

Тактика ведення беременности и родов, хирургическая реабилитация при гигантомастии

Клинический случай

В рамках Первой международной междисциплинарной научно-практической конференции «Актуальные вопросы диагностики, профилактики и лечения заболеваний молочных желез», состоявшейся 22-23 октября в г. Донецке, отечественные специалисты – генеральный директор Донецкого областного противоопухолевого центра, академик АМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Григорий Васильевич Бондарь; профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии факультета последипломного образования Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, доктор медицинских наук Татьяна Николаевна Демина и главный врач Донецкого областного противоопухолевого центра, доктор медицинских наук, профессор Игорь Евгеньевич Седаков – представили уникальный клинический случай.

Наша справка

Макромастия (и гигантомастия как ее крайнее проявление) представляет собой чрезмерный ответ молочной железы на физиологические изменения гормонального фона женщины, возникающие в пубертатном и репродуктивном возрасте, а также в связи с беременностью и лактацией. Возможными причинами макро- и гигантомастии являются: гиперэстрогения, гиперпролактинемия, увеличение секреции ТТГ, аденомы гипофиза, изменение чувствительности рецепторного аппарата ткани молочной железы к нормальному уровню эндогенных гормонов. Различают одностороннюю и двустороннюю макромастия с преимущественным увеличением жировой либо железистой ткани. Кроме того, в зависимости от характера течения встречается вялотекущая, агрессивная и абортивная формы заболевания.

По степени выраженности макромастия классифицируется следующим образом:

- незначительная – избыточная масса молочной железы до 200 г, увеличение нормального объема на 50% (до 400-600 см³);
- средняя – избыточная масса молочной железы от 200 до 500 г, объем 600-800 см³;
- выраженная – избыточная масса молочной железы от 500 до 1200 г, объем 800-1000 см³;
- гигантомастия – избыточная масса молочной железы более 1200 г, объем 1500 см³ и более.

Возможно хирургическое и консервативное лечение состояния. При необходимости радикального вмешательства проводится редукционная маммопластика с последующим гормональным лечением либо радикальная двусторонняя мастэктомия с одновременным или отсроченным протезированием и ареолопластикой.

При консервативном лечении макромастии используются агонисты дофамина (каберголин, бромкриптин) или антагонисты эстрогенов (тамоксифен и др.).

Беременная 27 лет, находилась на стационарном лечении в отделении патологии беременности кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького с 13.11 по 11.12.2006. При поступлении установлен диагноз: вторая беременность 14-15 нед, гигантомастия, хронический пиелонефрит в стадии ремиссии.

Пациентка предъявляла жалобы на развитие гипертрофии молочных желез, начавшейся в 2004 г. после медицинского аборта в сроке 5-6 нед. В 2005 г. консультировалась в центре пластической хирургии (г. Киев). С февраля 2005 г. принимала бромкриптин в дозе 2,5 мг/сут. Вторая беременность наступила на фоне приема бромкриптина, при этом начиная с 5-6-й недели отмечено резкое усиление роста молочных желез.

Из анамнеза известно, что в 1995 г. пациентка перенесла операцию по поводу фолликулярной кисты правого яичника (лапаротомия, цистэктомия совместно с аппендэктомией), операция прошла без осложнений. Менструации регулярные, безболезненные, умеренные, с 13 лет, по 5-6 дней. Первая беременность в 2004 г. завершилась медицинским абортom в сроке 5-6 нед, без осложнений. Вторая беременность протекала с угрозой прерывания в 7-13 нед, в связи с чем было назначено стационарное лечение по месту жительства.

Общее состояние пациентки на момент поступления удовлетворительное. Молочные железы чрезмерно увеличены, умеренно болезненны при пальпации, с явно выраженным сосудистым рисунком (рис. 1). Контур молочных желез неровный, бугристый, отмечаются вдавления от белья. Ареолы растянуты до 10 см в диаметре. Подмышечные лимфатические узлы не увеличены. Со стороны клинических и биохимических показателей крови и мочи отклонений не выявлено, гормональные показатели находились в пределах нормы для беременности соответствующего

срока. При проведении МРТ головного мозга для исключения опухолевого процесса в гипоталамо-гипофизарной области органической патологии не выявлено. Ультразвуковое исследование щитовидной железы показало наличие диффузных изменений, диагностирован диффузный зоб I степени, эутиреоз. При УЗИ молочных желез обнаружены признаки диффузной гиперплазии, железистая форма гипертрофии молочных желез.

