

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: ДОБАВОЧНЫЕ МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ

Э.К. Сарибекян¹, Н.В. Харченко², М.А. Кунда²,
Г.М. Запиров², И.М. Широких²

¹МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИРЦ» МР, Москва, Россия

²Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Наличие добавочных молочных желез и сосков является известной врожденной патологией, которая встречается примерно у 1% женщин. Патология связана с особенностями эмбрионального развития молочных линий, вдоль которых могут оставаться рудименты, которые чаще всего представлены маленькими по размеру сосками с ареолой. Проблема наличия добавочных молочных желез является актуальной, так как вызывает эстетический дефект внешности женщины, снижающий качество ее жизни, наносит психологическую травму женщине, а также может быть источником развития новообразований. В литературе встречаются случаи добавочных молочных желез различной локализации, от подмышечной до паховой области, но как правило данная патология чаще всего односторонняя. В статье представлен уникальный случай наличия двух добавочных молочных желез большого размера и хирургического решения проблемы.

Ключевые слова: полимастия, полителия, добавочная железа, добавочные соски, молочные линии

Введение. В норме развитие молочных желез происходит на 6 неделе внутриутробного развития человека. Сначала от подмышечной впадины до паховой области на вентролатеральных стенках тела образуются две молочные линии (рис. 1), затем в результате их утолщения и разрастания в виде тяжелой, распространяющихся в подлежащую соединительную ткань, образуются молочные железы. В течение 3-го и 4-го месяца внутриутробного развития эти тяжи растут (молочные гребни) и создают выстилку главных протоков, а группы клеток, расположенные на их концах, образуют в дальнейшем мелкие протоки и концевые секреторные отделы.

Если не происходит нормальной инволюции молочного гребня, то вдоль молочной линии формируются добавочные молочные железы. Ткань молочной железы, расположенная вне молочной линии, традиционно описывается как аберрантная, или добавочная, доля. Такие участки ткани по своей сути являются дивертикулами, которые развиваются в течение эмбрионального периода, а затем теряют связь с нормально расположенной молочной железой. Следует отметить, что протоковая система добавочных долек не так хорошо организована, как в нормальной или добавочной молочной железе, протоки не собираются в соске или другом центральном участке. В 1915 г. предложена следующая классификация полимастии и полителии: I тип — полностью сформированная добавочная молоч-

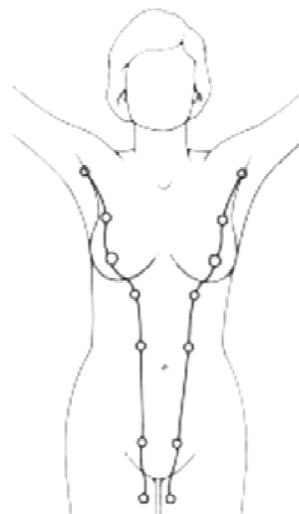


Рис. 1. Молочные линии

ная железа с ареолой и соском; II тип — добавочная молочная железа, имеющая только сосок; III тип — добавочная молочная железа, имеющая только ареолу; IV тип — эктопическая или аберрантная ткань молочной железы; V тип — «ложная молочная железа», состоящая из жировой ткани, но имеющая ареолу и сосок; VI — полителия (добавочные соски); VII тип — только добавочные ареолы [1].

В 1872 г. E. Harting впервые описал случай добавочных молочных желез у 30 летней женщины в области левой большой половой губы [2]. С тех пор были описаны различные варианты данной аномалии, в том числе и как источника развития доброкачественных и злокачественных новообразований.

Полимастия и полителия или другие варианты эктопически расположенной ткани молочной железы являются довольно редкой аномалией развития. Частота ее встречаемости составляет примерно 1% от общей популяции. Более часто (от 3,7 до 6% от общей популяции) добавочные молочные железы встречаются у японских женщин [3]. У мужчин по сравнению с женщинами несколько чаще отмечается полителия [4].

В литературе описаны случаи выявленных добавочных долек молочных желез различной локализации, от подмышечной до паховой области. Гораздо реже добавочные дольки молочных желез встречаются вдали от молочных линий, в таких локализациях, как лицо, шея, верхние конечности, средняя часть спины, наружные половые органы, ягодицы и бедра [5—7].

Наиболее типична подмышечная локализация добавочных молочных желез (рис. 2) [8].



