системы, обладающий высокой уязвимостью к различным патологическим процессам.

По данным различных исследователей, до 92 % женщин детородного возраста сталкиваются с заболеваниями молочных желез, часть которых потенциально может перерасти в злокачественные образования [1]. В связи с широкой распространённостью данной патологии и увеличением показателей смертности от рака молочной железы, возрастает значимость изучения особенностей подростковой маммологии [2]. Подростковая форма маммологических заболеваний имеет специфические черты, отличающие её от практики у взрослых пациентов. Нарушения в молочных железах в юном возрасте часто связаны с аномалиями развития и формирования.

В актуальной классификации патологий молочных желёз у подростков выделяются несколько групп: врождённые дефекты, структурные аномалии, неопухоловые процессы, а также доброкачественные и злокачественные новообразования. Диагностика этих состояний часто основывается на субъективной клинической картине. Наиболее распространённые нарушения включают амастию, ателию, полимастию, полителию, гипоплазию, гипертрофию молочных желёз (макромастию), ювенильные стрии, опущение груди (птоз), трубчатую форму груди, асимметрию, деформацию грудной клетки по типу воронки, синдром Поланда, втянутые соски (койломастию), гипертрофию сосков и желёз Монтгомери [5].

Макромастия (гигантомастия или гипертрофия молочных желёз) представляет собой чрезмерное, симметричное увеличение объёма грудных желёз, возникающее преимущественно в подростковом или детородном возрасте. Впервые данное состояние было описано Palmuth в 1648 году, а само наименование — «гигантомастия» — появилось только в 1920 году. Основные причины патологии связываются с гормональным дисбалансом: гиперэстрогенией, повышенным уровнем пролактина, а также чрезмерной секрецией тиреотропного и соматотропного гормонов. Существенное значение в развитии макромастии придаётся повышенной чувствительности тканевых рецепторов к нормальному уровню гормонов, таких как пролактин, эстрогены и соматотропин [8]. Отдельные научные наблюдения также подчёркивают роль психоэмоциональных факторов в формировании гипертрофии молочных желёз [9].

Гистологическое исследование гипертрофированной ткани груди выявляет крупные, чётко очерченные узловые образования. Морфологический анализ показывает наличие расширенных протоков с терминальными участками, а также развитую сеть ветвящихся протоков и ацинусов в междольковой строме. В ходе клинического анализа 42 пациенток с диагнозом гигантомастия, проведённого в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова, было установлено, что 59,5 % из них находились в возрасте полового созревания или репродуктивного периода. В анамнезе большинства пациенток отмечались хронические воспалительные заболевания, в частности хронический тонзиллит, что позволяет рассматривать его как потенциальный фактор риска развития репродуктивных патологий и нарушений менструального цикла. У 20 % обследованных выявлены заболевания щитовидной железы [8].

Несмотря на значительное количество исследований, точные причины и механизмы развития гигантомастии остаются не до конца изученными. Большинство исследователей рассматривают гормональный дисбаланс как основной фактор, лежащий в основе развития данной патологии. К вероятным причинам относят: избыточный уровень эстрогенов (гиперэстрогения), повышение концентрации пролактина (гиперпролактинемия), усиленную выработку тиреотропного гормона (ТТГ), а также нарушение чувствительности рецепторного аппарата тканей молочной железы к физиологическим уровням собственных (эндогенных) гормонов.

В ряде клинических наблюдений отмечено, что увеличение молочных желез при гигантомастии может происходить экстремально быстро, достигая массы 15–20 кг всего за несколько месяцев. В подобных случаях заболевание часто сопровождается нарушением лимфооттока и дистрофическими изменениями тканей, включая развитие язвенных дефектов на отдалённых участках молочных желез. Хотя злокачественные опухоли при гигантомастии не зарегистрированы, характер морфологических изменений может быть различ-

ным. Чаще всего выявляются аденозная форма фиброзно-кистозной мастопатии, множественные крупные фиброаденомы; значительно реже наблюдаются признаки поликистоза или инволютивной перестройки структуры железистой ткани.

Таким образом, гигантомастия представляет собой мультифакторное заболевание, требующее комплексного подхода к диагностике и лечению.

