

A 14.00.08
Հ - 17

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ
ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ
ԱԿԱԴ.Ս.Բ. ԱԿԴԱԼԲԵԿՅԱՆԻ ԳՆԱԿԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԱԶԳԱՅԻՆ
ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ

ՀԱԿՈՐՅԱՆ ԱՆԻ ԽԱՉԻԿԻ

ԿՐԾՔԱԳԵՂՉԻ ՖԻԼՈՒՂ ՈՒՈՒՑՔՆԵՐԻ ԱՆՏՈՐՈՇՄԱՆ
ՈԱԴԻՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԵՎ ՍՈՐՖՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԶԱՓԱՆԻՇՆԵՐԸ

ԺԴ.00.11 - «Բժշկական ռադիոլոգիա» և ԺԴ.00.08 -
«Ուռուցքաբանություն»
մասնագիտություններով բժշկական գիտությունների թեկնածուի
գիտական աստիճանի հայցման ատենախոսության

ՍԵՂԱԳԻՐ

ԵՐԵՎԱՆ - 2005

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
им. акад. С.Х.АВДАЛБЕКЯНА

АКОПЯН АНИ ХАЧИКОВНА

РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ
ДИАГНОСТИКИ ФИЛЛОИДНЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук по специальностям

14.00.11 «Медицинская радиология» и 14.00.08 - «Онкология»

Ереван - 2005

Աշխատանքի ընդհանուր բնութագիրը

Խնդրի արդիականությունը

Ֆիլոիդ ուռուցքները հազվադեպ հանդիպող ֆիբրոէպիթելային ախտահարումներ են, որոնք կազմում են կրծքագեղձի բոլոր նորագոյացությունների մոտ 1%-ը /Popescu I, Serbanescu M, Ivaschescu C.1991; Buchanan ED.1995; S J Parker, S A Harries.2000/: Կրծքագեղձի բարորակ նորագոյացությունների շարքում նրանց տեսակարար կշիռը կազմում է 4%, ֆիբրոադենոմաների ընդհանուր կառուցվածքում 11,9%:

Ֆիլոիդ ուռուցքների ախտորոշման և հատկապես ֆիբրոադենոմաներից տարբերակիչ ախտորոշման խնդիրները միշտ գտնվել են ուռուցքաբանների, վիրաբույժների, ռադիոլոգների, բջջաբանների և հյուսվածաբանների ուշադրության կենտրոնում, քանի որ և՛ ֆիլոիդ ուռուցքները, և՛ ֆիբրոադենոմաները ֆիբրոէպիթելային բնույթի գոյացություններ են և իրենց կլինիկական, մամոգրաֆիկ, գերծայնային և բջջաբանական նշաններով հաճախ նման են: Սակայն ֆիլոիդ ուռուցքները ունեն չարորակացման մեծ ներուժ և հենցային կոմպոնենտի չարորակացումից կարող են վերափոխվել սարկոմայի, էպիթելային կոմպոնենտի չարորակացումից՝ ցաղցկեղի, իսկ միաժամանակ երկու կոմպոնենտների չարորակացումը բերում է կարցինոսարկոմայի առաջացման:

Հիմնվելով ուռուցքի հյուսվածաբանական բնութագրի վրա տարբերում են բարորակ, սահմանային և չարորակ ձևերը / Azzopardi JG – 1979, Salvadori B, Cusumano F – 1989; J. Parker, S. A. Harries- 2000; Н. В. Кочергина, Г. П. Коржева и др 2001/: Ֆիլոիդ ուռուցքները ըստ չարորակության աստիճանի դասակարգվել են. բարձր և ցածր աստիճանի (grade) չարորակության ֆիլոիդ ուռուցքներ, ընդ որում բարձր աստիճանի ուռուցքները արդեն իսկ համարվում են սարկոմաներ և I, II, III աստճանի չարորակության ֆիլոիդ ուռուցքներ:

Ֆիլոիդ ուռուցքների չարորակ ձևերի հաճախականության վերաբերյալ տարբեր հեղինակներ բերում են տարբեր թվեր՝ 2-45% / J. Parker, S. A. Harries-2000 /, մեր տվյալներով այն կազմում է 19%: Մի շարք հիվանդների մոտ ախտահարումը կարող է կլինիկորեն արտահայտվել միայն չափերի արագ մեծացման հաշվին՝ չնայած մի քանի տարվա վաղեմությանը:

Ֆիլոիդ ուռուցքների ժամանակ տեղային կրկնությունների և մետասթազների հաճախությունը համաձայն գրականության տվյալների, տատանվում է 10%-40% սահմաններում: Անզամ մորֆոլոգիական կառուցվածքով բարորակ ֆիլոիդ ուռուցքները օժտված են անկանխատեսելի

Ատենախոսության բեման հաստատվել է՝ ՀՀ ԱՆ Վ.Ա. Ֆանարջյանի անվան ՈւԳԿ-ի Գիտական խորհրդի նիստում

Գիտական ղեկավարներ՝ ՀՀ ԳԱԱ թղթ. անդամ, բ.գ.դ., պրոֆեսոր Հ.Մ.Գալստյան
բ.գ.դ.,պրոֆեսոր Տ.Գ.Հովհաննեսյան

Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝ բ.գ.դ.,պրոֆեսոր Ա.Մ.Համբարձումյան
բ.գ.դ.,պրոֆեսոր Ա.Մ. Սահակյան

Առաջատար կազմակերպություն՝ "Երեբունի Բժշկական կենտրոն"
Պաշտպանությունը կայանալու է 2005 թ. օգոստոսի 1-ին ժամը 15⁰⁰ ՀՀ ԱՆ ակադեմիկոս Ս.Զ.Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտին կից 039 մասնագիտական խորհրդի նիստում, հասցեն՝ 375051, ՀՀ ք. Երևան, Կոմիտասի 49/4:
Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ ինստիտուտի գրադարանում:
Սեղմագիրը առաքված է 2005 թ. հունիսի 30-ին:

Մասնագիտական խորհրդի գիտական քարտուղար բժշկական գիտությունների դոկտոր Խուդաբերդյան Ն.Վ.

Тема диссертации утверждена на заседании Ученого Совета Онкологического Научного Центра им. В.А. Фанарджяна Министерства Здравоохранения Республики Армения.

Научные руководители: член-кор. НАН РА, д.м.н., профессор А.М.Галстян
д.м.н., профессор Т.Г. Ованесбскова
Официальные оппоненты: д.м.н., профессор А.М. Амбарцумян
д.м.н., профессор А.М. Саакян
Ведущая организация: «Медицинский Центр Эребуни»

Защита диссертации состоится 1 августа 2005 г. в 15⁰⁰ на заседании специализированного 039 при Национальном Институте Здравоохранения им. С.Х.Авдалбекяна МЗ РА по адресу: 375051, РА, Ереван, Комитаса, 49/4. С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Института. Автореферат разослан 30 июня 2005 г.

Ученый секретарь специализированного совета доктор медицинских наук

Худабердян Н.В.

կլինիկական ընթացքով, ուստի բոլոր ֆիլոիդ ուռուցքները պահանջում են մեծ ուշադրություն և դինամիկ հսկողություն:

Մեր ուսումնասիրության մեջ տեղային կրկնություն դիտվել է 4,7%, շրջանային ավշային հանգույցների մետասթազիկ ախտահարում՝ 1,2% դեպքերում: Մեր ուսումնասիրած հիվանդներից միայն 3-ի մոտ է հայտնաբերվել հեռավոր մետասթազներ 1,8% /169 հիվանդից/: Մետասթազիկ ֆիլոիդ ուռուցքները աչքի են ընկնում ագրեսիվ ընթացքով և ունենալով չարորակացման մեծ ներուժ, կարճ ժամանակ անց պատճառ են դառնում հիվանդի մահվան: Հետևաբար ֆիլոիդ ուռուցքի հեռավոր մետասթազի առկայության պարագայում հիվանդության ելքը խիստ անբարենպաստ է:

Չնայած վերջին տարիներին նախապատվությունը տրվում է խնայողական վիրահատություններին, այնուհանդերձ, ֆիլոիդ ուռուցքների տակ էնուկլեացիան՝ «shelling out», անկախ հյուսվածաբանական տեսակից, հոյ է տեղային կրկնությունների բարձր հավանականությամբ:

Մինչվիրահատական շրջանում ախտորոշված ֆիլոիդ ուռուցքների դեպքում խորհուրդ է տրվում նորագոյացության հեռացում հարակից առողջ հյուսվածքներից առնվազն 1սմ ներառմամբ:

Հետվիրահատական 5 տարվա ապրելիության ցուցանիշը, առանց հիվանդության տեղային կամ հեռավոր կրկնության բարորակ, սահմանային և չարորակ ֆիլոիդ ուռուցքների դեպքում կազմում է համապատասխանաբար 96; 74; և 66 %% /J. Parker, S. A. Harries- 2000/:

Հետազոտության նպատակն է եղել կրծքագեղձի ֆիլոիդ ուռուցքի ախտորոշման և ֆիբրոադենոմայից տարբերակիչ ախտորոշման բարելավումը, ախտորոշիչ չափորոշիչների և ախտորոշման գործընթացի, ալգոռիթմի մշակումը՝ հիմնված ուռուցքի կլինիկական, մամոգրաֆիկ, գերծայնային, բջջաբանական և հյուսվածաբանական հետազոտությունների արդյունքների համադրման և համեմատական վերլուծության վրա:

Նշված նպատակին հասնելու համար, մեր առջև դրել ենք հետևյալ խնդիրները՝

I. Ֆիլոիդ ուռուցքների ու ֆիբրոադենոմաների մամոգրաֆիկ հետազոտությունների արդյունքները համեմատել ուռուցքի մինչվիրահատական բջջաբանական ու հեռացված նորագոյացության հյուսվածաբանական առանձնահատկությունների հետ՝ մամոգրաֆիկ տարբերակիչ ախտորոշման չափանիշների օպտիմալացման համար:

II. Ֆիլոիդ ուռուցքների ու ֆիբրոադենոմաների գերծայնային հետազոտությունների արդյունքները համեմատել ուռուցքի բջջաբանական ու հյուսվածաբանական առանձնահատկությունների հետ՝ գերծայնային տարբերակիչ ախտորոշման չափանիշների օպտիմալացման համար:

III. Համադրել մամոգրաֆիկ և գերծայնային հետազոտությունների արդյունքները և գնահատել ֆիլոիդ ուռուցքների ու ֆիբրոադենոմաների համակցված ռադիոլոգիական հետազոտությունների դերը տարբերակիչ ախտորոշման գործում:

IV. Որոշել քննության բջջաբանական եղանակի, որպես մինչվիրահատական ախտորոշման եղանակի, դերն ու նշանակությունը ֆիլոիդ ուռուցքների ու ֆիբրոադենոմաների ախտորոշման գործում:

V. Բացահայտել չարորակացած ֆիլոիդ ուռուցքների մամոգրաֆիկ և գերծայնային պատկերների առանձնահատկությունները՝ հիմնվելով մորֆոլոգիական հետազոտությունների տվյալների վերլուծության վրա:

Հետազոտության գիտական նորույթը կայանում է նրանում, որ կլինիկական, մամոգրաֆիկ, գերծայնային, բջջաբանական, հյուսվածաբանական հետազոտությունների տվյալների վերլուծության և համադրման հիման վրա մշակվել են ֆիլոիդ ուռուցքների ախտորոշիչ չափորոշիչներ, անհատական կանխորոշման բանաձև, ինչպես նաև հետազոտությունների ալգոռիթմ, ինչը նպաստելու է ֆիլոիդ ուռուցքներով հիվանդների բուժման գործընթացի ճիշտ կազմակերպմանը:

Աշխատանքի գիտագործնական արժեքը. Առաջարկվել է ֆիլոիդ ուռուցքների ախտորոշման և ֆիբրոադենոմայից տարբերակիչ ախտորոշման չափորոշիչներ և մշակվել է անհատական կանխորոշման բանաձև, ալգոռիթմ, որի օգնությամբ հնարավոր է կանխորոշել հիվանդի մոտ ֆիլոիդ ուռուցքի առկայության հավանականությունը՝ անկախ բժշկի փորձի և գիտելիքների մակարդակի:

Աշխատանքի գործնական կիրառումը
Հետազոտության արդյունքներից բխող գործնական եզրահանգումները փորձարկված և ներդրված են ՀՀ ԱՆ Վ.Ա. Ֆանաբջյանի անվ. Ուռուցքաբանության Ազգային Կենտրոնում և Հայ - Ամերիկյան առողջության կենտրոնում:

Ատենախոսության նախապաշտպանությունը

Ատենախոսության նախապաշտպանությունը կայացել և հրապարակային սրբաշնորհության է թույլատրվել ՀՀ ԱՆ Վ.Ա.Ֆանարջյանի անվ. Ուսուցչաբանության Ազգային կենտրոնի գիտական Խորհրդի նիստում, 2005թ. հունիսի 16-ին:

Ատենախոսությունում շարադրված հետազոտության հիմնական դրույթները քննարկվել են Հայ - Ամերիկյան առողջության կենտրոնում «Կրծքագեղձի ախտահարումների ռադիոլոգիական ախտորոշման հիմնահարցերը» թեմայով գիտաժողովում (Նոյեմբերի 16, 2004թ.), ՀՀ ԱՆ Վ.Ա. Ֆանարջյանի անվ. Ուսուցչաբանության Ազգային կենտրոնի Երիտասարդ Ուսուցչաբանների Խորհրդում (Մայիսի 25, 2005թ.):

Հրատարակումները

Ըստ ատենախոսության թեմայի հրատարակվել են 6 աշխատանքներ:

Աշխատանքի կառուցվածքը և ծավալը

Ատենախոսությունը շարադրված է 115 էջերում և կազմված է ներածությունից, 4 գլուխներից՝ ներառյալ գրականության տեսությունը, ամփոփումից, եզրահանգումներից, գործնական առաջարկներից, գրականության ցանկից, որն ընդգրկում է 190 անվանում: Աշխատանքը արտացոլված է 25 նկարներում և 22 աղյուսակներում:

Աշխատանքի բովանդակությունը

Հետազոտության նյութը և բովանդակությունը

Ներկա հետազոտության հիմքում ընկած է 1981-2004թթ ժամանակահատվածում ՀՀ ԱՆ Վ.Ա. Ֆանարջյանի անվ. Ուսուցչաբանության ազգային կենտրոնում վիրահատված 251 կանանց հիվանդության պատմագրերի վերլուծությունը:

Այս խումբ հիվանդներին, բուժման կամ ախտորոշման որևէ օղակում, դրվել է «Ֆիլոիդ ուռուցք» ախտորոշումը:

Մանրամասն ուսումնասիրվել և հետադարձ վերլուծության են ենթարկվել հիվանդների կյանքի պատմությունը, կինիկական, ռադիոլոգիական, բջջաբանական և հյուսվածաբանական հետազոտությունների արդյունքները, անցկացվել է հետազոտման յուրաքանչյուր եղանակի և հյուսվածաբանական հետազոտության արդյունքների համադրում և վերլուծություն:

Տարբերակվել են հիվանդների երկու խմբեր, առաջինը՝ հետազոտության համար առավել ուշադրավ 169 դեպքեր, որոնցից 137 – ի մոտ հյուսվածաբանորեն ախտորոշվել է ֆիլոիդ ուռուցք, 30 – ի մոտ սարկոմա /ֆիլոիդ ուռուցքի սարկոմատոզ վերափոխում/, 2 հիվանդի մոտ՝ կարցինոսարկոմա: Մյուս խմբի 82 հիվանդներից 16-ը Հայ - Ամերիկյան առողջության կենտրոնում հետազոտվել, բայց վիրահատական միջամտության չեն ենթարկվել, ուստի չկա հյուսվածաբանական ախտորոշում: Մյուս 66 հիվանդների նախավիրահատական ֆիլոիդ ուռուցք ախտորոշումը չի ստացել հյուսվածաբանական հաստատում. առավել հաճախ հանդիպել են ֆիբրոդենոմա ախտորոշումը՝ 33 դեպք /50%/, քաղցկեղ՝ 11 /17%/, ֆիբրոզ - կիստոզ մաստապաթիա՝ 11 հիվանդի մոտ /17%/: Հյուսվածաբանական ախտորոշումների մեջ աղենոֆիբրոմա ախտորոշումը հանդիպել է 6 դեպքում /9%/, աղենոմա՝ 5 /7% /:

Հիվանդները հետազոտվել են հետևյալ ախտորոշիչ եղանակներով.

