

# ПОЄДНАНА ГІГАНТОМАСТІЯ З ЕКТОПІЄЮ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ВАГІТНОЇ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

*Дронов Олексій Іванович, Дронова Вікторія Леонідівна, Галич Сергій Петрович, Рощина Лариса  
Олександрівна, Мокрик Олександра Миколаївна*

## **Вступ**

Наявність ектопічно розташованої молочної залози є одним із рідкісних випадків порушення ембріогенезу людини. Дана проблема є актуальною, так як не тільки викликає естетичний дефект жінки, що значно погіршує якість життя, а й може бути причиною виникнення, як доброякісних, так і злоякісних новоутворень.

До ще однієї рідкісної патології молочної залози відносять гігантомастію або макромастію. Причина виникнення гігантомастії достовірно невідома. Однією із можливих теорій виникнення є гормональна, що пояснює пік захворюваності саме на період вагітності.

За сучасними даними в загальній популяції ектопія тканини молочної залози складає 1 % і зустрічається як у чоловіків так і у жінок. В Сполучених штатах Америки за період від 1971 по 2003 було описано 16 випадків пацієнтів із додатковою молочною залозою різної локалізації і варіантом розвитку. Натомість в Англії з 1900 по 1979 рік нараховано 17 випадків молочної залози, яка розвивалась у вульві. Існують дані, що дана патологія зустрічається частіше в жителів Японії.

Молочні залози розпочинають закладуватися в зародку на 6 тижні ембріонального розвитку із елементів ектодерми. Утворюються із латеральних вентральних складок ембріона і складаються із декількох шарів епітеліальних клітин, які називаються “молочні складки” або

“молочні лінії”. Останні розвиваються від пахвинної до пахової області. Із молочних складок, в результаті потовщення і розростання, утворюються тяжі, які розповсюджуються в сполучну тканину. Професор І.Ф. Жорданія в своєму посібнику писав, що у відповідності до напрямку розвитку молочних ліній, додаткові молочні залози можуть утворюватись від пахових западин до стегон і досягати значного розвитку, особливо в період лактації, а в деяких випадках мають здатність утворювати секрет. Утворення додаткових молочних залоз можливе тільки в тому випадку, якщо не відбувається інволюція молочного гребня.

Аберрантні або додаткові молочні залози можуть розвиватись в будь-якому місці молочної лінії, але найбільш типове місце - пахвинна западина. Наступна по частоті виявлення локалізація - вульва. Рідше ектопія тканини молочної залози може зустрічатись в парастернальній, надключичній та паховій областях. В літературі існують також дані про розташування аберрантної молочної залози в ділянці лопатки, верхніх та нижніх кінцівок та ануса.

Перша згадка про додаткову молочну залозу була в 1872 році. Е. Harting описав тридцятирічну жінку, у якої на нижній ділянці великої статевої губи зліва була розташована повністю сформована тканина молочної залози, розміри якої прирівняли до розмірів яйця гуски. При огляді в центрі пухлини був виявлений мікроскопічний сосок, який продукував секрет.

В 1915 році Кажава опублікував першу класифікацію аномалій розвитку тканини молочної залози. Згодом дані були дещо змінені, але основні вісім типів збереглись. До I, II, III типу відносять наявність розвиненої тканини молочної залози. I тип включає наявність як ареоли так і соска, II

тип - наявність тільки соска, а III тип характеризує наявність розвиненої тканини молочної залози тільки з ареолою, без соска. IV тип - незавершений розвиток тканини молочної залози. V, VI, VII та VIII типи взагалі не включають наявність тканини залози. V тип - наявність тільки соска та ареоли, VI тип - додатковий сосок (або політелія), VII - наявна тільки ареола, VIII тип включає наявність волосся.

Ектопічно розташована молочна залоза зазнає гормон - індуковані зміни під час менструації та вагітності. Враховуючи ідентичність гістологічної будови з нормально розташованою молочною залозою, абберантні залози можуть зазнавати схожих патологічних змін: мастит, ліпома, фіброз, фіброаденоми. Звертає на себе увагу можливість виникнення карциноми в додаткових молочних залозах, що погіршує прогноз захворювання.

Вперше термін "гігантомастія" був використаний в 1648 Т. Palmuth. До сьогодення часу не існує жодного точного поняття етіології та патогенезу розвитку цього рідкісного захворювання. В 2011 році Dafydd et al. дали визначення гігантомастії, як надлишок тканини молочної залози, що складає більше 3 % маси тіла пацієнта. Деякі хірурги вважають, що макромастія - це збільшення тканини від 0,8 до 2 кг маси кожного залози. В більшості випадків процес двосторонній, відносно симетричний, але існують дані і про односторонній розвиток захворювання, що звертає на себе увагу більшою ймовірністю розвитку злякисного процесу.

Існує класифікація, прийнята А. Dancey (2007) та співавторами. Сюди відноситься ювенільна (пубертатна), гестаційна, ідіопатична та медикаментозна

В літературі відсутні дані про макромастію у жінок в менопаузі.