На сегодняшний день ведущим методом органосохраняющего лечения данной патологии считается редукционная маммопластика в комплексе с терапией антиэстрогенными препаратами [9]. В случаях быстро прогрессирующего или тяжёлого клинического течения гигантомастии выполнение частичной резекции молочных желез рассматривается как нецелесообразный и тактически неверный подход. Высокая пролиферативная активность железистой ткани приводит к неизбежному рецидиву, а повторные операции обычно дают худшие косметические результаты. Поэтому оптимальным объемом хирургического вмешательства считается полная подкожная мастэктомия с редукционной маммопластикой или с одномоментным протезированием.

*Клинический случай:*

*Пациентка С., 18 лет, была госпитализирована в онкомаммологическое отделение Самаркандского филиала РОНЦ в сентябре 2024 года с диагнозом: двусторонняя макромастия.*

*Жалобы при поступлении:*

*Со слов пациентки, с весны 2023 года наблюдалось стремительное и значительное увеличение объёма молочных желез. Этот процесс сопровождался выраженной общей слабостью, сниженной работоспособностью, быстрой утомляемостью и признаками депрессивного состояния.*

*Анамнез заболевания: Симптомы возникли примерно за год до госпитализации, что привело к выраженным функциональным нарушениям: смещению центра тяжести, дискомфорту и значительному ограничению подвижности. В течение 1 го года больная лечилась у врача эндокринолога, получила антиэстрогенная терапия, но эффекта от лечения не наблюдался.*

*Данные физикального обследования: Пациентка имеет нормастеническое телосложение и сниженный индекс массы тела. При осмотре отмечены следующие изменения: Кожные покровы: бледные, с легким синюшным оттенком.*

*Состояние молочных желез: Правая железа весит около 4 кг, левая — приблизительно 3,8 кг. Отмечается выраженная гипертрофия с отёчностью тканей и локальным повышением кожной температуры. При пальпации обе молочные железы имеют диффузно-плотную консистенцию; в отдельных участках определяются узловые образования диаметром от 1,0 до 1,5 см. Нижний контур желез опущен до уровня пупка. Кожа сильно растянута, покрыта множественными белесыми стриями; дистальные отделы гиперемированы с синюшным оттенком, выявляются признаки лимфостаза, включая симптом «апельсиновой корки». Сосково-ареолярный комплекс: гладкий контур, сопровождающийся выраженным лимфостазом.*

*Лабораторно-инструментальное обследование:*

*Гормональный профиль крови:*

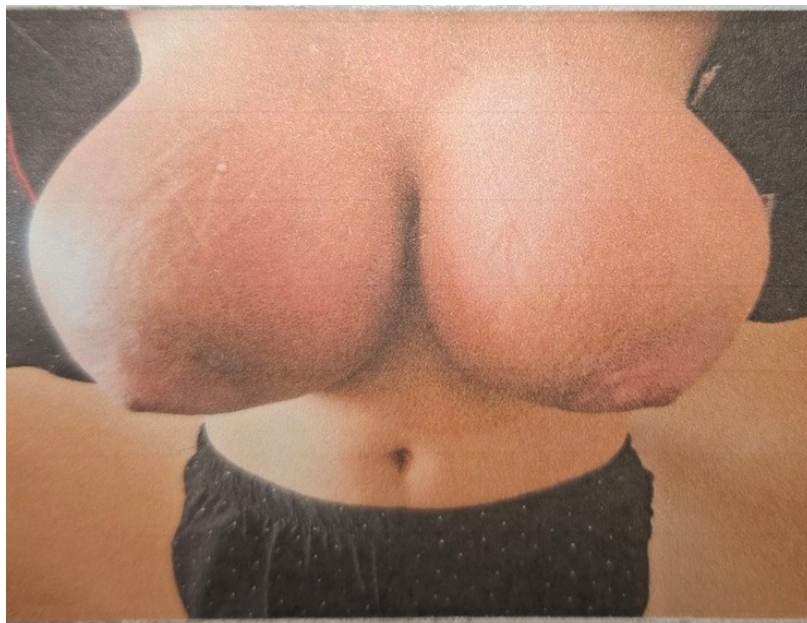


Рис. 1. Пациентка С. Вид молочных желёз пациентки при поступлении в онкомаммологическое отделение Самаркандского филиала РОНЦ. (до операции)



Тиреотропный гормон (ТТГ) — 4,3 мЕд/л (референсный диапазон: 0,25–3,4 мЕд/л), что свидетельствует о лёгком повышении.

