



**ЮНОШЕСКАЯ ГИНЕКОМАСТИЯ У МАЛЬЧИКОВ:
ЭНДОКРИННЫЕ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ
ДЕТЕРМИНАНТЫ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В
УЗБЕКИСТАНЕ И МИРА**

Тилавов Толибжон Бахтиёрович – ассистент кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии Бухарского государственного медицинского института

Мусоев Улугбек Тохирович – студент Бухарский государственный медицинский институт

Иброхимов Дилшод Укталиевич – студент Бухарского государственного медицинского института

Турсунов Диёрбек Тулкинжонович – студент университета Зармед, Бухара

Введение. Юношеская гинекомастия — это доброизменение увеличение молочных желез у мальчиков в период полового созревания. Она возникает вследствие сложного взаимодействия эндокринных, метаболических и экологических факторов. Мировые исследования показывают, что её распространенность варьирует от 4% до 69% среди подростков, при этом чаще всего выявляется физиологическая, транзиторная форма (Nordt & DiVasta, 2008; Jones et al., 2024).

Факторы, влияющие на развитие гинекомастии, включают:

- Гормональный дисбаланс эстроген/андроген, особенно в период пика Таннера II–IV;
- Ожирение и метаболический синдром, повышающие периферическую ароматизацию тестостерона в эстроген;
- Воздействие эндокринных дисрапторов (ВРА, фталаты, пестициды);
- Генетические и тканевые факторы, включая чувствительность рецепторов эстрогена и андрогенов.

В Узбекистане исследования ограничены небольшими когортами, но подтверждают глобальные тенденции, добавляя региональные особенности, такие как влияние экологической нагрузки и питания.

Цель: Изучить эндокринные, метаболические и экологические детерминанты юношеской гинекомастии, проанализировать эпидемиологические и клинические данные из Узбекистана и других стран, а также оценить факторы риска и терапевтические подходы.



Задачи:

1. Оценить распространенность гинекомастии среди подростков в Узбекистане и мире;
2. Определить ключевые эндокринные и метаболические факторы, влияющие на её развитие;
3. Проанализировать роль экологических факторов и воздействия эндокринных дисрапторов;
4. Систематизировать данные о клиническом течении, спонтанной регрессии и возможных терапевтических подходах;
5. Выявить психосоциальные последствия гинекомастии и методы их коррекции

Основной раздел

1. Эпидемиология. Мировые данные показывают, что физиологическая гинекомастия встречается у 50–60% мальчиков в середине полового созревания, с пиком в Таннера II–IV и спонтанной регрессией в течение 6–18 месяцев (EAA Guidelines, 2018). Около 8–10% случаев персистируют, требуя вмешательства.

В Узбекистане исследования Solieva (2025) и Мавлонова с Урмановой (2013) показали распространенность 7–10% среди подростков с нарушениями полового созревания. Большинство случаев носит физиологический характер, однако патологическая гинекомастия связана с гипогонадизмом, ожирением и метаболическими нарушениями.

2. Эндокринные и метаболические факторы

- Повышение отношения эстрadiол/тестостерон является ключевым механизмом;
- Ожирение усиливает периферическую ароматизацию тестостерона в эстроген, увеличивая риск гинекомастии;
- Метаболический синдром и инсулинерезистентность усиливают тканевую чувствительность молочных желез к эстрогенам.

3. Экологические факторы

Исследования Тог‘аюева et al. (2024) показали, что воздействие ксеноэстрогенов через продукты питания и окружающую среду усугубляет гормональный дисбаланс. Мировые исследования подтверждают влияние ВРА, фталатов и пестицидов на гипоталамо-гипофизарно-гонадную систему подростков.

4. Клиническое течение

- Наиболее часто проявляется двустороннее подареолярное увеличение, иногда болезненное;
- Спонтанная регрессия наблюдается у большинства подростков в течение 12–18 месяцев;



▪ Персистирующие случаи требуют медикаментозного лечения (SERM, например тамоксифен) или хирургической коррекции;

▪ Психосоциальные последствия: тревожность, снижение самооценки, депрессия, нарушения социальной адаптации.

5. Лечение и профилактика

▪ Медикаментозная терапия эффективна при раннем начале и короткой продолжительности симптомов;

▪ Хирургическая коррекция показана при персистирующих и фиброзных формах;

▪ Профилактика включает контроль массы тела, снижение воздействия эндокринных дисрапторов, пропаганду здорового образа жизни;

▪ Психологическая поддержка рекомендуется всем подросткам с персистирующей гинекомастией.

Выводы (заключение). Юношеская гинекомастия является многофакторным состоянием, обусловленным гормональными, метаболическими и экологическими факторами.

1. Физиологическая гинекомастия преобладает и чаще регрессирует спонтанно, однако патологические формы связаны с гипогонадизмом, ожирением и эндокринными дисрапторами;

2. Распространенность в Узбекистане (7–10%) сопоставима с мировыми данными, но региональные факторы (питание, экологическая нагрузка) могут усиливать проявления;

3. Эффективны раннее наблюдение, медикаментозная терапия и хирургическая коррекция при необходимости;

4. Психосоциальная поддержка обязательна для минимизации эмоционального стресса;

5. Комплексный подход, включающий эндокринологическую, метаболическую и экологическую оценку, является оптимальным для улучшения физического и эмоционального состояния подростков.