Рис. 2. Вид добавочной молочной железы в подмышечной области
(Sahu S. et al. The Intern. Journ. of Surg. 2007)

Следующая по частоте встречаемости локализация — это область вульвы. Добавочная молочная железа может иметь и билатеральное расположение [9]. Более редкой локализацией эктопической ткани молочной железы являются парастеральная, под-надключичная, паховая области [10]. В литературе имеются также единичные описания добавочных молочных желез, расположенных в области ло-

патки, верхних и нижних конечностей, ануса. Описан случай полимастии, обнаруженный во время беременности [11].

Своевременное выявление добавочных желез имеет клиническое значение, так как в них могут развиваться новообразования, воспаления и другая патология. Приводим собственное клиническое наблюдение.

Клиническое наблюдение.

В 2009 г. в МНАОИ им. П.А. Герцена находилась пациентка Б., 27 лет, с диагнозом: двусторонние добавочные молочные железы.

Из анамнеза: считает себя больной с 14 лет, когда отметила под молочными железами рост добавочных молочных желез. Во время беременностей (в 20 и 21 год) добавочные молочные железы увеличились в размере наряду с истинными молочными железами. После рождения ребенка лактации в добавочных молочных железах не было. В 2009 г. пациентка обратилась в МНАОИ им. П.А. Герцена для хирургического устранения эстетического дефекта.

Status localis: молочные железы больших размеров, правая больше левой. Сосково-ареолярные комплексы не изменены. Выделений из сосков нет. При пальпации — без очаговых патологий. Периферические лимфатические узлы до 1,0 см, не изменены. Под молочными железами имеются мягкотканые образования, формой и размерами напоминающие молочные железы, без сосково-ареолярного комплекса, левое несколько больше правого. При пальпации — образование равномерной мягкой консистенции, соответствующей скорее липоме (рис. 3, 4).



Рис. 3. Фронтальный вид пациентки



Рис. 4. Вид пациентки, профиль

Сопутствующая соматическая патология: склеродермия (деформация коленных суставов), хронический холецистит. Наследственность не отягощена. Вредных привычек нет. Гинекологический анамнез: развитие наружных и внутренних половых органов правильное, по женскому типу. Менархе в 14 лет, беременности — 2 (20, 21 годы), роды — 1, выкидыш — 1, аборт — 0. При ультразвуковом исследовании:

в истинных молочных железах без особенностей, картина нерезко выраженной кистозно-фиброзной мастопатии. В добавочных молочных железах — наличие железистой ткани и очагового поражения не выявлено. В лабораторных анализах периферической крови (биохимический, общеклинический, коагулограмма) и мочи — без патологии. Группа крови 0(I), Rh положительная.

11.06.09 г. выполнена операция — удаление добавочных молочных желез. Ход операции представлен на рис. 5—11.



