

© КАРАМУРЗАЕВ И.А., ПАХОМОВА Р.А., КОЗЛОВ В.В., СЕРГЕЕВ Д.И.

УДК: 616.61-089

DOI: 10.20333/25000136-2024-3-102-105

## Хирургическая тактика при гинекомастии с птозом кожи

И.А. Карамурзаев<sup>1</sup>, Р.А. Пахомова<sup>1</sup>, В.В. Козлов<sup>2</sup>, Д.И. Сергеев<sup>1</sup>

<sup>1</sup>"Росбиотех" Медицинский институт непрерывного образования, Москва 125080, Российская Федерация

<sup>2</sup>Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва 119991, Российская Федерация

**Резюме.** Статистика по гинекомастии может демонстрировать значительные различия в зависимости от контекста и методов изучения с распространенностью от 0,58 до 55%. Цель исследования – снизить частоту осложнений в послеоперационном периоде у пациентов с гинекомастией и птозом кожи. Оценивали объемы грудной железы и степень птоза кожи грудной клетки. Подтверждали наличие и вид гинекомастии (физикально и по данным УЗИ выполняли исследование гормонов). Во время оперативного вмешательства проводили дифференциальный подход к ушиванию диастаза. В послеоперационном периоде осложнений не было. Применение авторского подхода снижает частоту образования послеоперационных осложнений.

**Ключевые слова:** гинекомастия, послеоперационные осложнения, профилактика, авторский подход, истинная гинекомастия, птоз кожи.

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Для цитирования:** Карамурзаев ИА, Пахомова РА, Козлов ВВ, Сергеев ДИ. Хирургическая тактика при гинекомастии с птозом кожи. *Сибирское медицинское обозрение*. 2024;(3):102-105. DOI: 10.20333/25000136-2024-3-102-105

## Surgical tactics for gynaecomastia with skin ptosis

I.A. Karamurzaev<sup>1</sup>, R. A. Pakhomova<sup>1</sup>, V.V. Kozlov<sup>2</sup>, D.I. Sergeev<sup>1</sup>

<sup>1</sup>"Rosbiotech" Medical Institute of Continuing Education, Moscow 125080, Russian Federation

<sup>2</sup>THE FIRST Moscow State Medical University named after I. M. Sechenova, Moscow 119991, Russian Federation

**Abstract.** Gynaecomastia statistics may show significant differences depending on the context and study methods, with a prevalence of 0.58 to 55%. The aim of this study is to reduce the incidence of postoperative complications in patients with gynaecomastia and skin ptosis. Chest volumes and the degree of chest skin ptosis were evaluated. The presence and type of gynaecomastia was confirmed (physically and according to ultrasound, a hormone analysis was performed). During the surgical intervention, a differential approach to suturing diastasis was carried out. There were no complications in the postoperative period. Using the author's approach reduces the frequency of postoperative complications.

**Key words:** gynaecomastia, postoperative complications, prevention, author's approach, true gynaecomastia, skin ptosis.

**Conflict of interest.** The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

**Citation:** Karamurzaev IA, Pakhomova RA, Kozlov VV, Sergeev DI. Surgical tactics for gynaecomastia with skin ptosis. *Siberian Medical Review*. 2024;(3):102-105. DOI: 10.20333/25000136-2024-3-102-105

### Введение

Проблема гинекомастии имеет долгую историю, и термин был впервые использован Павлом Эгинским еще в VII веке. К гинекомастии относится увеличение мужской груди из-за избыточного развития молочной железы. Это состояние может быть вызвано различными факторами, включая гормональные изменения (заболевания гипофиза, надпочечников), применение некоторых лекарственных препаратов. Однако основной причиной развития гинекомастии считается повышение уровня эстрогенов. Гонадотропные гормоны также рассматриваются как основной компонент патогенеза этого заболевания. Необходимо отметить, что в развитии гинекомастии участвуют различные факторы либо их сочетание. Необходимо учитывать данные аспекты при выборе тактики лечения пациента с гинекомастией [3, 6].

