



ძუძუს დაავადებები

BI-RADS 0-დან 5-მდე

ვლადისლავ ოდინცოვ

მმდ, ონკოქირურგი, რადიოლოგი

2019 წ.



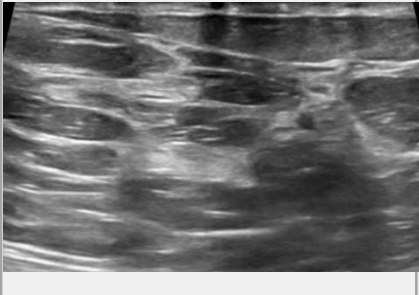


BI-RADS 0-1

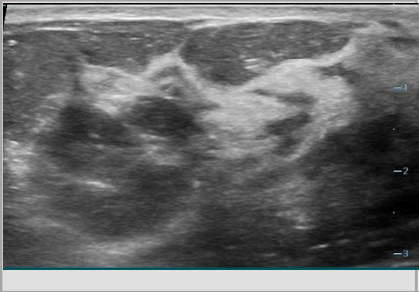
BI-RADS 0 ულტრაბგერითი კვლევა საკმარისი არ არის, საჭიროა კლინიკურ ლაბორატორიული კვლევა, ულტრაბგერითი კონტროლი ჩატარებული თერაპიის მიხედვით.

BI-RADS 1 პათოლოგია არ აღინიშნება, ძუძუს სტრუქტურა შეესაბანება ანატომიურ ნორმებს კლინიკურად პათოლოგიის არარსებობის ფონზე ულტრაბგერითი კონტროლი 2 ნელში 1 ჯერ.

ASR 1 (Type A)
პოსტმენოპაუზური
სტრუქტურა წარმოდგენილია უპირატესად ცხიმოვანი ქსოვილით. ფიბროზულ ფირკვლოვანი ქსოვილი აღინიშნება ხაზოვანი სტრუქტურების სახით.



ASR 2 (Type B)
პრემენოპაუზური
გამოხატულია კანქვეშა ცხიმოვანი და რეტრომამარული შემაერთებელ ქსოვილოვანი შრე. ფიბროზულ ფირკვლოვანი ქსოვილი აღინიშნება 1 სმ-მდე ჰიპერექოგენტური ხაზოვანი სტრუქტურების სახით.



BI-RADS 0

რეკომენდაციები:

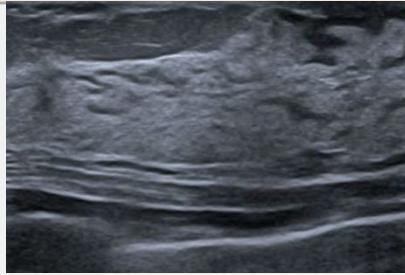
- მამოგრაფია 35 წლის ზემოთ ან მანამდე დამძიმებული ოჯახური ანამნეზის შემთხვევაში
- ახალგაზრდებში უნდა გამოირიცხოს:
 - ორგანული ჰიპერპროლაქტინემია
 - პირველადი ჰიპერგონადოტროპული ამენორეა
 - რეზისტენტული საკვერცხეების სინდრომი
 - „გამოფიტული“ საკვერცხეების სინდრომი
 - შერეშეესკი-ტერენერის სინდრომი

BI-RADS 0-1

ASR 3 (Type C)

ადრეული რეპროდუქციული

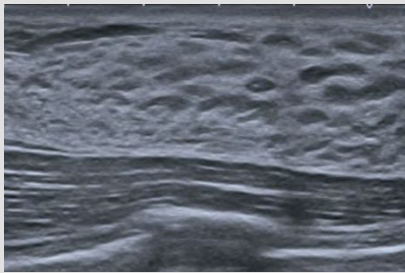
ძუძუს სტრუქტურა ძირითადად ნარმოდგენილია ფიბროზულ ჯირკვლოვანი ქსოვილით, 2სმ-დე სისქის. შეფარდება ფიბროზულ ჯირკვლოვან ქსოვილსა და ცხიმოვან ქსოვილს შორის 1/3



ASR 4 (Type D)

იუვენილური

ძირითადად შედგენილია ფიბროზულ ჯირკვლოვანი ქსოვილით. ცხიმოვანი ქსოვილი პრაქტიკულად არ არის.



BI-RADS 1: არ აქვს ჩივილები და რაიმე კლინიკური გამოვლინება

BI-RADS 0:

ტკივილი ერთ მხარეს

- მასტოზი, პლექსიტი
- მიოფასციალური სინდრომი

ასიმეტრია

- პოლანდის სინდრომი (თანდაყოლილი ჰიპოპლაზია ან გულმკერდის დიდი კუნთის ატრეზია, უფრო ხშირად მარჯვნივ)
- ძუძუს კიბოს, ლეიკემიის, არაზოჯკინის ლიმფომის და ფილტვის კიბოს მაღალი რისკი ტრავმის შემდგომი ასიმეტრია ან სქოლიოზის გამო

მასტოდინია (ციკლური შეშუპება)

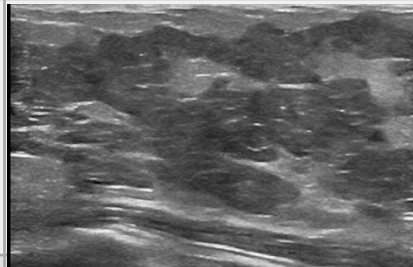
მასტალგია (ციკლური ტკივილი)



