

Клинический случай №44
Гигантская фиброаденома у 13-летней девочки

Введение

Пациентка N. **13 лет** поступила в гинекологическое отделение Российской детской клинической больницы в связи с жалобами на **крупное образование правой молочной железы**.

Анамнез жизни:

- Ребенок от второй беременности, протекавшей без особенностей. Роды вторые, самостоятельные.
- Масса при рождении – 3100 г, рост – 53 см, оценка по шкале Апгар – 8/8 баллов.
- Привита по календарю.
- Перенесенные заболевания: острые респираторные вирусные инфекции, аллергодерматит.
- Наблюдались у гинеколога с диагнозом дистрофии вульвы.
- Наследственный анамнез не отягощен.

Жалобы



Рис. 1. Правая молочная железа пациентки N. (вид спереди)



Рис. 2. Правая молочная железа пациентки N. (вид сбоку)

Анамнез заболевания

- Со слов девочки, увеличение молочной железы отмечалось в течение месяца.
- Обратилась в приемное отделение скоропомощного стационара по месту жительства. Был выставлен диагноз «мастит». Рекомендована антибактериальная терапия, местно – мазь Вишневского. Лечение – без эффекта.
- Первично консультирована онкологом.



Инструментальное исследование (УЗИ)

- УЗИ молочной железы: кожа не утолщена, дифференциация тканей сохранена. Строение молочной железы по ювенильному типу.
- Железистая ткань в виде гипоэхогенных пластов слева до 14 мм. Жировая ткань в виде гиперэхогенных долек. Млечные протоки не расширены. Связки Купера не утолщены.
- Справа в области молочной железы визуализируется **гипоэхогенное неоднородное образование с четкими контурами толщиной 53 мм**, неровными контурами, усиленным кровотоком по данным цветового доплеровского картирования.