Статистические данные о гинекомастии разнятся у разных авторов. J. Wilson в 1998 году в статье писал о частоте встречаемости гинекомастии до 40%, примерно в это же время российский автор А. В. Кухаревич приводит данные о частоте этого

заболевания в 0.27-0.57% от всей мужской популяции. Также можем отметить увеличение процента выявления гинекомастии при аутопсии – если в 1982 году J.A. Andersen и J.B. Gram выявляли гинекомастию в 55% случаев, то к 2015 году O. Lapid и соавт. на основании более 5000 аутопсий говорят о 94,1% выявляемости гинекомастии. Также это подтверждается данными Д.В. Акимова в 88.2% по данным ультразвукового исследования [1, 5].

Увеличение молочных желез у мужчин часто вызывает значительный психологический дискомфорт, снижение самооценки и социальную дезадаптацию. Поэтому основным показанием к проведению оперативного лечения у пациента с гинекомастией является косметический дефект, однако это также является мерой профилактики возможных онкологических проявлений. Большинство пациентов, перенесших хирургическое лечение гинекомастии, отмечают высокую удовлетворенность результатами и улучшение качества жизни.

Несмотря на редкость таких процессов (которые составляют менее 1% от всех онкологических заболеваний молочной железы), рак грудной железы у

мужчин характеризуется более агрессивным течением и более быстрым распространением на окружающие ткани. Также, в связи с редкостью данного заболевания, можно отметить достаточно высокую смертность – 0.3% от всех онкологических заболеваний, и отмечается тенденция к увеличению выявляемости и количестве данного процесса за последние десятилетия [2,4].

Консервативное лечение гинекомастии, как правило, малоэффективно. Хирургическое вмешательство остается основным способом устранения данной патологии. Важным вопросом в хирургическом лечении остается психологическая составляющая данной проблемы – наличие внешних изменений груди у мужчин может являться причиной психологических изменений. Некоторые ученые приводят в пример клинические ситуации, в которых отказ от проведения хирургического вмешательства обусловлен правильной тактикой общения с пациентом, позволяющей ему понять отсутствие влияния заболевания на организм, однако это неприменимо при наличии эстетического дискомфорта пациента. Существуют аналогичные тактики ведения пациентов с ювенальной гинекомастией по причине высокой частоты регресса заболевания без какого-либо вмешательства. Развитие пластической хирургии позволило усовершенствовать методики хирургического лечения гинекомастии, сделав их более безопасными и эффективными [6].

В ходе проведенного анализа современных литературных данных можно сделать вывод о неослабевающем интересе и значимом прогрессе в изучении этиологии, патогенеза и факторов риска при развитии гинекомастии. Однако остаются дискуссионными в научных кругах и практической деятельности вопросы о хирургической тактике у пациентов с гинекомастией и птозом кожи.

## Материалы и методы

Для установления диагноза истинной гинекомастии использовали клинические и лабораторные показатели, а также инструментальные методы исследования. Клиническими признаками являлись увеличение размера молочных желез, наличие мягкотканых образований в области груди, возможно, с болезненностью или чувствительностью. Лабораторные исследования включали измерение уровня гормонов, таких как эстрогены и тестостерон, для оценки гормонального дисбаланса. Инструментальные методы, такие как ультразвуковое исследование и маммография, использовались для более точной оценки размера и структуры молочных желез.

Проведенное исследование одобрено локальным этическим комитетом, выписка 122/2023 от 29.11.23.

Пациенты были обследованы на догоспитальном этапе, для установления диагноза использовались клинико-лабораторные показатели и инструментальные исследования, важным этапом была оценка степени гинекомастии. В исследование был включен 61 пациент в возрасте от 24 до 83 лет. Средний возраст в основной группе составил  $41,8 \pm 10,4$  лет, в контрольной группе составил  $44,3 \pm 12,6$  лет (табл. 1).

Степень гинекомастии распределяли по классификации Adriana Cordova и Franchesco Moschella. В таблице 2 представлено распределение пациентов по типу и степени гинекомастии в зависимости от типа телосложения.

В таблице 3 представлена ультразвуковая характеристика расположения и формы узлов при истинной гинекомастии в зависимости от типа телосложения.