Свободный тироксин (свТ4) — 11,5 нмоль/л (норма 10,0–23,25 нмоль/л), в пределах нормы.

Пролактин — 676,5 мМЕ/мл (норма до 540 мМЕ/мл), уровень значительно повышен.

Кортизол утром (08:00) — 583,2 нмоль/л (норма 138–635 нмоль/л), в пределах нормы.

Кортизол вечером (23:00) — 79 нмоль/л.

Эстрадиол — 125 нмоль/л (норма 57–227 пг/мл, фолликулярная фаза).

Лютеинизирующий гормон (ЛГ) — 15,1 мМЕ/мл.

Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) — 6,5 мМЕ/мл.

Ультразвуковое исследование молочных желез:

Обе молочные железы увеличены в объеме.

Паренхима желез характеризуется железистым типом с выраженным отёком.

Отмечается расширение протоков до 0,8 см

и наличие множественных кист до 1,5 см в диаметре.

Регионарные лимфатические узлы 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 выраженным лимфостазом, маммографическое исследование не произведено.

Проведенное лечение. Пациентка была планово подготовлена к хирургическому вмешательству. С учетом значительных размеров молочных желез и преобладания фиброзной ткани, для снижения риска рецидива было принято решение выполнить двустороннюю подкожную мастэктомию под общим наркозом. В сентябре 2024 года пациентке проведена двусторонняя

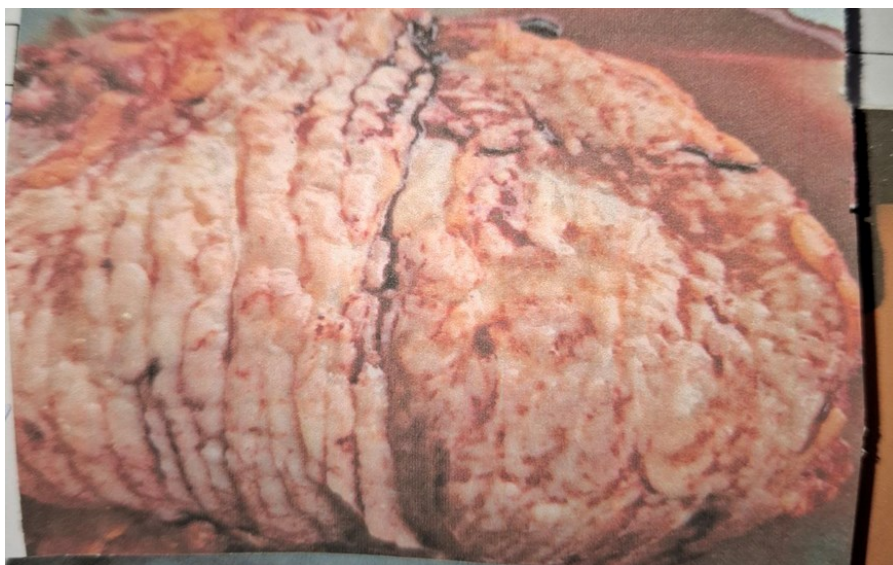


Рис 2. Удаленный макропрепарат из правой молочной железы. Гистологический диагноз: фиброзно-кистозная болезнь с выраженными очагами аденоза и отёком стромы.

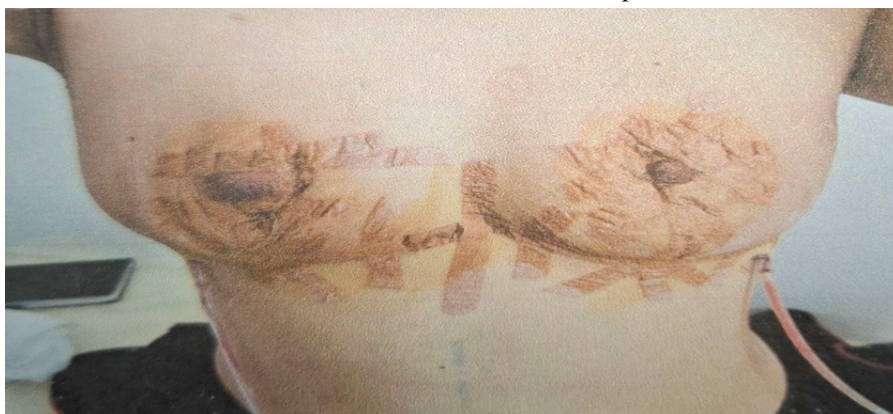


Рис 3. Пациентка С. Вид молочных желез на первые сутки после операции.