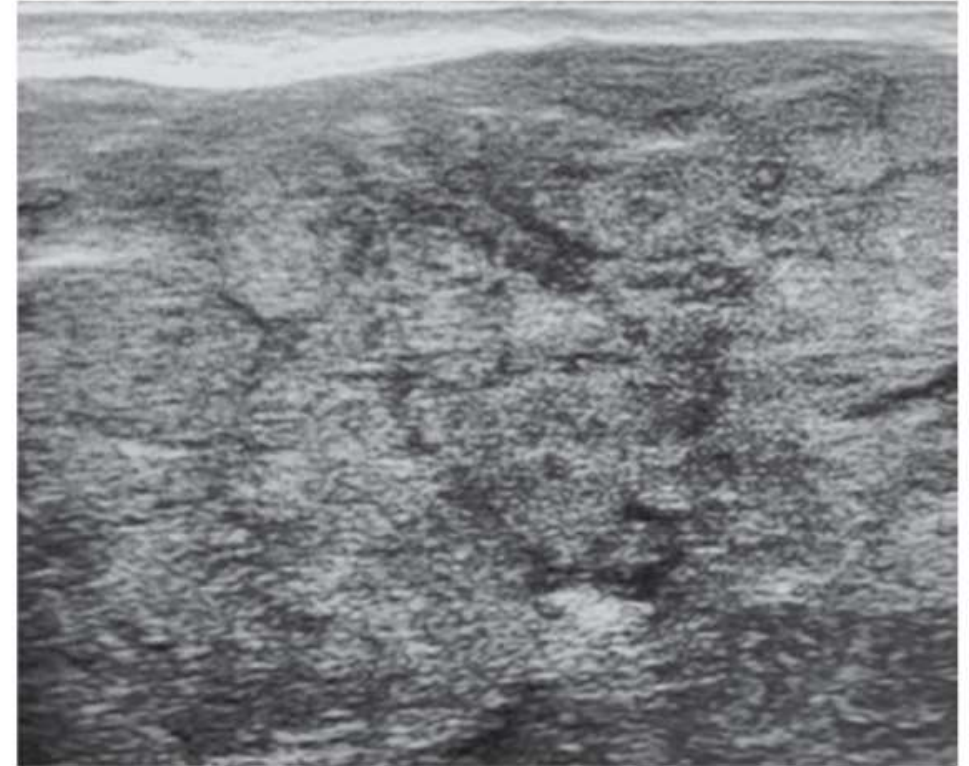
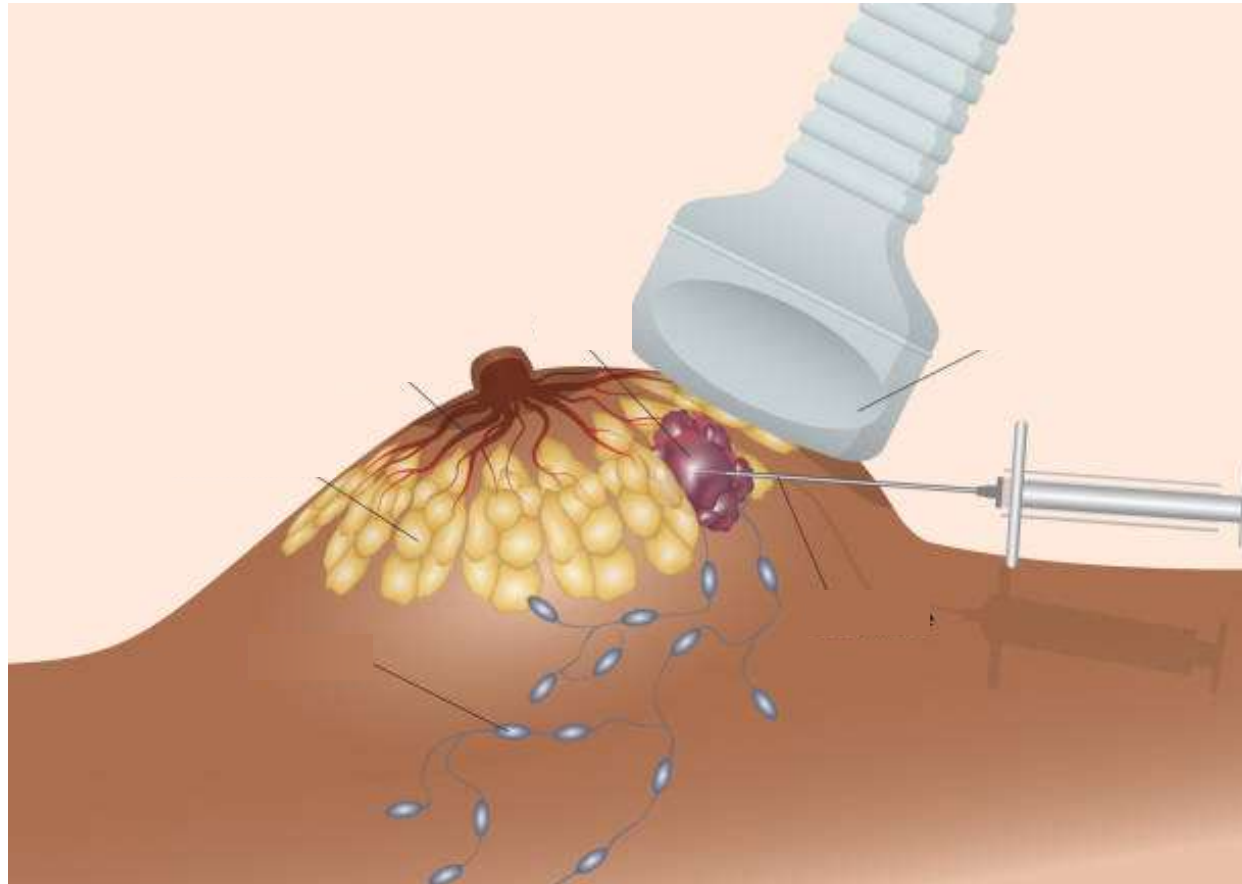


Рис. 3. Ультразвуковое изображение фиброаденомы правой молочной железы

Инструментальное исследование (ТАБ)

- 28 июня 2022 г. выполнена пункционная биопсия по результатам цитологического исследования: в препарате обнаружены группы клеток кубического эпителия с признаками выраженной пролиферации, **фиброаденома (?)**.