Рис. 5. Кожный разрез

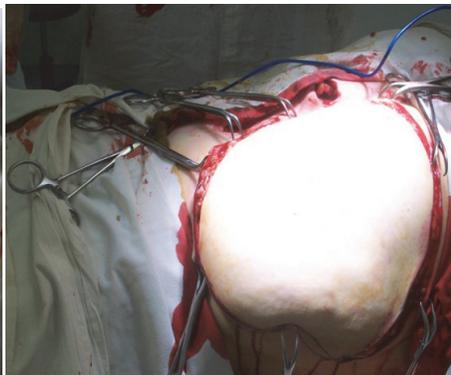


Рис. 6. Мобилизация удаленного лоскута

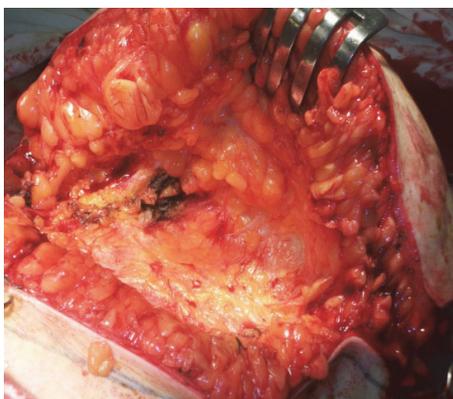


Рис. 7. Отсепаровка ткани железы

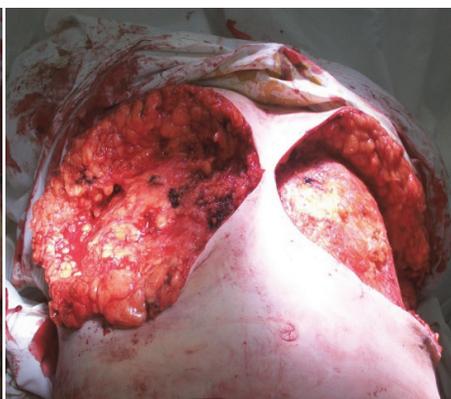


Рис. 8. Ложе удаленных молочных желез

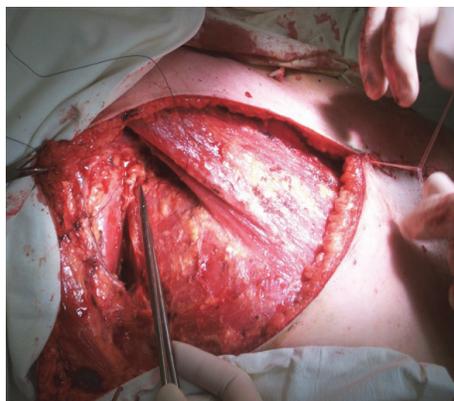


Рис. 9. Ушивание операционной раны

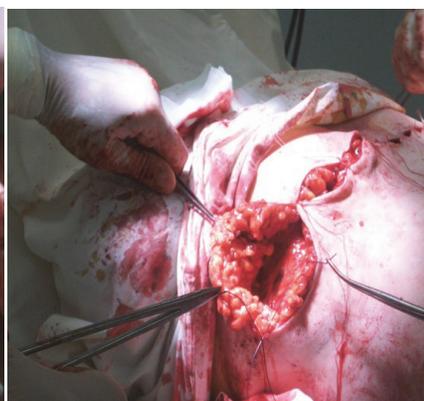


Рис. 10. Швы на кожу

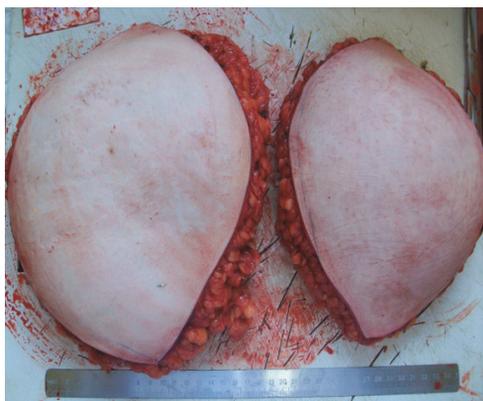


Рис. 11. Удаленный препарат: вид спереди



Рис. 12. Вид ткани на разрезе

Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. При плановом гистологическом исследовании добавочные молочные железы оказались представлены жировой тканью с фиброзными прослойками, характерными для липомы (рис. 13).

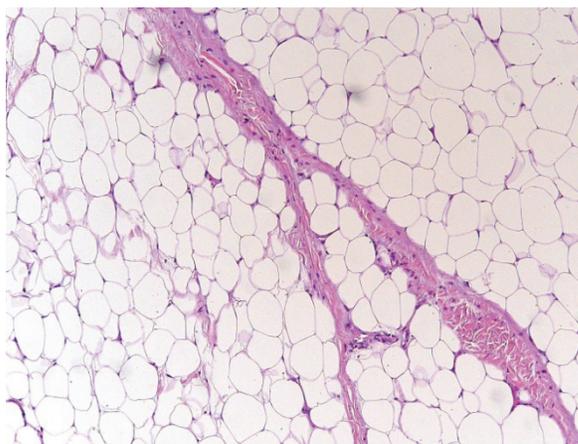


Рис. 13. Микроскопическая картина ткани молочной железы

Заключение. Проведя анализ данных мировой литературы и собственного опыта, можно сделать вывод, что окончательный диагноз добавочной молочной железы может быть установлен лишь с помощью морфологического исследования. Своевременное лечение таких пороков развития позволяет достичь хорошего результата как в эстетическом плане, так и в нервно-психическом статусе и социальной реабилитации пациенток.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- [1] Филиппова Е.М., Щеголев А.И., Дубова Е.А., Кармазановский Г.Г. Добавочная молочная железа и ее поражение. ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий». М., 2008.