Механізм впливу естрадіолу, пролактину та прогестерону, як найбільш ймовірних гормонів пливу, не вивчений. Підвищена чутливість рецепторів до впливу гормонів, пояснює можливий розвиток одностороннього процесу, на відміну від гіперпродукції гормонів в цілому. В той же час, описаний ряд клінічних випадків, коли рівень вище вказаних гормонів був в нормі. В літературі описані 5 випадків гігантомастії на фоні прийому препаратів (естрогени, неотетазон, циклоспорин, пеніциламін і буциламін), відміна яких призвела до зменшення розмірів молочної залози.

Лікування макромастії залежить від клінічного випадку.

Найпоширенішим препаратом для консервативного лікування є Бромкрептин. Але тим не менш, найуспішнішим методом вважається хірургічне втручання. Описані випадки підвищення рівня кальцію в крові у пацієнок із гігантомастією, тому важливо звертати увагу на електролітний баланс перед вибором методу лікування. Адже гіперкальціємія є показом до білатеральної мастектомії.

Клінічний випадок, наведений нижче, унікальний. Адже даних за гігантомастію з подальшим спостереженням ектопічно розташованих молочних залоз, з урахуванням двобічного ураження пахвинної та пахових ділянок, в однієї пацієнтки під час вагітностей в літературі немає.

### **Клінічний випадок**

Пацієнтка Б., 20 років госпіталізована в плановому порядку 10.01.2015, в Державну установу “ Інститут педіатрії, акушерства та гінекології “Національної академії медичних наук України у відділення оперативної

гінекології з діагнозом: Вагітність II 26 тижнів. Гігантомастія. Стан після пластики мітрального клапана з приводу мітральної недостатності.

З анамнезу відомо, що менархе з 13 років, один штучний аборт. На фоні протікання другої вагітності відмітила симетричне збільшення молочних залоз в розмірах, з чим пов'язувала виражений біль в поперековому відділі хребта та плечах, глибокі борозни від ременя бюстгалтера, ядуху, вимушене положення на боку, під-час сну.

По життєвим показам, хворій було виконано оперативне втручання 17.01.2015. в об'ємі двобічної тотальної мастектомії з вільної пересадкою сосково-ареолярного комплексу (оперуючий хірург – д.мед.н. Галич С. П.) Загальний час операції – 4 години 10 хвилин . Загальний час анестезії – 4 години 30 хвилин. Знеболення – ендотрахіальний наркоз. Крововтрата – 150мл.

Об'єм видаленої залишкової тканини молочної залози склав 7 кг зліва та 5,5 кг справа. В післяопераційному періоді виник двобічний крайовий частковий некроз сосково-ареолярного комплексу. Післяопераційні рани загоювалися вторинним натягом.

Пологи (21.03.2015) шляхом кесаревого розтину. Дитина 7-8 балів за шкалою Апгар. Післяпологовий період без особливостей. Виписана в задовільному стані на 7-тю добу.

Повторно пацієнтка поступила у відділення оперативної гінекології Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології» Національної академії медичних наук України 25.09.2017 з діагнозом: Вагітність III 30 тижнів. М'якотканинні утворення аксілярних ямок. М'якотканинні утворення промежини. Стан після двобічної мастектомії. Стан після пластики мітрального клапана з приводу мітральної

недостатності. Вагітна скаржилась на наявність об'ємних утворень в ділянці проможини розмірами до 10 см, та аксілярних ділянок з обох сторін, еластичної структури. Появу новоутворень пацієнтка пов'язувала з даною вагітністю.

Проведено комплексне клініко - лабораторне та інструментальне обстеження. 26.09.17 виконана операція: видалення м'якотканинних утворень лівої аксілярної ділянки та м'якотканинних утворень промежини. (оперуючий хірург –проф., д.мед.н. Дронов О.І.) Загальний час операції – 1 година 30 хвилин. Загальний час анестезії – 1 година 40 хвилин. Знеболення – ендотрахіальний наркоз. Крововтрата – 20мл.

На розрізі макропрепаратів виявлено виділення секрету білого кольору. Післяопераційний період протікав без особливостей. Рани загоїлись первинним натягом. При гістологічному дослідженні виявлена залозиста тканина, яка притаманна молчній залозі.

Пологи шляхом кесаревого розтину 26.10.2017. Дитина 8-9 балів за шкалою Апгар. Післяпологовий період без особливостей. Виписана на 8 добу. Аберантна молочна залоза аксілярної ділянки справа зазнала інволютивних змін через 3 місяця після пологів.

### **Висновок**

В сучасній літературі немає даних про випадки гігантомастії та розвиток аберантних молочних залоз під час вагітностей у однієї й тієї ж пацієнтки. Ектопія тканини молочної залози є результатом ембріологічної стигми, патогенез і етіологія гігантомастії до кінця не з'ясованно.

Своєчасне лікування таких пороків розвитку дозволяє досягти хороших результатів як в естетичному плані, так і в нервово-психічному статусі та соціальній реабілітації.