Пациенты были разделены на две клинические группы. В основной группе исследования был пред-

Таблица 1

### Распределение пациентов по возрасту и типу телосложения

Table 1

#### Distribution of patients by the age and body type

Типы гинекомастии	Периоды	Возраст	Типы телосложения		
			Астеники	Нормостеники	Гиперстеники
Истинная	юношеский	17-21	3	2	2
	I зрелый	21-35	10	3	4
	II зрелый	35-60	7	7	1
Ложная	юношеский	17-21	1	1	3
	I зрелый	21-35	3	4	9
	II зрелый	35-60	4	5	8
Смешанная	юношеский	17-21	-	2	-
	I зрелый	21-35	3	4	3
	II зрелый	35-60	1	2	1

ложен авторский подход к оперативному вмешательству, включающий перемещение сосково - ареолярного комплекса на медиальной ножке, на 2-3 см выше раны в отдельно подготовленное место, размером 2x1 см в виде овала по среднеключичной линии, удаление избытков кожи от субмаммарной складки до будущей новой субмаммарной складки (Патент на изобретение № 2810449 от 27.12.23. Способ выполнения хирургической операции по устранению гинекомастии при птозе кожи III-IV

степени). В контрольной группе было проведено стандартное хирургическое лечение гинекомастии - мастэктомия. Результаты хирургического лечения представлены в таблице 4.

Пациент Н. поступил с жалобами на опущение кожи грудной железы и психологический дискомфорт при ношении одежды (рис. 1). Нормостеник, смешанная гинекомастия IV ст. Планируется операция – удаление грудной железы, иссечение птоза кожи.

Таблица 2

**Распределение пациентов по типам гинекомастии в зависимости от типа телосложения**

Table 2

**Distribution of patients by gynaecomastia types depending on the body type**

Типы гинекомастии	Стадии гинекомастии	Типы телосложения		
		Астеники	Нормостеники	Гиперстеники
Истинная	I	8	5	-
	II	6	4	4
	III	6	3	2
	IV	-	-	1
Ложная	I	-	2	-
	II	3	2	3
	III	5	3	4
	IV	-	3	13
Смешанная	I	4	1	-
	II	-	1	-
	III	-	2	4
	IV	-	4	-

Таблица 3

**Ультразвуковая характеристика расположения и формы узлов при истинной гинекомастии**

Table 3

**Ultrasonic characteristics of the location and shape of the nodes in true gynaecomastia**

Характеристика узла		Типы телосложения		
		Астеники	Нормостеники	Гиперстеники
Расположение узла	ретроареолярно	20	5	-
	в толще пжк	-	7	7
Форма узла	неправильная	7	3	2
	правильная	5	4	3
	вертикальная ориентация оси	8	5	2

Таблица 4

**Результаты хирургического лечения**

Table 4

**Results of surgical treatment**

		Основная группа (n=26)	Контрольная группа (n=24)	p
Некроз САК	До 50%	4 (15%)	1 (4%)	0,396
	100%	5 (19%)	0 (0%)	0,051
Неудовлетворённость эстетическим дефектом		12 (46%)	0 (0%)	<0,001



Рисунок 1. Вид пациента до операции.  
Figure 1. Appearance of the patient before surgery.

Операция: после обработки операционного поля под общей анестезией произведена деэпидермизация сосково-ареолярного комплекса от 12 часов до 15 часов, последний фиксирован на медиальной ножке, произведено иссечение кожи от субмаммарной складки до верхнего края ареолы. На 2,5 см по среднелючичной линии подготовлено окно 2 x 1 см для сосково-ареолярного комплекса, последний перемещен, фиксирован (рис. 2). Произведено иссечение кожи по предоперационной разметке. Рана ушита. Ас. повязка.



Рисунок 2. Вид пациента после операции.  
Figure 2. Appearance of the patient after surgery.

### Выводы

Таким образом, распространенность гинекомастии, ее психологические последствия, отсутствие эффективных консервативных методов и технологический прогресс в хирургии делают данный вид лечения весьма актуальным. Преимуществами

предложенного способа являются: учитываются анатомо-функциональный птоз грудных желез для достижения косметического эффекта и снижение риска некроза сосково-ареолярного комплекса, существенное сокращение реабилитационного периода и отсутствие послеоперационных осложнений.

