

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00531&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00531. Гінекомастія

Автор: Ilpo Huhtaniemi
Редактори оригінального тексту: -
Дата останнього оновлення: 2015-01-28

Основні положення

- Для уникнення непотрібних обстежень необхідно диференціювати фізіологічне збільшення грудних залоз і так званий "варіант норми" з патологічними станами.
- Пацієнтів зі швидко прогресуючою або гінекомастією, що супроводжується симптомами, потрібно направити на подальше обстеження, або, принаймні, провести первинну діагностику.

Фізіологічне збільшення грудних залоз

- В неонатальному періоді материнські або плацентарні естрогени стимулюють ріст грудних залоз. Цей стан проходить через кілька тижнів після народження, проте інколи може тривати довше.
- У дівчаток пубертатний період може розпочатись зі збільшення молочних залоз - як першої його ознаки уже у віці 8 років. У хлопчиків, відповідно, пубертатний період розпочинається у 9 років, і гінекомастія може розвинутиись у будь-якій фазі пубертатного періоду.
- Ізольоване телархе (наприклад, доволі часто у дівчаток спостерігається ріст молочних залоз без подальшого статевого розвитку) з'являється зазвичай у віці 2-3 років, але може також виникати і в будь-який інший період за декілька років до початку статевого дозрівання. У хлопчиків це явище зустрічається рідше, проте також можливе, особливо впродовж першого року життя.

- Пубертатна гінекомастія у хлопчиків не є показанням до проведення подальших обстежень, якщо інші аспекти статевого розвитку дитини в нормі.
- У дітей з ізольованими проявами телархе необхідно виключити передчасне статеве дозрівання, виявлення якого потребує подальшого обстеження та лікування. Якщо під час прискороного зростання грудні залози також продовжують збільшуватись, необхідно провести дослідження з метою виявлення передчасного статевого дозрівання; див. [\[настанова 00641 | Статеве дозрівання та йо...\]](#).
- У кожного другого чоловіка з надмірною вагою наявна гінекомастія. Вірогідною причиною є метаболізм андрогенів в естрогени у жировій тканині.

Патологічне збільшення грудних залоз

- При гінекомастії пубертатного віку, див. [\[настанова 00641 | Статеве дозрівання та йо...\]](#).
- У чоловіків збільшення грудних залоз *гормонального* генезу виникає при дисбалансі естрогенів - андрогенів.
- *Недостатність тестостерону* виникає при вродженому або набутому гіпогонадізмі [\[настанова 00529 | Чоловічий гіпогонадізм і...\]](#). До причин гіпогонадізму відносять
 - дефіцит гонадотропіну
 - гіперпролактинемія
 - захворювання яєчок
 - гіперсекреція естрогенів
 - синдром Клайнфельтера
 - нечутливість до андрогенів.
- *Причинами підвищеної продукції естрогенів* можуть бути:
 - адренкортикальні, тестикулярні та інші новоутворення (у легенях, шлунково-кишковому тракті, нирках), які здатні продукувати естрогени та хоріонічний гонадотропін людини (ХГЛ)
 - цироз печінки
 - гіпертиреоз
 - велика кількість лікарських засобів: спіронолактон, естрогени, андрогени, анаболічні стероїди, антиандрогени, дигоксин, ізоніазид, фенотіазин, трициклічні антидепресанти,

фенітоїн, метоклопрамід, діазепам, кетоконазол, пеніциламін, препарати для лікування ВІЛ-інфекції, цитостатики та рослинні препарати, а також амфетамін та марихуана.

- Місцеві неендокринні прояви гінекомастії можуть бути спричинені первинною пухлиною або метастазами.