1. Կինիկական քննություն
2. Ռադիոլոգիական հետազոտություններ
ա/ ռենտգեն մամոգրաֆիա
բ/ գերմայնային մամոգրաֆիա
3. Բջջաբանական հետազոտություն
ա/ նուրբ ասեղային ասպիրացիա
բ/ պունկցիա
գ/ արտատպվածք, հետք
4. Հյուսվածաբանական հետազոտություն

Ատենախոսության նախապաշտպանությունը

Ատենախոսության նախապաշտպանությունը կայացել և հրապարակային պաշտպանության է թույլատրվել ՀՀ ԱՆ Վ.Ա.Ֆանարջյանի անվ. Ուսուցչաբանության Ազգային կենտրոնի Գիտական Խորհրդի նիստում, 2005թ. հունիսի 16-ին:

Ատենախոսությունում շարադրված հետազոտության հիմնական դրույթները քննարկվել են Հայ - Ամերիկյան առողջության կենտրոնում «Կրծքագեղձի ախտահարումների ռադիոլոգիական ախտորոշման հիմնահարցերը» թեմայով գիտաժողովում (Նոյեմբերի 16, 2004թ.), ՀՀ ԱՆ Վ.Ա. Ֆանարջյանի անվ. Ուսուցչաբանության Ազգային կենտրոնի Երիտասարդ Ուսուցչաբանների Խորհրդում (Մայիսի 25, 2005թ.):

Հրատարակումները

Ըստ ատենախոսության թեմայի հրատարակվել են 6 աշխատանքներ:

Աշխատանքի կառուցվածքը և ծավալը

Ատենախոսությունը շարադրված է 115 էջերում և կազմված է ներածությունից, 4 գլուխներից՝ ներառյալ զրականության տեսությունը, ամփոփումից, եզրահանգումներից, գործնական առաջարկներից, զրականության ցանկից, որն ընդգրկում է 190 անվանում: Աշխատանքը արտացոլված է 25 նկարներում և 22 աղյուսակներում:

Աշխատանքի բովանդակությունը

Հետազոտության նյութը և բովանդակությունը

Ներկա հետազոտության հիմքում ընկած է 1981-2004թթ ժամանակահատվածում ՀՀ ԱՆ Վ.Ա. Ֆանարջյանի անվ. Ուսուցչաբանության ազգային կենտրոնում վիրահատված 251 կանանց հիվանդության պատմագրերի վերլուծությունը:

Այս խումբ հիվանդներին, բուժման կամ ախտորոշման որևէ օղակում, դրվել է «Ֆիլոիդ ուռուցք» ախտորոշումը:

Մանրամասն ուսումնասիրվել և հետադարձ վերլուծության են ենթարկվել հիվանդների կյանքի պատմությունը, կինիկական, ռադիոլոգիական, բջջաբանական և հյուսվածաբանական հետազոտությունների արդյունքները, անցկացվել է հետազոտման յուրաքանչյուր եղանակի և հյուսվածաբանական հետազոտության արդյունքների համադրում և վերլուծություն:

Տարբերակվել են հիվանդների երկու խմբեր, առաջինը՝ հետազոտության համար առավել ուշագրավ 169 դեպքեր, որոնցից 137 – ի մոտ հյուսվածաբանորեն ախտորոշվել է ֆիլոիդ ուռուցք, 30 – ի մոտ սարկոմա /ֆիլոիդ ուռուցքի սարկոմատոզ վերափոխում/, 2 հիվանդի մոտ՝ կարցինոսարկոմա: Մյուս խմբի 82 հիվանդներից 16-ը Հայ - Ամերիկյան առողջության կենտրոնում հետազոտվել, բայց վիրահատական միջամտության չեն ենթարկվել, ուստի չկա հյուսվածաբանական ախտորոշում: Մյուս 66 հիվանդների նախավիրահատական ֆիլոիդ ուռուցք ախտորոշումը չի ստացել հյուսվածաբանական հաստատում. առավել հաճախ հանդիպել են ֆիբրոադենոմա ախտորոշումը՝ 33 դեպք /50%/, քաղցկեղ՝ 11 /17%/, ֆիբրոզ - կիստոզ մաստոպաթիա՝ 11 հիվանդի մոտ /17%/: Հյուսվածաբանական ախտորոշումների մեջ ադենոֆիբրոմա ախտորոշումը հանդիպել է 6 դեպքում /9%/, ադենոմա՝ 5 /7 %/ :

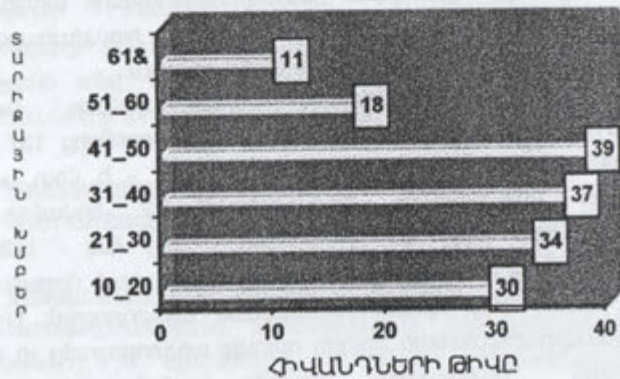
Հիվանդները հետազոտվել են հետևյալ ախտորոշիչ եղանակներով.

1. Կինիկական քննություն
2. Ռադիոլոգիական հետազոտություններ
ա/ ռենտգեն մամոգրաֆիա
բ/ գերծայնային մամոգրաֆիա
3. Բջջաբանական հետազոտություն
ա/ նուրբ ասեղային ասպիրացիա
բ/ պունկցիա
գ/ արտատպվածք, հետք
4. Հյուսվածաբանական հետազոտություն

ա/ մակրոսկոպիկ հետազոտություն
բ/ միկրոսկոպիկ հետազոտություն

Նշված հիվանդների ռադիոլոգիական հետազոտությունների մի մասը անց է կացվել Հայ- Ամերիկյան առողջության կենտրոնում:

Հիվանդները եղել են 10 – 76 տարեկան, ընդ որում ֆիլոիդ ուռուցքը ամենահաճախը ախտորոշվել է 41 - 50 և 31 – 40 տարիքային խմբերում, համապատասխանաբար 23% /39 հիվանդ/ և 22% /37 կին/ հաճախականությամբ /նկ.1: Դիտարկվել են 1սմ-ից մինչև զիզանտ՝ 30սմ մեծությամբ ֆիլոիդ ուռուցքներ:



Նկար 1

Առաջին խմբի /թվով 169/ հիվանդների բաշխումն ըստ տարիքային խմբերի

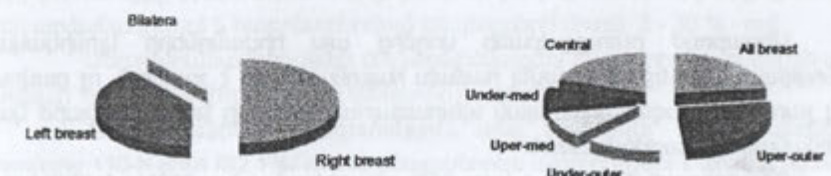
Ախտորոշիչ գործոնների վերլուծությունը կատարվել է 169 ֆիլոիդ ուռուցք և նրա չարորակ տարբերակները կրող հիվանդների խմբում /առաջին խումբ/ և ֆիբրոադենոմա ու ադենոֆիբրոմա հյուսվածաբանական ախտորոշում ունեցող 39 հիվանդներից կազմված խմբում /երկրորդ խումբ/:

Կլինիկական քննության և անամնեստիկ տվյալների վերլուծությունը ցույց տվեց, որ ֆիլոիդ ուռուցքի կլինիկական ախտորոշումը խթան է, չկան և ոչ մի վստահելի նշաններ, որ մեկուսի վկայեն ֆիլոիդ ուռուցքի առկայության մասին: Կլինիկական զննման ընթացքում գնահատվել է ուռուցքը շրջապատող մաշկի վիճակը: Մաշկի փոփոխություն արձանագրվել է 35 հիվանդների մոտ, որոնցից 14-ի մոտ /40%/ եղել է չարորակացած ֆիլոիդ ուռուցք: Արելայի և պտուկի ընդգրկվածությունն ախտաբանական պրոցեսի մեջ դիտարկվել է 6 դեպքում, 4 հիվանդի մոտ՝ պտուկի ներքաշվածություն, 2-ի մոտ պտուկի ձգվածություն: Պտուկի

ներքաշվածության դեպքում ուռուցքը հյուսվածաբանական հետազոտությամբ պարունակել է չարորակ տարրեր:

Մեր հետազոտության մեջ ֆիլոիդ ուռուցքը դեպքերի 50% - ում հայտնաբերվել է աջ կրծքում /85 հիվանդ/, 66 դեպքում /39,3%/ ձախ կրծքում, երկկողմանի ախտահարում դիտվել է 18 հիվանդների մոտ /10,7% / նկ. 2/:

Ամբողջ կրծքագեղձը ախտահարված է եղել 38 դեպքերում /22,5%, 44 հիվանդի մոտ /26%/ ուռուցքը տեղակայված է եղել վերին դրսային քառորդակում, ստորին դրսային քառորդակում՝ 22 /13%, վերին միջային՝ 17 /10%, ստորին միջային՝ 15 /9%, կենտրոնական հատվածում՝ 33 /19,5%/ /նկ. 3/:



Նկար 2

Ֆիլոիդ ուռուցքի տեղակայությունը

Նկար 3

Ֆիլոիդ ուռուցքի տեղակայությունը կրծքում

Ուռուցքի աճի տեմպի տարբերակների ուսումնասիրությունը կատարվել է առաջին խումբ հիվանդներից 37-ի, երկրորդ խմբից՝ 105-ի մոտ: Արդյունքը ցույց տվեց, որ գոյություն ունի արագ աճի հավաստի գերակայություն ֆիլոիդ ուռուցքների դեպքում համեմատած ֆիբրոադենոմաների հետ. 24,8% և 18,9% համապատասխանաբար (աղյուս. 1): Աճի երկվուլ տարբերակը դիտվում է բացառապես ֆիլոիդ ուռուցքների դեպքում, որը թույլ է տալիս դիտարկել կլինիկական այդ գործոնը որպես ֆիլոիդ ուռուցքին բնորոշ գործոն:

Սորազոյացության աճման տեմպերի տարբերակները

p=0,040

Ախտորոշում	Սորազոյացության աճ				Ընդամենը
	Աճ չկա	Դանդաղ աճ	Արագ աճ	Երկփուլ աճ	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
ՖԱ	11 (29.7%)	19 (51.4%)	7 (18.9%)	0 (.0%)	37 (100.0%)
ՖՈՒ	27 (25.7%)	42 (40.0%)	26 (24.8%)	10 (9.5%)	105 (100.0%)

Վիրաբույժ ուռուցքաբանի կողմից այս հիվանդների կլինիկական քննության արդյունքում առավել հաճախ հայտնաբերվել է շարժուն, ոչ ցավոտ, իսկ չարորակ կազմափոխության պարագայում ուռուցքը եղել է անշարժ կամ սահմանափակ շարժունությամբ:

Գոյացության ձևը եղել է կլոր 35% դեպքերում, օվալ 30%, թմբիկավոր և տձև՝ համապատասխանաբար՝ 18% և 17% դեպքերում:

Ֆիլոիդ ուռուցքների կոնսիստենցիան եղել է պինդ-առածիգ 94,5%, փափուկ 2,2% դեպքերում: Ոչ միատարր եղել են գոյացությունների 3,3%, ընդ որում վերջիններս հյուսվածաբանական քննությամբ որակվել են որպես չարորակ:

Ուռուցքի եզրագծերը հիմնականում եղել են հարթ և հստակ, երբեմն բլթակավոր: Ոչ հստակ և անհարթ եզրագծեր նշվել են սակավ դեպքերում, այն էլ չարորակացած ուռուցքների դեպքում:

238 կանանցից 196-ի մոտ /82%/ կլինիկորեն հայտնաբերվել է մեկ ուռուցք, 43-ի /18%/ մոտ շոշափելիս հայտնաբերվել են բազմակի գոյացություններ:

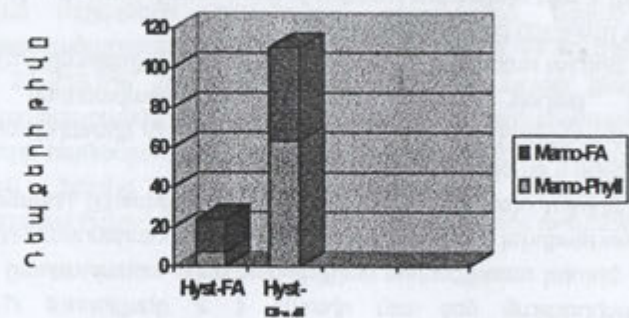
Ուռուցքի չափի և հյուսվածաբանական ախտորոշման համադրումը չբացահայտեց նշված գործոնների վիճակագրորեն հավաստի փոխկապակցվածություն: Սակայն ուռուցքի չափերի վերլուծությունը տարիքային խմբերում պարզեց հետևյալը. 10սմ-ից մեծ ուռուցքների 70%-ը մինչև 35 տարեկան կանանց խմբում եղել են ֆիբրոադենոմաներ, այն դեպքում, երբ 35 տարեկանից բարձր կանանց խմբում 10սմ-ից մեծ ուռուցքների հյուսվածաբանական քննությամբ գրեթե 96% դեպքերում հայտնաբերվել է ֆիլոիդ ուռուցք: Հետևապես, մեծ չափերի ուռուցքի առկայությունը 35 տարեկան և բարձր կանանց շրջանում, կարող է խոսել ֆիլոիդ ուռուցքի օգտին:

Ֆիլոիդ ուռուցքներով 169 հիվանդներից ավալային հանգույցների վիճակը գնահատվել է 112-ի մոտ. 100 հիվանդների /90%/ մոտ ավալային հանգույցները եղել են կառուցվածքով անփոփոխ և չափերով նորմալ, իսկ 12 դեպքում /10%/ դիտվել է ավալային հանգույցների մեծացում:

Այսպիսով, ֆիզիկական քննությամբ ֆիբրոադենոմաներին բնորոշ են օվալ ձևը, հստակ, հարթ եզրագծերը, պինդ - առածիգ կոնսիստենցիան, շարժունակությունը, իսկ ֆիլոիդ ուռուցքներին՝ ուռուցքի աճի՝ հատկապես երկփուլ և արագ տարբերակների դեպքում՝ տձև, թմբիկավոր ձևը, երբեմն պոլիցիկլիկ եզրագծերը, իսկ չարորակացման դեպքում ոչ միատարր կոնսիստենցիան: Սակայն ֆիզիկական քննությամբ հնարավոր չէ տարբերակել ֆիլոիդ ուռուցքը ֆիբրոադենոմայից, քանի որ բնորոշ հատկանիշները մշտապես չեն արձանագրվում և հայտնաբերվում են դեպքերի միայն 3 - 30 % - ում:

Մեր ուսումնասիրության մեջ առանձնացվել են տարիքը և ուռուցքի աճի տեմպը՝ որպես ֆիլոիդ ուռուցքի կանխորոշիչ գործոններ:

Մամոգրաֆիկ հետազոտություն անց է կացվել 134 հիվանդների, որոնցից 110-ի մոտ /82.1%/ հյուսվածաբանորեն ախտորոշվել է ֆիլոիդ ուռուցք, կամ դրա չարորակ տարբերակները, իսկ 24-ի մոտ /17.9%/ ֆիբրոադենոմա: Համեմատելով ախտորոշման ռենտգենաբանական եղանակի /մամոգրաֆիա/ տվյալները հեռացված ուռուցքների ախտախյուսվածաբանական հետազոտության արդյունքների հետ՝ պարզվել է, որ մամոգրաֆիկ և հյուսվածաբանական ախտորոշումները համընկել են 80 հիվանդների մոտ, այսինքն ֆիլոիդ ուռուցքների ախտորոշման խնդրում մամոգրաֆիայի արդյունավետությունը կազմում է 59,7% /p =0.013/ /նկար 4/:



Նկար 4 Մամոգրաֆիկ և հյուսվածաբանական ախտորոշումների համադրությունը p =0.013

Մամոզրաֆիկ եղանակի զգայնությունը կազմել է 57,3%: Կյուսվածաբանորեն ֆիլոիդ ուռուցք ախտորոշվել է 110-ի մոտ, մինչդեռ մամոզրաֆիայով ուռուցքը մեկնաբանվել է որպես ֆիլոիդ ուռուցք, 63 դեպքերում:

Ուռուցքների եզրերի մամոզրաֆիկ բնութագրերի և հեռացված ուռուցքների կյուսվածաբանական հետազոտությունների արդյունքների համադրման արդյունքում պարզվել է, որ ֆիլոիդ ուռուցքներին բնորոշ ռենտգենաբանական նշան է եզրագծերի պոլիցիկլիկությունը, որը հանդիպել է հիվանդների 60,0%-ի մոտ: Ֆիբրոադենոմաների դեպքում ուռուցքի եզրագծերի պոլիցիկլիկություն ռենտգենաբանորեն արձանագրվել է միայն 5% հիվանդների մոտ /ուռուցքների եզրերի մամոզրաֆիկ բնութագրեր եղել են առաջին խմբի 20, երկրորդ խմբի 110 հիվանդների պատմագրերում (աղյուսակ 2):

Աղյուսակ 2

Ուռուցքի մամոզրաֆիկ եզրագծերը

p=0,001

Ախտորոշում	Մամոզրաֆիկ եզրագծերը				Ընդամենը
	Պոլիցիկլիկ, անհավասար	հստակ	ոչ հստակ	զնջված	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
ՖԱ	1 (5.0%)	12 (60.0%)	4 (20.0%)	3 (15.0%)	20 (100.0%)
ՖՈՒ	66 (60.0%)	30 (27.3%)	12 (10.9%)	2 (1.8%)	110(100.0%)