### Литература / References

1. Ayyavoo A. Gynecomastia. *Indian Journal of Pediatrics*. 2023; 90(10):1013-1017. DOI: 10.1007/s12098-023-04810-7
2. Karamchandani MM, De La Cruz Ku G, Sokol BL, Chatterjee A, Homsey C. Management of Gynecomastia and Male Benign Diseases. *Surgical Clinics of North America*. 2022;102(6):989-1005. DOI: 10.1016/j.suc.2022.06.003
3. Köhn FM, Schuppe HC. Check list Gynecomastia. *MMW Fortschritte der Medizin*. 2022;164(17):65-69. DOI: 10.1007/s15006-022-1872-1
4. Laimon W, El-Hawary A, Aboelenin H, Elzohiri M, Abdelmaksoud S, Megahed N, Salem N. Prepubertal gynecomastia is not always idiopathic: case series and review of the literature. *European Journal of Pediatrics*. 2021; 180(3):977-982. DOI: 10.1007/s00431-020-03799-x
5. Lapid O, Jolink F, Majer SL. Pathological findings in gynecomastia: analysis of 5113 breasts. *Annals of Plastic Surgery*. 2015; 2(74): 163-166.
6. Pinelli M, De Maria F, Ceccarelli P, Pedrieri B, Bianchini MA, Iughetti L, De Santis G. Gynecomastia: an uncommon, destabilizing condition of the male adolescent. our therapeutic choice. *Acta Biomedica*. 2023;94(2):e2023055. DOI: 10.23750/abm.v94i2.14028

### Сведения об авторах

Карамурзаев Ислам Абдуллатипович, клинический ординатор, "Росбиотех" Медицинский институт непрерывного образования; адрес: Российская Федерация, 125080, г. Москва, Волоколамское шоссе, д.11; тел: +7(937)6010777, e-mail: ikaramurzaev@mail.ru, <http://orcid.org/0009-0005-5202-6266>

Пахомова Регина Александровна, д.м.н., доцент, "Росбиотех" Медицинский институт непрерывного образования, заведующая кафедрой пластической хирургии; адрес: Российская Федерация, 125080, г. Москва, Волоколамское шоссе, д.11; тел: +7(902)9423912, e-mail: PRA5555@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3681-4685>

Козлов Василий Владимирович, к.м.н., доцент, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения имени Н.А. Семашко, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова; адрес: Российская Федерация, 119991, г. Москва, ул. Большая Пироговская, д.2, стр.4, тел.: +7(916)3768808; e-mail: gkns\_100@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2389-3820>

Сергеев Денис Игоревич, старший преподаватель, "Росбиотех" Медицинский институт непрерывного образования; адрес: Российская Федерация, 125080, г. Москва, Волоколамское шоссе, д.11; тел: +7(904)1635237, e-mail: SergeevDenisIgorovich@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-6412-9861>

### Author information

Islam A. Karamurzaev, clinical resident, "Rosbiotech" Medical Institute of Continuing Education; Address: 11, Volokolamskoye shosse, Moscow, Russian Federation 125080, Phone: +7(937)6010777, e-mail: ikaramurzaev@mail.ru, <http://orcid.org/0009-0005-5202-6266>

Regina A. Pakhomova, Dr. Med. Sci., "Rosbiotech" Medical Institute of Continuing Education, Head of the Department of Plastic Surgery; Address: 11, Volokolamskoye shosse, Moscow, Russian Federation 125080, Phone: +7(902)9423912, e-mail: PRA5555@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3681-4685>

Vasily V. Kozlov, Cand. Med. Sci., Associate professor, Associate professor of the Department of Public Health and Health named after N.A. Semashko, First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov; Address: 2, bld. 4, Bolshaya Pirogovskaya Str., Moscow, Russian Federation 119991; Phone: +7(916)3768808; e-mail: gkns\_100@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2389-3820>

Denis I. Sergeev, Senior Lecturer, "Rosbiotech" Medical Institute of Continuing Education; Address: 11, Volokolamskoye shosse, Moscow, Russian Federation 125080, Phone: +7(904)1635237, e-mail: SergeevDenisIgorovich@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-6412-9861>

Дата поступления: 23.01.2024

Дата рецензирования: 18.04.2024

Принято к публикации: 28.05.2024

Received 23 January 2024

Revision Received 18 April 2024

Accepted 28 May 2024