Беременная направлена в Донецкий областной противоопухолевый центр, где ее проконсультировали профессор Г.В. Бондарь и профессор И.Е. Седаков. Рекомендовано проведение дополнительного обследования пациентки. Обзорная рентгенография органов грудной клетки не выявила патологических изменений. При подробном ультразвуковом обследовании груди подтвержден предыдущий диагноз. Кроме того, в обеих железах выявлены рассеянные кисты до 10 мм в диаметре, а также гигантская филоидная фиброаденома в правой молочной железе. Произведена пункция кистозных разрастаний в обеих железах, подтвержден прогрессирующий характер патологии (патолого-гистологическое исследование пунктата правой молочной железы: на фоне эритроцитов участки пролиферирующего кубического эпителия; патолого-гистологическое исследование пунктата левой молочной железы: эритроциты, единичные участки миоэпителиальной ткани).

Принимая во внимание жалобы пациентки на резкое ухудшение качества жизни, быстрый неконтролируемый рост молочных желез, результаты пункции, наличие признаков гигантской филоидной фиброаденомы, пациентка была направлена для хирургического лечения в Донецкий областной противоопухолевый центр. Учитывая отсутствие симптомов угрозы прерывания беременности и аномалий развития плода (по данным УЗИ), было принято решение о сохранении беременности.

Хирургическое лечение пациентки предполагало два этапа. Первый из них включал мастэктомию с ареолопластикой в период беременности; второй этап представлял собой реконструктивное вмешательство, проводимое на фоне стабилизации гормонального фона через год после родов.

15.12.2006 г. пациентке проведена радикальная двусторонняя мастэктомия с ареолопластикой. Общий вес удаленных молочных желез составил 30 кг. При проведении операции применялись современные технологии, позволяющие свести к минимуму кровопотери. Кроме того, применялась техника наложения швов, разработанная в Донецком областном противоопухолевом центре.

Послеоперационный период осложнился анемией; пациентка получала консервативную терапию препаратами железа, а также антибактериальную и озонотерапию.

В сроке беременности 39-40 нед проведено плановое родоразрешение путем операции кесарева сечения. Родился здоровый доношенный мальчик весом 3200 г без видимых пороков развития (оценка по шкале Апгар 7/8 баллов).

Через год в Донецком областном противоопухолевом центре пациентке проведена реконструктивная операция – эндопротезирование молочных желез с последующей ареолопластикой (состояние перед операцией – рис. 2). Операция прошла успешно, осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось. По завершении периода реабилитации отмечен выраженный косметический эффект (рис. 3-4).

Сложность данного клинического случая связана не только с тяжестью заболевания, но также с беременностью пациентки. Подобный опыт ведения беременности и родов на фоне необходимости хирургического вмешательства при гигантомастии можно назвать уникальным.

Подготовила Катерина Котенко

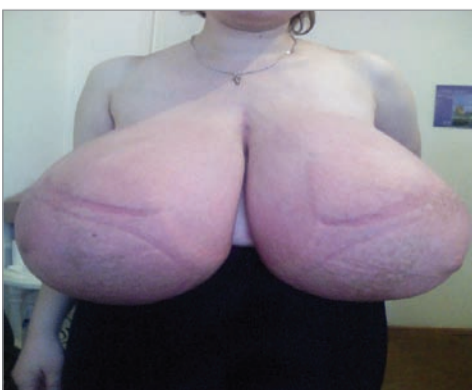


Рис. 1. Пациентка на момент поступления

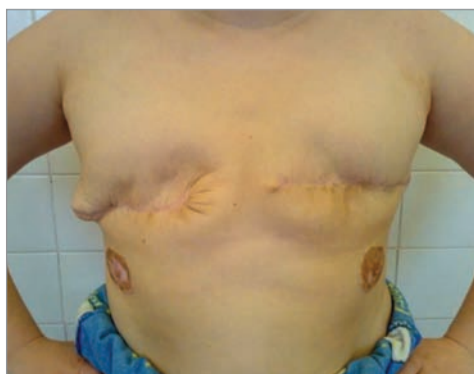


Рис. 2. Состояние перед вторым этапом ареолопластики



Рис. 3, 4. Состояние после завершения периода реабилитации