Ֆիլոիդ ուռուցքներին առավել բնորոշ է բլթակավորությունը, որն հանդիպել է այդ հիվանդների 38,2%-ի մոտ, ուստի մամոզրաֆիկ բնորոշ նշան համարել ուռուցքի բլթակավորությունը:

Ֆիլոիդ ուռուցքների ռենտգենյան ինտենսիվությունը, 75,8% դեպքերում եղել է բարձր, 24,2%՝ միջին: Հյուսվածաբանորեն հաստատված ֆիբրոադենոմաների ռենտգեն ինտենսիվությունը /9 դիտարկում/ եղել է բարձր՝ 55,6%, միջին և ցածր՝ 22,2 - ական % դեպքերում:

Ֆիլոիդ ուռուցքների ռենտգենյան կառուցվածքը հիվանդների 80,8%-ի մոտ բնութագրվել է որպես անհամասեռ, ֆիբրոադենոմաներինը՝ միատարր /88,2%/: Ֆիլոիդ ուռուցքներին կալցիֆիկատների առկայությունը բնորոշ չէ, մեր ուսումնասիրության մեջ այն դիտվել է 2 դեպքերում /1,8%/, մինչդեռ կալցիֆիկատների առկայությունը ֆիբրոադենոմաների ռենտգենյան կառուցվածքում հաճախ է հանդիպում /30%/:

Ուռուցքին հարակից կյուսվածքների ռենտգենաբանական վիճակը դիտարկվել է առաջին խմբի 5, երկրորդ խմբի՝ 24 հիվանդների մոտ: Ֆիլոիդ

ուռուցքների մամոզրամներում ուռուցքը շրջապատող կյուսվածքները 70,8% դեպքերում բնորոշվել են «աղքատացման, նոսրացման գոտի» ռենտգենյան ախտանիշով, այն դեպքում, երբ ֆիբրոադենոմաների համար առավել բնորոշ է «անվտանգության գոտին», որը դիտարկվել է դեպքերի 60%-ում:

Այսպիսով, «աղքատացման, նոսրացման գոտի» ռենտգենյան ախտանիշի առկայությունը մամոզրամներում խոսում է ֆիլոիդ ուռուցքի օգտին:

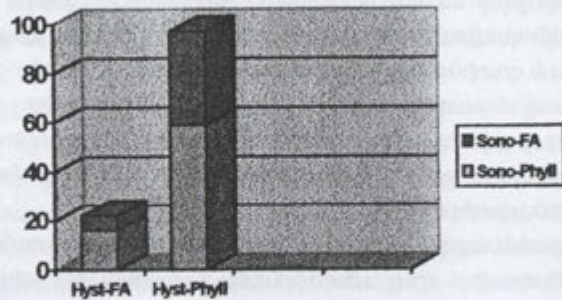
Եվ՝ ֆիլոիդ ուռուցքի, և՛ ֆիբրոադենոմայի համար շրջանային ավշային հանգույցների մեծացում բնորոշ չէ:

Չեն առանձնացվել յուրահատուկ մամոզրաֆիկ ախտանիշներ, որոնց հիման վրա հնարավոր լինի տարբերակել բարորակ և չարորակ ֆիլոիդ ուռուցքները:

Մեր տվյալների համաձայն, մամոզրաֆիկ հետազոտությամբ լավ սահմանազատված, պոլիցիկլիկ, հարթ, հստակ եզրագծերով, հաճախ բլթակավոր, անհամասեռ, կալցիֆիկատների բացակայությամբ, բարձր ռենտգեն ինտենսիվությամբ գոյացությունները, որ շրջապատված են «աղքատացման, նոսրացման գոտով» պետք է դիտարկվեն որպես հավանական ֆիլոիդ ուռուցքներ:

Ուսումնասիրության արդյունքում մենք արժևորել ենք գերծայնային հետազոտության դերը ֆիլոիդ ուռուցքը այլ ուռուցքներից՝ հատկապես ֆիբրոադենոմայից, տարբերակելու խնդրում, քանի որ հնարավորություն է տալիս առանձնացնելու էխոկառուցվածքի մի շարք յուրահատուկ նշաններ, որ ռենտգենաբանորեն անհասանելի է:

Ախտորոշման գերծայնային եղանակի արդյունավետությունը մեր կողմից որոշվել է 119 հիվանդների կրծքագեղձերի գերծայնային հետազոտության տվյալների վերլուծության արդյունքում: Նշված խումբ հիվանդների կյուսվածաբանական ախտորոշումները եղել են. 97 /81,5%/ ֆիլոիդ ուռուցքներ և 22 /18,5%/ ֆիբրոադենոմաներ: Եվհական նյութի քննարկման արդյունքում պարզաբանվել է, որ գերծայնային և կյուսվածաբանական ախտորոշումների համապատասխանությունը կազմել է 54,6% /65 հիվանդների մոտ/: Այսինքն, ֆիլոիդ ուռուցքների ախտորոշման գործում մեկուսի գերծայնային եղանակի արդյունավետությունը կազմում է 54,6% /p=0,029/ /Նկ 5/:



Նկար 5 զերծայնային և հյուսվածաբանական ախտորոշումների համադրությունը $p=0,029$

զերծայնային եղանակի զգայունությունը որոշվել է զերծայնային հետազոտությամբ և հյուսվածաբանորեն ֆիլոիդ ուռուցք ախտորոշվածների թվերի հարաբերությամբ. այն է 59 զերծայնային և 97 հյուսվածաբանորեն ֆիլոիդ ուռուցք ախտորոշվածների հարաբերությունը - 60,8%:

Մեր կողմից ֆիլոիդ ուռուցքների զերծայնային հետազոտության ախտանիշներից վերլուծության են ենթարկվել ուռուցքի զերծայնային չափը, եզրագծերը, ձևը, էխոկառուցվածքը, ակուստիկ էֆեկտները:

Հեռացված ուռուցքի մակրոսկոպիկ չափերի և զերծայնային հետազոտությամբ որոշված չափերի համադրման արդյունքում, նկատելի է համապատասխանության բավական բարձր տոկոս (աղյուս.3):

Աղյուսակ 3

Ուռուցքի մակրոսկոպիկ և զերծայնային չափերը $p=0,000$

զերծայնային չափերը	Մակրոսկոպիկ չափերը			Ընդամենը
	մինչև 5-սմ	5-10 սմ	10սմ և ավելի	
	n (%)	n (%)	n (%)	
մինչև 5-սմ	50 (84.7%)	8 (13.6%)	1 (1.7%)	59 (100.0%)
5-10 սմ	7 (24.1%)	20 (69.0%)	2 (6.9%)	29 (100.0%)
10սմ և ավելի	1 (2.9%)	7 (20.0%)	27 (77.1%)	35 (100.0%)

Սպերմանի ռանգերի կորելյացիոն գործակիցը այս գործոնների համար կազմել է $0,805 \pm 0,42$, ($p=0,000$), որը վկայում է նրանց բավական սերտ կորելյացիոն կախվածության մասին: Հետևաբար, ուռուցքի չափը գնահատելիս, մինչև վիրահատությունը, նպատակահարմար է առաջնորդվել զերծայնային հետազոտության տվյալներով:

Ֆիբրոադենոմաների և ֆիլոիդ ուռուցքների մեծամասնությունը, համապատասխանաբար՝ 54,5% և 58,8%, ունեցել են ոչ միատարր էխոկառուցվածք, սակայն այնպիսի ախտանիշներ, ինչպիսիք են ձեղքածև հեղուկային ներառուկների, մանր կիստոզ ներառուկների և քայքայման օջախների առկայությունը, պետք է դիտարկել որպես ախտանիշներ՝ բնորոշ ֆիլոիդ ուռուցքներին, քանի որ ֆիբրոադենոմաների էխոկառուցվածքում այդպիսիք գործնականորեն չեն հանդիպում:

Ֆիլոիդ ուռուցքին բնորոշ զերծայնային ախտանիշ է դորսալ ուժեղացումը /posterior acoustic enhancement/, որը դիտվել է հիվանդների 77,3% - ի մոտ: Նշված ախտանիշը բնորոշ չէ ֆիբրոադենոմաներին և նրանց զերծայնային բնութագրություններում ընդհանրապես չի հանդիպում:

Այսպիսով, ֆիլոիդ ուռուցքը զերծայնային հետազոտությամբ դրսևորվում է որպես բլթակալոր, հիպո- կամ խառը էխոգենության գոյացություն, որը լավ սահմանազատված է շրջակա հյուսվածքներից: Այն հաճախ ունի ոչ միատարր կառուցվածք, կիստոզ կամ ձեղքածև խռուչների առկայությամբ: Որպես ֆիլոիդ ուռուցքին բնորոշ զերծայնային ախտանիշ առանձնացվել է «դորսալ ուժեղացում» ակուստիկ էֆեկտը: Այնուամենայնիվ, մեր հետազոտությունների արդյունքները վկայում են, որ ինչպես մամոգրաֆիկ, այնպես էլ զերծայնային հետազոտությունները, մեկուսի ի զորու չեն ախտորոշելու ֆիլոիդ ուռուցքները և տարբերակելու դրանց բարորակ կամ չարորակ բնույթը:

Համեմատելով ֆիլոիդ ուռուցքների ախտորոշման գործում մամոգրաֆիկ և զերծայնային եղանակների հետազոտությունների արդյունավետությունը, մենք համոզվեցինք, որ տեղեկատվական առումով ռենտգենաբանական եղանակը 5,1%-ով ավելի արդյունավետ է քան զերծայնայինը /59,7% և 54,6% համապատասխանաբար/, իսկ զգայունության առումով այն 3,5% զիջում է զերծայնային եղանակին /57,3% և 60,8% համապատասխանաբար/:

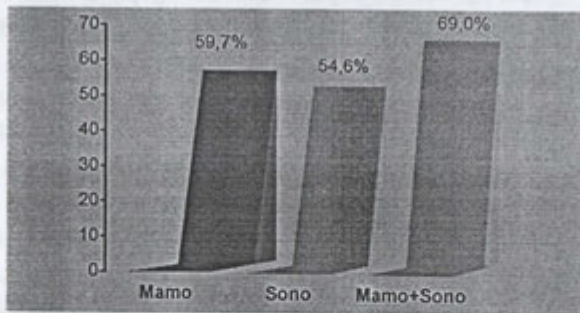
Այլ կերպ ասած, նշված եղանակները մեկուսի կիրառման դեպքում տեղեկատվական առումով գրեթե հավասարազոր են: Բնության մամոգրաֆիկ

եղանակով 40,3%, իսկ գերծայնային հետազոտությամբ 45,4% դեպքերում հնարավոր չի եղել ապահովել ճշգրիտ ախտորոշումը:

Մամոգրաֆիկ և գերծայնային հետազոտությունների տեղեկատվական արժեքը բարձրանում է նրանց զուգակցված կիրառման դեպքում, ինչում մենք համոզվել ենք մեր աշխատանքում: Համալիր ռադիոլոգիական հետազոտության արդյունավետությունը, համաձայն մեր տվյալների, կազմում է 69% /նկ. 6/:

Նշված հետազոտությունները լրացնում են իրար, ուստի մենք առաջարկում ենք 35 և բարձր տարիք ունեցող կանանց մոտ այս եղանակների համալիր կիրառում /ռադիոլոգիական հետազոտություն/, մեկ միասնական եզրահանգմամբ, որը կօգնի ոչ միայն ֆիզիոլ ուռուցքի նախավիրահատական ախտորոշմանը, այլ նաև կրճազեղծի ցանկացած այլ ախտահարումը ճիշտ ախտորոշելուն:

Հանրագումարում, մամոգրաֆիկ ռենտգենյան բարձր ինտենսիվություն և պոլիցիկլիկ եզրագծեր ունեցող զոյացությունները, որ շրջապատված են աղքատացման գոտով և գերծայնային հետազոտությամբ ունեն տարաբնույթ հիպոէխոգեն կառուցվածք, հեղուկային ներառուկներով, կալցիֆիկատների բացակայության և դորսալ ուժեղացման պարագայում, պիտի ընդունվեն ավելի շատ որպես ֆիզիոլ ուռուցք, այլ ոչ ֆիբրոադենոմա:



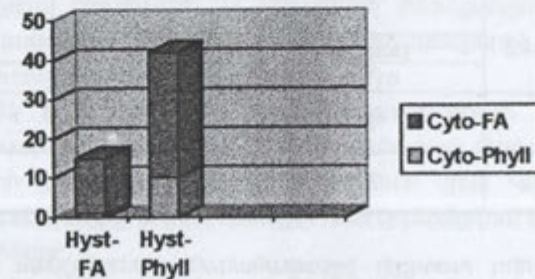
Նկար 6 Ֆիզիոլ ուռուցքների ախտորոշման մամոգրաֆիկ, գերծայնային և համալիր ռադիոլոգիական հետազոտությունների արդյունավետությունների համեմատությունը

Ֆիզիոլ ուռուցքները և ֆիբրոադենոմաները բջջաբանորեն դժվար տարբերակելի են: Սակայն մեր հետազոտությունների արդյունքները վկայում են այն մասին, որ ուռուցքից պունկտատի բջջաբանական հետազոտության եղանակը, նուրբ ասեղային ասպիրացիայի տեխնիկապես ճիշտ կատարման և բջջաբանի մասնագիտական բարձր կարողությունների պարագայում,

նշանակալի դեր կարող է խաղալ ֆիզիոլ ուռուցքի նախավիրահատական ախտորոշման բարդ խնդրում:

Բջջաբանական հետազոտություն անցած 57 հիվանդները, ըստ հյուսվածաբանական ախտորոշման, բաժանվել են հետևյալ կերպ. ֆիբրոադենոմաներ՝ 15 /26,3%/, ֆիզիոլ ուռուցքներ՝ 42 /73,7% / դեպք/:

Մեր դիտարկումներում հյուսվածաբանական և բջջաբանական ախտորոշումների համապատասխանություն արձանագրվել է 42,1% դեպքերում /p=0,014/ /նկար 7/:



Նկար 7 Բջջաբանական և հյուսվածաբանական ախտորոշումների համադրությունը p=0,014

Ֆիբրոադենոմաների դեպքում բջիջների նորմալ կորիզներ դիտարկվել են 66,6% դեպքերում, այն պարագայում, երբ ֆիզիոլ ուռուցքների պունկտատներում անվոլուտ կորիզներ դիտարկվել են միայն 16,6% դեպքերում, մյուս դեպքերում բջիջների կորիզները եղել են հսկա (23,8%), երկբևեռ (38,1%) և մերկ (21,4%):

Էպիթելային կառուցվածքների առանձնահատկությունների վերլուծությունը բացահայտել է հետևյալը. ֆիզիոլ ուռուցքների համար բնութագրական է գերաճած ծորանային բջիջների /54,8%/ և էպիթելային ատիպիայի /45,2%/ առկայությունը: Սակայն յուրահատուկ չափորոշիչ է համարվել ապոկրին մետապլազիայի բացակայությունը /տաբլ. 8/:

Ֆիզիոլ ուռուցքների դեպքում, առավել հաճախ, դիտվել են կոհեզիվ իրար կիպ հարող հենքային բջիջներ՝ ֆիզիոլ ֆրագմենտներ /54,8%/ և մեկուսի մեզենիսիմալ բջիջներ (33,3%), որոնք ֆիբրոադենոմաների պունկտատներում չեն հանդիպել:

Էպիթելային տարրեր առկա են եղել բոլոր ֆիբրոադենոմաների և ֆիզիոլ

ուռուցքների պունկտատներում, բայց ատիպիա դիտվել է միայն ֆիլոիդ ուռուցքների դեպքում /45,2%/: Հենքային տարրեր հայտնաբերվել են դեպքերի կեսում, հենքի չափի մեջ տարբերակում չի նկատվել, բայց էպիթելային և հենքային տարածքների հարաբերակցությունը նկատելի ցածր է եղել ֆիլոիդ ուռուցքներում համեմատ ֆիբրոադենոմաների (աղյուս.4):

Աղյուսակ 4

էպիթելային և հենքային տարածքների հարաբերակցությունը $p=0,012$

Ախտորոշում	էպիթելային և հենքային տարածքների հարաբերակցությունը		Ընդամենը n (%)
	բարձր n (%)	ցածր n (%)	
ՖԱ	14 (80,0%)	1(20,0%)	15 (100,0%)
ՖՈՒ	2 (4,8%)	40(5,2%)	42 (100,0%)

Ֆիլոիդ ուռուցքի բջջաբանական ախտորոշման չափորոշիչներ են համարվել հենքային տարրերի գերակայությունը էպիթելային տարրերի հանդեպ՝ էպիթելային և հենքային տարածքների ցածր հարաբերակցությունը, հենքային առատ բջջայնությունը, կոհեզիվ՝ իրար կիպ հարող հենքային բջիջների /ֆիլոիդ ֆրագմենտների՝ leaf like stromal fragments/ առկայությունը, լորձային հենքի, էպիթելային ատիպիայի, կորիզային ատիպիայի, ծորանային գերաճած բջիջների կույտերի, օտար մարմնի հսկա բջիջների, երկբևեռ, մերկ կորիզների առկայությունն ու ապոկրին մետապլազիայի բացակայությունը:

Բջջաբանորեն ավելի հեշտ է տարբերակել բարորակ ու չարորակ ֆիլոիդ ուռուցքները, քան ֆիլոիդ ուռուցքներն ու ֆիբրոադենոմաները:

Հանրագումարում, կլինիկական զննումը, ռադիոլոգիական հետազոտությունը և բջջաբանական ըննությունը կարող են օգտակար լինել ֆիլոիդ ուռուցքների մինչվիրահատական ախտորոշման խնդրում: Սակայն, ինչպես վերը նշվեց, և ոչ մի ախտորոշիչ եղանակ, բացառությամբ հյուսվածաբանական ըննությանը, մեկուսի ի գորու չէ ախտորոշելու ֆիլոիդ ուռուցքը: Միայն համալիր մոտեցումը և նշված հետազոտությունների արդյունքների միասնական ու մանրազնին վերլուծությունը, կարող են կողմնորոշել բժշկին ախտորոշման խնդրում:

Ֆիլոիդ ուռուցքի ախտորոշիչ այգոսիթի մակերպումը.

Հետազոտության բոլոր արդյունքները, ախտորոշիչ գործոնները ենթարկվել են մանրակրկիտ վիճակագրական վերլուծության: Կրոստաբուլյացիայի եղանակով որոշվել է ֆիլոիդ ուռուցքի առկայության և վերլուծվող գործոններից յուրաքանչյուրի հետ վիճակագրորեն նշանակալի փոխկապակցվածությունը, որի արդյունքում մշակվել են կլինիկական, մամոգրաֆիկ, գերմայնային և բջջաբանական մի շարք ցուցանիշներ, որոնց հայտնաբերումը հիվանդի մոտ խոսում է ֆիլոիդ ուռուցքի առկայության մասին:

Կորեյացիոն վերլուծության եղանակով որոշվել է գործոնների միջև փոխկապակցվածության աստիճանը, և վերլուծվող յուրաքանչյուր գործոնի կորեյացիոն կախվածության աստիճանը, որը վիճակագրորեն հավաստի կապված է ֆիլոիդ ուռուցքի առկայության հետ:

Հաստատվել է յուրաքանչյուր գործոնի գրադացիայի աստիճանը՝ օգտագործելով ոչ պարամետրիկ կորեյացիոն վերլուծության մեթոդը՝ հիմնված Սպերմանի ռանգերի կորեյացիոն գործակցի որոշման վրա: Վերլուծության ենթարկված 20 ցուցանիշներից ֆիլոիդ ուռուցքի հետ կորելացվում են միայն 9-ը /կանխորոշիչ գործոններ/:

Չափանիշները, որոնք գտնվում են սերտ կորեյացիոն փոխկապակցվածության մեջ ֆիլոիդ ուռուցքի առկայության հետ՝ ընդգրկվել են ռեգրեսիոն մոդելի մեջ /աղ. 10/, որտեղ բազմակի լոգիստիկ ռեգրեսիայի մեթոդով ձևավորվել է որոշիչ կանոնը, որը թույլ է տալիս հավանականության բարձր աստիճանով կանխորոշել հիվանդի մոտ ֆիլոիդ ուռուցքի առկայության հավանականությունը՝ ռիսկը:

Աղյուսակ 5

Ռեգրեսիոն մոդել

Կանխորոշիչ գործոն	Ռեգրեսիոն գործակից (β)
Տարիք	0,195
Ուռուցքի աճ	0,175
Ուռուցքի եզրագծերը ռենտգենաբանորեն	0,344
Ուռուցքը շրջապատող հյուսվածքներ վիճակը ռենտգենաբանորեն	0,431
Ուռուցքի էխսկառուցվածքը	0,361
Ակուստիկ էֆեկտ	0,112
էպիթելային և հենքային տարածքների հարաբերակցությունը	0,111
էպիթելային կառուցվածքներ	0,119
Հենքային կառուցվածքներ	0,292

Կոնկրետ հիվանդի համար անհատական կանխորոշիչ եզրակացության հանգում ենք ռեգրեսիոն գործակիցների (β) գումարման արդյունքում համաձայն հետևյալ բանաձևի.

$$\beta = \sum (\beta_1 \dots n \times Z_1 \dots m), \text{ որտեղ}$$

β - կանխորոշիչ գործակիցի վերջնական մեծությունը

$\beta_1 \dots n$ - Կանխորոշիչ գործոնների ռեգրեսիոն գործակիցները.

$Z_1 \dots m$ - Կանխորոշիչ գործոնների գրադացիայի աստիճանը

Եթե տվյալ հիվանդի համար ռեգրեսիոն գործակիցների գումարը $< 0,5$, ապա ֆիլոիդ ուռուցքի առկայության հավանականությունը ցածր է, եթե գործակիցների գումարը $> 0,5$, ապա այդ հիվանդի մոտ հայտնաբերված գոյացությունը մեծ հավանականությամբ ֆիլոիդ ուռուցք է:

Մեր հետազոտության արդյունքում պարզ դարձավ, որ բոլոր ախտորոշիչ եղանակներից որոշիչը, հյուսվածաբանականն է: Սակայն հյուսվածաբանական հետազոտությունը կատարվում է վիրահատությունից հետո, կամ վիրահատության ընթացքում /cyto biopsy/:

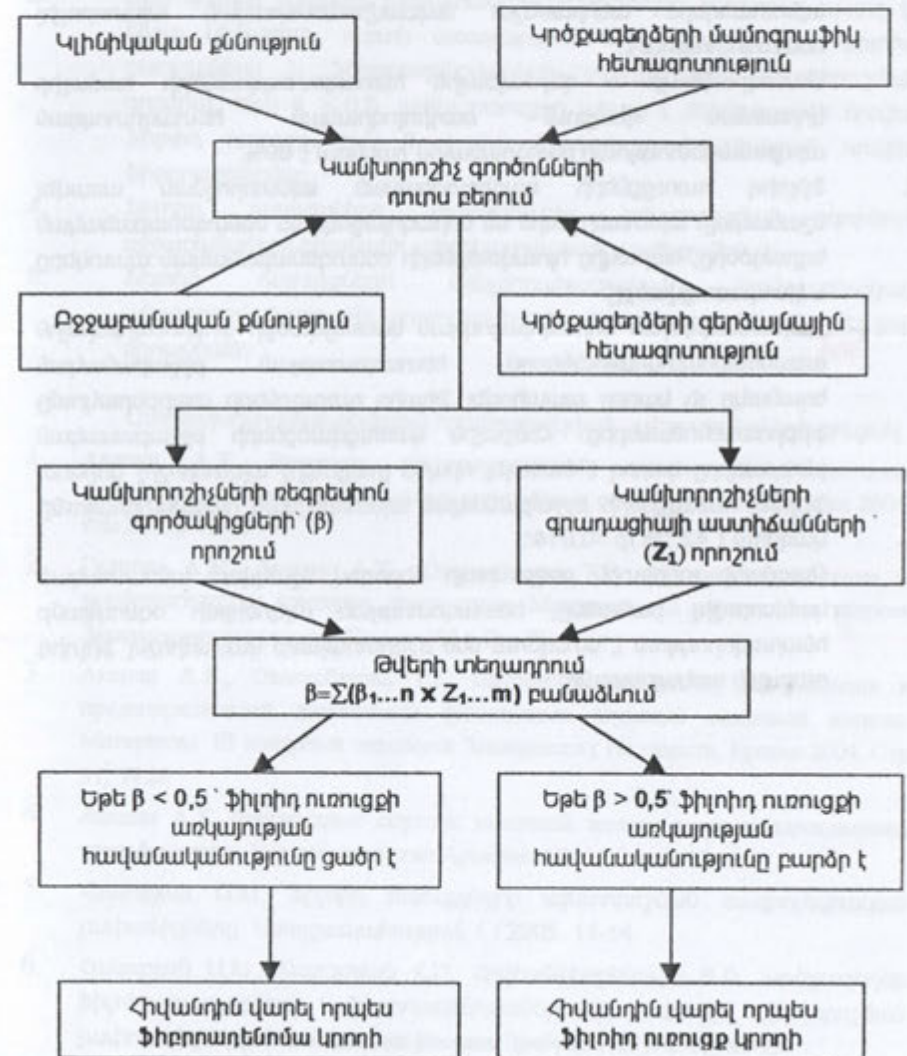
Քանի որ երկու նմանատիպ բարորակ գոյացությունների վիրահատական մոտեցումն ու ծավալները տարբեր են, կարևորվում է ֆիլոիդ ուռուցքի նախավիրահատական ախտորոշումը: Ֆիբրոադենոմայի ժամանակ երբեմն կիրառվում է սպասողական գործելակերպը, վիրահատությունը հաճախ ավարտվում է սոսկ ուռուցքի հեռացմամբ, մինչդեռ ֆիլոիդ ուռուցքի դեպքում անհրաժեշտ է անհապաղ վիրահատություն, առավել արմատական եղանակներով, առողջ հյուսվածքների սահմաններում, ուռուցքի հետագա կրկնություններից խուսափելու համար: Ներվիրահատական հյուսվածաբանական հետազոտությունը /cyto biopsy/ ֆիլոիդ ուռուցքի ախտորոշման և չարորակության որոշման նպատակով, դեպքերի մեծ մասում համարվում է քիչ զգայուն:

Գոյություն ունի ուռուցքի մինչև վիրահատական /cor biopsy/ հյուսվածաբանական հետազոտության հնարավորություն: Բայց այդ մեթոդի լայն կիրառումը մեր օրերում հնարավոր չէ:

Մեր հետազոտությունների արդյունքների և գրականության տվյալների հիման վրա մշակված կրծքագեղձի հետազոտության ալգորիթմի և լոգիստիկ ռեգրեսիոն վերլուծության արդյունքում ստացված բանաձևի կիրառությունը, որը բավական հեշտ է և ոչ ժամանակատար, թույլ կտա մինչ վիրահատությունը, բարձր հավաստիությամբ, որոշել կրծքագեղձի ֆիբրոէպիթելային նորագոյացության բնույթը: Շնորհիվ առաջարկված բանաձևի և ալգորիթմի կլուծվի ֆիլոիդ ուռուցքների և ֆիբրոադենոմաների

տարբերակման դժվար խնդիրը, որը հնարավորություն կտա կազմակերպել ճիշտ, հիմնավորված բուժական միջամտություն խուսափելով հնարավոր բարդություններից:

Ֆիլոիդ ուռուցքների և ֆիբրոադենոմաների տարբերակիչ ախտորոշումը՝ ռեգրեսիոն վերլուծության եղանակով



ԵԶՐԱՀԱՆԳՈՒՄՆԵՐ

1. Ֆիլոիդ ուռուցքների ախտորոշման առավել արդյունավետ եղանակը մամոգրաֆիկ հետազոտությունն է / 59,7%, $p = 0.013$ ։
2. Ֆիլոիդ ուռուցքների գերմայնային հետազոտությունն իր ախտորոշիչ արդյունավետությամբ /54,6%, $p = 0,029$ / թեև գիջում է մամոգրաֆիային, այնուհանդերձ անհրաժեշտ նախաավիրահատական ախտորոշիչ հետազոտություն է։
3. Մամոգրաֆիայի և գերմայնային հետազոտությունների համալիր կիրառման դեպքում ռադիոլոգիական հետազոտության արդյունավետությունը բարձրանալով հասնում է 69%։
4. Ֆիլոիդ ուռուցքների ռադիոլոգիական ախտորոշման առավել նշանակալի ախտանիշներն են նորագոյացության ռենտգենաբանական եզրագծերը, հարակից հյուսվածքների ռենտգենաբանական պատկերը և էխոկառուցվածքը։
5. Պայմանավորված նորագոյացության կառուցվածքի ֆիբրոէպիթելիային առանձնահատկություններով, հետազոտության բջջաբանական եղանակը չի կարող ապահովել ֆիլոիդ ուռուցքների տարբերակումը ֆիբրոադենոմաներից։ Հենցային կառուցվածքների բջջաբանական բնութագիրը կարող է ծառայել որպես լրացուցիչ ախտորոշիչ գործոն։ Ֆիլոիդ ուռուցքների բջջաբանական ախտորոշման հավաստիությունը կազմում է 42,1% / $p = 0.014$ ։
6. Բազմակի լոգիստիկ ռեգրեսիայի մեթոդով մշակված անհատական կանխորոշիչ բանաձևը, հետազոտության ալգոռիթմի օգնությամբ հնարավորություն է ստեղծում մեծ ճշգրտությամբ կանխորոշել ֆիլոիդ ուռուցքի առկայությունը։

ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ

1. Ֆիլոիդ ուռուցքների ախտորոշման գործընթացը պահանջում է ուռուցքաբանի, ռադիոլոգի և մորֆոլոգի համալիր աշխատանք։
2. Ֆիլոիդ ուռուցքների ռադիոլոգիական հետազոտությունը պետք է ընդգրկի մամոգրաֆիկ և գերմայնային զուգակից հետազոտություններ։
3. Մեր կողմից մշակած անհատական կանխորոշիչ բանաձևը պարզ է, հեշտ կիրառելի, ուստի առաջարկում ենք կիրառել այն ֆիլոիդ ուռուցքների և ֆիբրոադենոմաների տարբերակիչ ախտորոշման գործում։ Եթե $\beta > 0,5$, ապա ուռուցքը պետք է մեկնաբանվի որպես ֆիլոիդ ուռուցք, իսկ $\beta < 0,5$ նշանակության դեպքում՝ որպես ֆիբրոադենոմա։
4. Ֆիլոիդ ուռուցքների տարբերակիչ ախտորոշման գործում բջջաբանական եղանակի տեղեկատվական արժեքը մեծ չէ։
5. Ֆիլոիդ ուռուցքների մինչավիրահատական մորֆոլոգիական, ախտորոշման առավել արդյունավետ եղանակը կարող է համարվել ըոր րիոպիան։

Առենախտության թեմայով հրատարակված աշխատանքների ցուցակ

1. Акопян А.Х. Важность предоперационной диагностики филоидных фиброаденом. Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ. Минск 2004. том II, стр 41-42
2. Галстян А.М, Акопян А.Х., Ованесбекова Т.Г. Филоидные опухоли и морфологические критерии диагностики. Материалы III конгресса онкологов Закавказских государств. Ереван 2004. Стр 71, N 64
3. Акопян А.Х., Ованесбекова Т.Г. Цитологический метод исследования в предоперационной диагностике филоидных опухолей молочной железы. Материалы III конгресса онкологов Закавказских государств. Ереван 2004. Стр 31, N 26
4. Акопян А.Х. Филоидные опухоли молочной железы и их злокачественная трансформация. Вестник хирургии Армении 4/2004 Стр.90-93
5. Հակոբյան Ա.Խ. Ֆիլոիդ ուռուցքների ախտորոշման ռադիոլոգիական չափանիշները. Առողջապահություն 1 / 2005, 11-14
6. Հակոբյան Ա.Խ., Գալստյան Հ.Մ., Հովհաննեսբեկովա Տ.Գ. Կրծքագեղձի ֆիլոիդ ուռուցքների և ֆիբրոադենոմաների տարբերակիչ ախտորոշման չափորոշիչները. Медицинский Вестник Эребуни 2(22) / 2005, 89-95

Акопян Ани Хачиковна
Радиологические и морфологические критерии диагностики
филлоидных опухолей молочной железы
Резюме

Дифференциальная диагностика филлоидных опухолей является одной из актуальных проблем современной клинической онкологии.

Будучи фиброэпителиальными поражениями, филлоидные опухоли молочных желез, как и фиброаденомы, могут малигнизироваться и трансформироваться в саркому, рак или карциносаркому. Эти два вида опухолей часто имеют схожие клинические, маммографические, сонографические и цитологические признаки, но требуют различного ведения больных и различных хирургических подходов. Неадекватные оперативные вмешательства преводят к увеличению частоты рецидивирования филлоидных опухолей и их последующей малигнизации.

Диссертационная работа основана на анализе 251 историй болезни женщин, оперированных в Национальном Центре Онкологии им. В.А.Фанарджяна РА МЗ в период с 1981 по 2004гг, которым на разных этапах обследования был поставлен диагноз: филлоидная опухоль.

Цель исследования: сравнение и сопоставление клинических, радиологических, морфологических признаков, характеризующих филлоидную опухоль. В работе использовались современные методы диагностики и статистической обработки научного материала.

Полученные результаты свидетельствуют, что нет каких-либо отдельных клинических, радиологических (сонографических и маммографических) или цитологических признаков, позволяющих верифицировать филлоидную опухоль. И только комплексное применение всех указанных диагностических методов предоставляет оптимальную возможность для постановки диагноза.

На базе полученных данных разработан алгоритм исследования больных с подозрением на наличие филлоидной опухоли. Выведенная на основе многомерного логистического регрессионного анализа, математическая модель может способствовать дооперационной диагностике филлоидных опухолей молочной железы.

02.05.2015