- [2] *Chang Park M., Giampoli E.J., Emery J.D.* Mucinoses Adencarcinoma of the vulva // Arch. Pathol. Lab. Med. 2002. V. 126. P. 1216—1218.
- [3] *Harris J.R., Lippman M.E., Morrow M. et al.* Diseases of the breast. 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott Williams. Wilkins. 2000. P. 1—2.
- [4] *Ganaraj A., Petrec J.A.* Diagnosis and treatment of cancer arising in ectopic breast tissue // Contemporary surg. 2002. V. 58. P. 566—570.
- [5] *Camisa C.* Accessory breast on the posterior thigh of a man // J Am Acad Dermatol. 1980;3: 467—469.
- [6] *Grossl N.A.* Supernumerary breast tissue: historical perspectives and clinical features // South Med J.2000;93:29—32.
7. *Roorda A.K., J.P Hansen, J.A Rider, Huang S.* Rider Ectopic breast cancer: special treatment considerations in the postmenopausal patient // Breast J. 2002;8:286—289.
- [8] *Adler D.D., Rebner M., Pennes D.R.* Accessory breast tissue in the axilla: mammographic appearance // Radiology. 1987. V. 163. P. 709—711.
- [9] *Sahu S., Husain M., Sachan P.* Bilateral Accessory Breast // The Internet Journal of Surgery. 2007. Vol. 17. No 2
- [10] *Chan N.G., Penswick J.L. Labelle E. et al.* Ectopic breast tissue presenting as an anal polip // Can. J. Surg. 2007. V. 50. P. E23—E24.
- [11] *Deaver J.B., McFarland J.* The Breast: its anomalies, its diseases and their treatment. Philadelphia: P. Blakiston's Sons. Co, 1917. P. 79.

DOI: 10.22363/2313-0245-2017-21-1-83-89

CLINICAL CASE: ACCESSORY BREAST

**E.K. Saribekyan¹, N.V. Kharchenko², M.A. Kunda²,
G.M. Zapiro², I.M. Shirokikh²**

¹P. A. Hertsen Moscow Oncology Research Institute —
branch of the National Medical Research Radiological Centre
of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia
²RUDN University, Moscow, Russia

The presence of additional fully formed accessory breast (polymastia), accessory nipples (polythelia) or other options ectopically positioned breast tissue is fairly rare developmental anomalies. Its occurrence frequency is approximately 1% of the general population. This article describes a rare case of localization of additional mammary glands and their surgical correction.

Key words: polymastia, polythelia, breast accessory, accessory nipple, milk line

REFERENCES

- [1] *Filippova E.M., Shchegolev A.I., Dubova E.A., Karmazanovsky G.G.* Plus mammary gland and its destruction. FGU “Institute of surgery. A.V. Vishnevsky of Rosmedtechnologies”, Moscow, 2008.

- [2] *Chang Park M., Giampoli E.J., Emery J.D.* Mucinoses Adencarcinoma of the vulva. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 2002. V. 126. P. 1216—1218.
- [3] *Harris J.R., Lippman M.E., Morrow M. et al.* Diseases of the breast. 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott Williams, Wilkins. 2000. P. 1—2.
- [4] *Ganaraj A., Petrec J.A.* Diagnosis and treatment of cancer arising in ectopic breast tissue. *Contemporary surg.* 2002. V. 58. P. 566—570.
- [5] *Camisa C.* Accessory breast on the posterior thigh of a man. *J Am Acad Dermatol.* 1980; 3:467—469.
- [6] *Grossl N.A.* Supernumerary breast tissue: historical perspectives and clinical features. *South Med J.* 2000;93:29—32.
- [7] *Roorda A.K., Hansen J.P., Rider J.A., Huang S.* Rider Ectopic breast cancer: special treatment considerations in the postmenopausal patient. *Breast J.* 2002;8:286—289.
- [8] *Adler D.D., Rebner M., Pennes D.R.* Accessory breast tissue in the axilla: mammographic appearance. *Radiology.* 1987. V. 163. P. 709—711.
- [9] *Sahu S., Husain M., Sachan P.* Bilateral Accessory Breast. *The Internet Journal of Surgery.* 2007. V. 17 N. 2.
- [10] *Chan N.G., Penswick J.L., Labelle E. et al.* Ectopic breast tissue presenting as an anal polip. *Can. J. Surg.* 2007. V. 50. P. E23—E24.
- [11] *Deaver J.B., McFarland J.* The Breast: its anomalies, its diseases and their treatment. Philadelphia: P. Blakiston's Sons. Co, 1917. P. 79.

© Сарибекян Э.К., Харченко Н.В., Кунда М.А.,
Запиров Г.М., Широких И.М., 2016