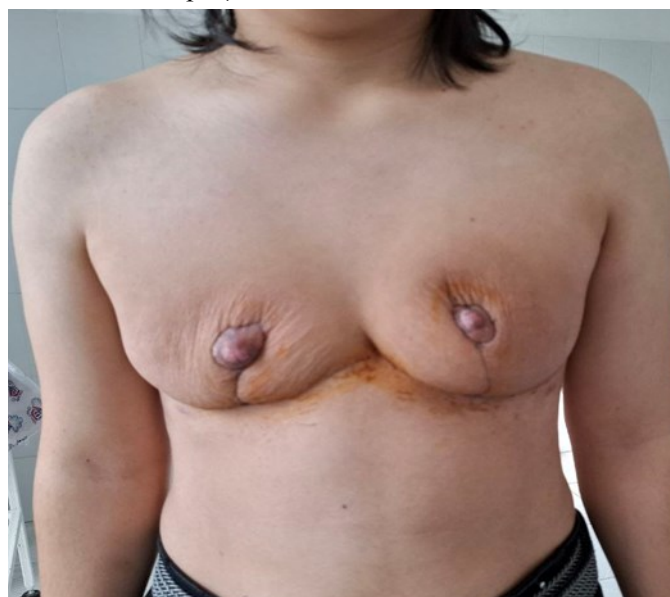


Рис 4. Пациентка С. Вид молочных желез через 1 месяц после операции.

*подкожная мастэктомия с последующей редукционной пластикой кожи молочных желез. В ходе операции произведено полное удаление измененной ткани молочных желез до фасции больших грудных мышц. Молочные железы были сформированы из подкожно-жировой и мышечной ткани. Вес удаленной ткани молочной железы справа 4 кг. И слева 3,8 кг. Продолжительность операции составила 2 часа 50 минут. Хирургическое вмешательство прошло успешно, без осложнений. В послеоперационном периоде состояние пациентки было удовлетворительным. На 5-е сутки она была выписана домой в удовлетворительном состоянии.*

#### **Заключение.**

Представленный клинический случай акцентирует внимание на необходимости повышенного внимания к пациентам с макромастией, особенно в подростковом возрасте. Поздняя диагностика и неправильный выбор терапии способны вызвать значительные осложнения. Вместе с тем, наблюдение вызывает вопросы о целесообразности использования радикальных хирургических методов, включая подкожную мастэктомию. Применение оптимальной тактики ведения пациента позволило достичь успешного и благоприятного исхода для пациентки.

#### **Использованная литература:**

1. Клиническая маммология: современное состояние проблемы/ под ред. Е. Б. Камповой-Полевой, С. С. Чистякова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 512 с.
2. Маммология: национальное руководство / под ред. В. П. Харченко, Н. И. Рожковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 328 с.
3. Травина М. Л., Поляева Т. Ю. Подростковая маммология // Consilium Medicum: Педиатрия. 2010. № 4. С.68–73.
4. Молочные железы и их заболевания у детей / А. Б. Окулов, Л. В. Адамян, Д. Н. Бровин [и др.]. М.: МИА, 2010. 160 с.
5. Маммогенез в различные периоды жизни женщины (обзор литературы) / Л. В. Суркова, Е. В. Уварова, И. П. Белоконов [и др.] // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2006. № 2. С. 64–71.
6. Ravichandran D., Naz S. A study of children and adolescents referred to a rapid diagnosis breast clinic // Eur. J. Pediatr. Surg. 2006. Vol. 16 (5). P. 303–306.
7. Gumenyuk O. I., Chernenkov Yu. V. Epidemiology of menstrual disorders and diseases of mammary glands in adolescent girls // Endocrine Journal. 2010. Vol. 57 (2). P. 608–609.
8. Диксон М., Леонард Р. Заболевания грудной железы: все, что нужно знать. М.: АСТ: Астрель, 2006. 80 с.
9. Maddox P. R., Mansel R. E. Management of breast pain and nodularity // World J. Surg. 1989. Vol. 13 (6). P. 699–705.