Физикальный осмотр

- Состояние на текущий момент средней тяжести. Молочная железа справа увеличена за счет объемного образования **до 20 см**, плотного, безболезненного, кожа над ним не изменена. Левая молочная железа без особенностей.
- Гинекологический статус. Менструации с 12 лет, по пять-шесть дней через 30–35 дней, умеренные, безболезненные. Выделения светлые, слизистые.
- Оволосение по женскому типу. Наружные половые органы развиты правильно.
- Гимен бахромчатый, кольцевидный, не гиперемирован, эстрогенизирован.
- Слизистая влагалища складчатая, не гиперемирована, розовая. Шейка коническая, чистая.
- Матка в срединном положении, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

Диагноз и тактика

- Выставлен клинический диагноз: доброкачественное новообразование правой молочной железы гигантских размеров.
- На второй день после госпитализации пациентки в стационар выполнена пункционная биопсия опухоли, получены клетки образования. Гистологическое заключение Ц-48/2022: данная цитологическая картина может соответствовать фиброзно-кистозным изменениям при доброкачественных новообразованиях молочной железы.
- С учетом цитологического заключения пациентке показано плановое оперативное лечение в отделении гинекологии в связи с исключением онкологического генеза образования в объеме удаления доброкачественного новообразования молочной железы справа.

Оперативное вмешательство

- Ход операции: учитывая объемы образования, под общей анестезией выполнен якорный разрез, тупым и острым путем выделено образование до 20 см, которое удалено из раны; дополнительный гемостаз в области ложа образования, целостность молочной железы восстановлена послойно, на кожу наложен внутрикожный шов, Викрил 4,0.
- Над соском иссечен избыточный кожный лоскут. На кожу наложен косметический непрерывный внутрикожный шов.
- Гемостаз – сухо. Кровопотеря минимальная.
- Подкожно введен изотонический водный раствор Наропина 10 мл + физраствор 10 мл.
- Интраоперационно выполнена антибиотикопрофилактика.

