

О.М. Тимощук

ДОСВІД СПОСТЕРЕЖЕННЯ РІЗНИХ ФОРМ ГІНЕКОМАСТІЇ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ*Міська дитяча клінічна лікарня, консультативна поліклініка, Львів***ВСТУП**

Гінекомастія — доброякісне видиме або пальпаторне збільшення молочної залози в осіб чоловічої статі. Необхідно диференціювати справжню гінекомастію та несправжню (ліпомастію). Гістологічно справжня гінекомастія відповідає мастопатії та фіброаденоматозу, несправжню обумовлено надмірним розвитком підшкірної жирової клітковини [1, 2]. Посилення периферичного перетворення тестостерону на естрадіол та андростендіолу на естрон часто сприяє розвитку гінекомастії. Спільним у патогенезі всіх форм гінекомастії є надлишок в організмі естрогенів. Вважають, що причиною ювенільної гінекомастії є надмірна активність ферменту ароматази, яка здійснює конверсію тестостерону в естрогени [3, 4]. За гінекомастії у дітей і підлітків молочна залоза варіює за розмірами від дещо помітної пальпаторно до такої, що практично не відрізняється від молочної залози дорослої жінки. Юнацька гінекомастія трапляється у 50–70% підлітків. У середньому збільшення складає близько 4 см. За статистичними даними, протягом пубертатного періоду молочна залоза помірно збільшується та набухає приблизно у кожного другого підлітка. Частіше спостерігається двобічне збільшення. Частота односторонньої гінекомастії складає 15–35%. Часто гінекомастія супроводжується болючістю у ході пальпації, зумовленою швидким ростом залозистої тканини, що з часом зменшується і зникає.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Обстежено 253 хворих, які звернулись амбулаторно до дитячого лікаря-ендокринолога у Консультативну поліклініку м. Львова або були консультовані лікарем-ендокринологом під час стаціонарного лікування у міській дитячій лікарні м. Львова з приводу різних соматичних захворювань протягом 2005–2009 рр. Вік дітей складав від 10 до 18 років. Усі діти пройшли обстеження, що включало:

- анамнез (наявність хронічних захворювань, вживання медичних препаратів, перебіг пубертату у родичів чоловічої статі);
- антропометрія (визначення зросту, маси, розвитку м'язової системи, підшкірної жирової клітковини, пропорційності будови тіла);
- оцінка статевого розвитку за Таннером;

- рентгенографія (кісток рук, турецького сідла, комп'ютерна томографія за показаннями);
- гормональні дослідження (гонадотропні гормони гіпофіза, вільний тестостерон, естрадіол);
- біохімічне обстеження крові для виключення захворювань печінки;
- УЗД молочних залоз, надниркових залоз, щитоподібної залози;
- генетичне обстеження за показаннями (визначення статевого хроматину та каріотипу);
- консультація суміжних фахівців.

За результатами обстеження пацієнтів розподілили на 4 групи.

До першої групи увійшла 71 (28,0%) дитина. Це діти з несправжньою гінекомастією, які мають ожиріння. Виявлено збільшення жирової клітковини із дуже помірним збільшенням залозистої тканини (або без нього) у ділянці молочних залоз.

До другої групи включено 9 (3,6%) пацієнтів, яким встановлено діагноз симптоматичної гінекомастії, з них 3 дітини з гепатитом, 4 — тубінфіковані, які отримують протитуберкульозні препарати, 1 — із хромосомною аномалією (синдром Клайнфельтера), 1 — із аденомою гіпофіза (гіперпролактинемією).

Третю групу склали 6 (2,4%) дітей без жодних ознак соматичної або ендокринної патології, у яких спостерігався розвиток залозистої тканини у ділянці молочних залоз в одній родині по чоловічій лінії у декількох поколіннях.

До 4-ї групи ввійшли 167 (66,0%) дітей, яким встановлено діагноз справжньої, або юнацької, гінекомастії.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Юнацька гінекомастія є найпоширенішою серед хлопчиків пубертатного віку. Це збільшення молочної залози у хлопчиків у пубертаті, пов'язане з періодом статевого дозрівання. Процес є фізіологічним і не вимагає втручання лікаря. Процес зворотного розвитку відбувається протягом 6–12 місяців, дуже рідко може тривати до 3 років і більше. Найчастіше юнацька гінекомастія трапляється у дітей віком від 12,5 до 14,5 року. Другою за частотою поширення є несправжня гінекомастія, що виникає у дітей на тлі ожиріння. Всі інші форми гінекомастії у дітей трапляються зрідка та вимагають детального обстеження і лікування.

ВИСНОВКИ

1. У 66,0% обстежених з приводу гінекомастії хлопчиків спостерігалась юнацька гінекомастія, яка є фізіологічним процесом пубертатного віку і не вимагає додаткового лікування.

2. У 28,0% обстежених хлопчиків виявлено несправжню гінекомастію, цим пацієнтам необхідна корекція маси тіла.

3. Патологічна гінекомастія у дітей пубертатного віку спостерігалась у 6% випадків, вона може зникати після усунення чинника, що її викликає (відміни медпрепаратів, компенсації основного захворювання, після хірургічного лікування гормон-продукуючих пухлин).

ЛІТЕРАТУРА

1. *Ветшев П.С., Чилингариди К.Е., Новоселова Н.В.* Гинекомастия — клиника, диагностика и лечение // Хирургия. — 2002. — № 2. — С. 59–65.
2. *Справочник педиатра-эндокринолога.* Под ред. проф. М.А. Жуковского. — М.: Медицина. — 1992. — С. 38–40.
3. *Клиническая эндокринология.* Руководство для врачей. Под ред. проф. Н.Т. Старковой. М.: Медицина. — 1991. — С.463.

4. *Frantz F.G., Wilson J.D.* Endocrine disorders of the breast Williams textbook of endocrinology. — 1998 — P. 877–900.

РЕЗЮМЕ**Опыт наблюдения различных форм гинекомастии у детей и подростков**

О.М. Тимошук

Статья посвящена актуальной проблеме гинекомастий у детей и подростков. Наблюдалось 253 мальчика на протяжении 5 лет. Средний возраст составил 12,5-14,5 лет.

Ключевые слова: дети и подростки, гинекомастия.

SUMMARY**Observation experience of various forms of gynecomastia in children and adolescents**

O. Tymoshchuk

The article is dedicated to actual problem of gynecomastia in children and adolescents. 253 children aged 12.5-14.5 years were examined during 5 years.

Key words: children and adolescents, gynecomastia

Дата надходження до редакції 11.02.2010 р.