Діагностичні заходи

- Клінічний огляд грудних залоз
 - Чи є дані прояви гінекомастією або псевдогінекомастією (ріст субареолярної жирової тканини, проте не залозистої тканини)?
 - Диференційна діагностика гінекомастії та раку грудних залоз (тканини при гінекомастії м'які, еластичні та розташовані в основному одразу під ареолою з обох сторін у 50% випадків; тканини при раку тверді та щільні, розташовуються не під ареолою, часто з однієї сторони).
- Необхідно уточнити наступні ознаки та анамнестичні дані:
 - статева функція (імпотенція, зниження лібідо)
 - розмір яєчок (малий розмір яєчок вказує на гіпогонадізм, асиметрія дозволяє припустити пухлинне ураження)
 - ріст волосся (по чоловічому чи жіночому типу?)
 - молоко або інші виділення при стисканні грудних залоз
 - ознаки захворювання печінки
 - прийом лікарських засобів в анамнезі (спіронолактон, лікування раку передміхурової залози, препарати природного походження)

Подальші дослідження

- При гінекомастії пубертатного віку, див. настанова
[00641 [Статеве дозрівання та його...].
- Оскільки гінекомастія часто має транзиторний характер, а етіологічний фактор вдається з'ясувати лише в близько половині випадків, не всі пацієнти потребують визначення рівня гормонів. Проведення досліджень показане, якщо лікарські засоби, які приймає пацієнт, не можуть бути причиною гінекомастії, і

- відмічається підвищена чутливість грудних залоз (є ознакою швидкого росту), або
- діаметр тканин грудної залози > 4 см.
- В інших випадках потреба у проведенні досліджень вирішується індивідуально. Наприклад, дослідження завжди необхідне при гінекомастії в поєднанні з ознаками недостатності андрогенів.

Лабораторні дослідження

- Лабораторні аналізи в порядку пріоритетності:
 - сироватковий тестостерон та глобулін, який зв'язує статеві гормони ГЗСГ (+ розрахований вільний тестостерон)
 - сироватковий естрадіол
 - сироватковий лютеїнізуючий гормон (ЛГ)
 - сироватковий ТТГ
 - сироватковий бета-ХГЛ

Інтерпретація результатів лабораторних досліджень

- Якщо підвищується рівень сироваткового ЛГ та знижується сироваткова концентрація тестостерону, вірогідно у пацієнта наявна недостатність тестостерону, спричинена дисфункцією яєчок.
- Якщо сироватковий тестостерон знижується, а рівень сироваткового ЛГ в межах норми або знижений, вірогідно у пацієнта гіпогонадотропний гіпогонадизм або підвищений рівень продукції естрогенів.
- Якщо підвищується сироваткова концентрація ЛГ та вільного тестостерону, у пацієнта наявна нечутливість до андрогенів або рідкісна гонадотропін-секретуюча пухлина гіпофізу.
- Сироватковий рівень бета-ХГЛ підвищується при трофобластних пухлинах яєчка.
- У складних випадках за рекомендацією спеціаліста можуть бути виконані наступні дослідження:
 - сироватковий естрон та пролактин
 - функціональні проби печінки
 - каріотипування

- мамографія або ультразвукове дослідження грудних залоз з метою визначення структури залози або можливого виявлення новоутворень.

Лікування

- При транзиторній гінекомастії грудні залози зазвичай зменшуються в розмірах після усунення етіологічних факторів.
- Препаратом вибору є тамоксифен.
- Показаннями до оперативного лікування є косметичний дефект або злякисні новоутворення.

Пов'язані джерела

- Література пов'язані 00569 [Gynaecomastia – Related ...]

Настанови

- [Настанова 00641](#). Статеве дозрівання та його порушення.
- [Настанова 00529](#). Чоловічий гіпогонадизм і замісна гормональна терапія.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00531 Ключ сортування: 024.062 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2015-01-28

Автор(и): Ilpo Huhtaniemi Редактор(и): Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Internal medicine Endocrinology

Ключові слова індексу

mesh: breast growth mesh: adolescent gynecomastia mesh: Gynecomastia mesh: Breast mesh: Puberty
mesh: Hypogonadism mesh: Luteinizing Hormone mesh: Testosterone speciality: Endocrinology
speciality: Internal medicine icpc-2: T99 icpc-2: X21 icpc-2: Y16