Оперативное вмешательство



Рис. 4. Операционное поле



Рис. 5. Начало выполнения якорного разреза

Оперативное вмешательство

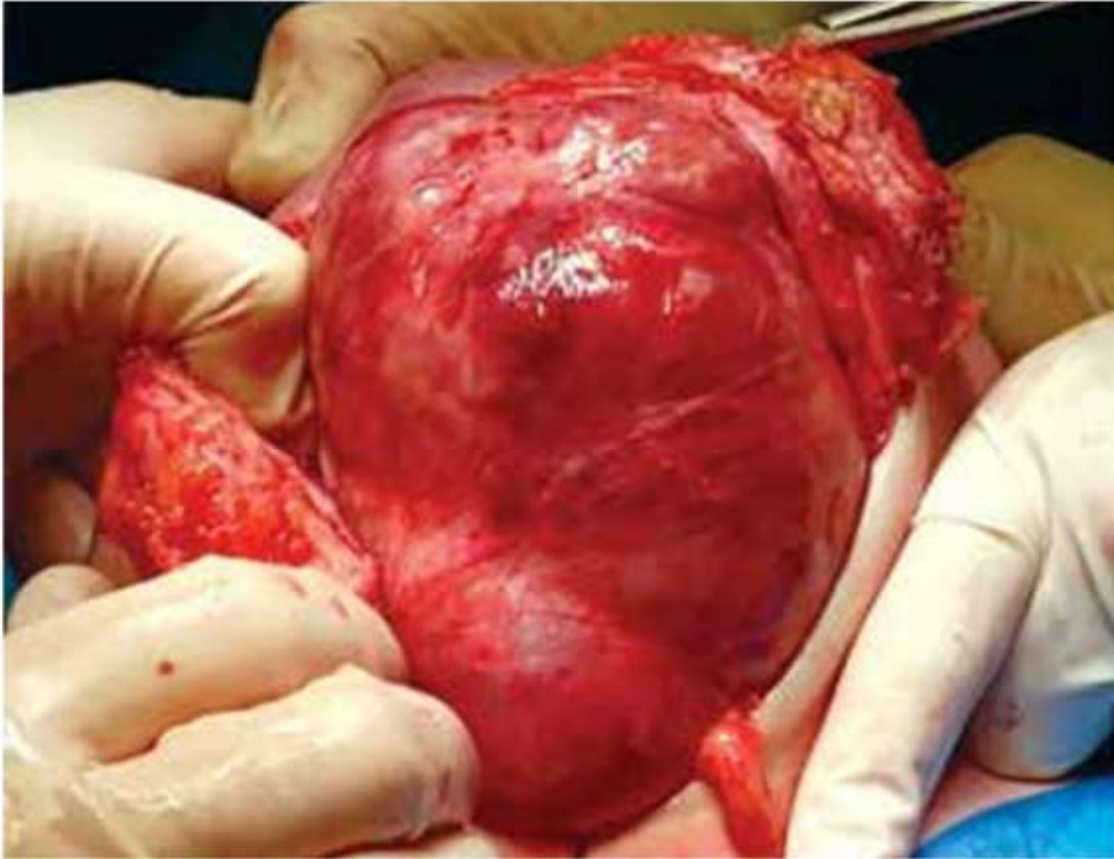


Рис. 6. Интраоперационная картина выведения в рану образования молочной железы



Рис. 7. Макропрепарат образования правой молочной железы

Оперативное вмешательство



Рис. 8. Вид пациентки после операции

Послеоперационный период

- Послеоперационный период протекал без осложнений.
- Пациентка выписана на пятые сутки послеоперационного периода.
- В дальнейшем пациентке были назначены обработка послеоперационной раны антисептическими растворами, эластическая компрессия молочной железы с целью профилактики послеоперационных осложнений и улучшения реабилитации с повторными обследованием и наблюдением в отделении гинекологии через три месяца после оперативного вмешательства.
- На седьмые сутки после оперативного вмешательства получен результат гистологического исследования, соответствующий фиброаденоме молочной железы без признаков озлокачествления.

Обсуждение

- **Фиброаденома (ФА)** – доброкачественное образование молочной железы. Считается, что в основе патогенеза ФА лежит гормональный дисбаланс, в частности **гиперэстрогения**. Опухоль чаще диагностируется именно в период гормональных колебаний, таких как беременность, послеродовой период, подростковый период, в пременопаузе.
- **Клинически** ФА представляет собой безболезненную, твердую, подвижную опухоль молочной железы. Основные **жалобы**, которые предъявляют пациентки, – боль, уплотнение в груди, ее увеличение, гиперемия, выделения из сосков.
- Для **диагностики** ФА используют ультразвуковое исследование (УЗИ) молочной железы, маммографию, пункционную тонкоигольную аспирационную биопсию (ПТАБ). На УЗИ ФА выглядит как овальное, хорошо очерченное гипоэхогенное очаговое образование, вытесняющее окружающую паренхиму.

Обсуждение

- ФА на маммографии визуализируется как хорошо очерченная масса с кальцификатами, похожими на «попкорн». Однако маммография ввиду высокой лучевой нагрузки в детском и юношеском возрасте применяется крайне редко и только при высоком риске злокачественности образования, поэтому основным методом диагностики ФА у подростков является УЗИ молочной железы.
- Необходимо проводить **дифференциальную диагностику** между ФА и филоидной опухолью (частота встречаемости – 0,3–1%), так как последняя в отличие от ФА имеет высокий риск малигнизации с метастазированием.
- **Лечение – хирургическое.** ФА может быть удалена путем хирургического иссечения. Криоабляция и лечение высокоинтенсивным сфокусированным ультразвуком (HIFU) являются экспериментальными методами.

Авторы

Е.В. Сибирская, д.м.н., проф. - Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова; Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова; Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова.

И.В. Караченцова, к.м.н. - Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова.

И.А. Меленчук - Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова.

Д.Ю. Грипас - Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова.

С.К. Уколова - Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова.

Источник: Сибирская Е.В., Караченцова И.В., Меленчук И.А. и др. Клинический случай гигантской фибroadеномы у 13-летней девочки. Особенности диагностики. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (7): 59–63.