BI-RADS 0-1

სპეციფიური ტიპი
 ორსულობის და ლაქტაციის
 დროს

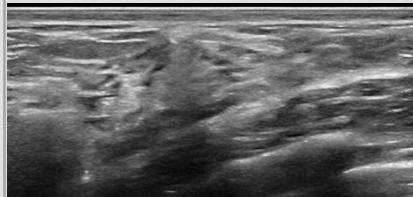
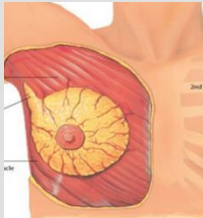
ფიბროზულ-ჯირკვლოვანი ქსოვილი
 დიფუზური ადენოზის ზონებით



BI-RADS 1 – ორსულობის ფონზე ჩივილებს
 არარსებობისას.

BI-RADS 0 – ლაქტოსტაზის ან სეროზული
 მასტიტის კლინიკა
 ორსულობის არარსებობის შემთხვევაში
 გამოსარიცხია ჰიპერპროლაქტინემია ან
 ფუნქციონალური ჰიპოესტროგენემია

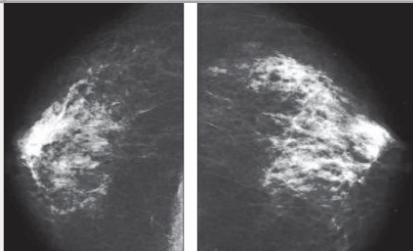
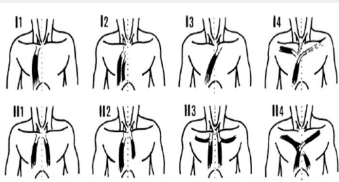
სპენსის „კუდი“



BI-RADS 1

ხშირად პაციენტები თავისით პალპაციით
 შეიგრძნობენ ძუძუს გარეთა კვადრანტებში

მკერდის კუნთი
 გვხვდება 10%-ში



BI-RADS 1

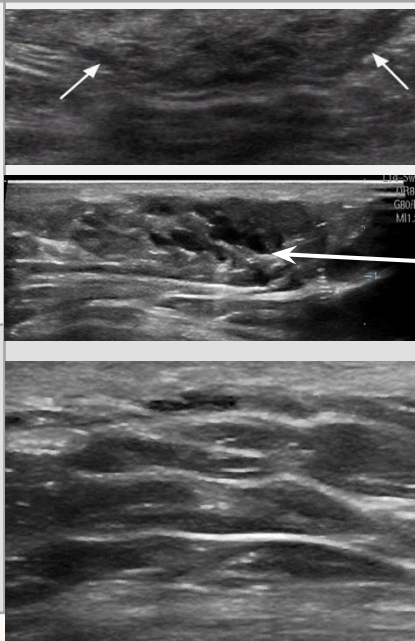
მამოგრაფიულად ჩანს კრანოკაუდალურ
 პროექციაში ძუძუს ქვედა შიგნითა კვადრანტში
 მკერივი უბნის სახით
 ულტრაბგერით დამატებითი კუნთოვანი
 ქსოვილი

BI-RADS 0-1

დამატებითი სარძევე ჯირკვალი



პოლითელია / პოლიმასტია



BI-RADS 0

რეკომენდებულია ქირურგიული მკურნალობა კოსმეტიკური დეფექტისას და ორსულობის განმავლობაში ზრდისას

ძუძუს კიბოს რისკის მომატება

BI-RADS 1

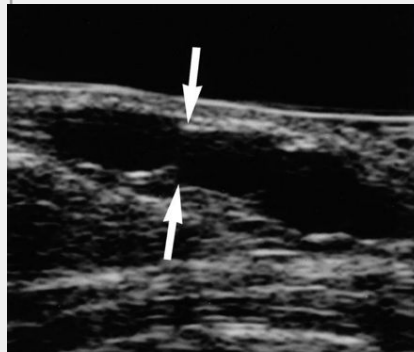
ლაქტაციისას შესაძლებელია რძის გამოყოფა. ულტრაბგერითი კვლევით შესაძლებელია ფიბროგლანდულური ქსოვილის ვიზუალიზაცია.



BI-RADS 0-1

მონდორის დაავადება

გულმკერდის მიდამოს ზედაპირული ვენის თრომბოზებიტი



BI-RADS 0

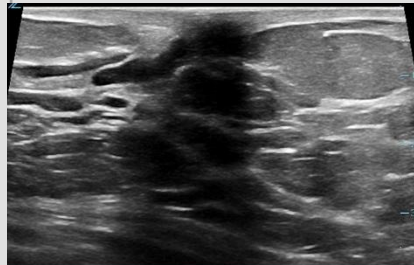
დამატებითი კვლევები, კოაგულოგრამა

მკურნალობა

ჰეპარინი

ანთების სანინააღმდეგო არასტეროიდული მედიკამენტები ადგილობრივად და აბებში

ღვრილის ჩაბრუნება



BI-RADS 1

კოილომასტია ანთებითი ცვლილებების გარეშე

გამორიცხვა

BI-RADS 2

თუკი ულტრაბგერით ცენტრალური სადინრის

გაგანიერებაა

BI-RADS 3

არეოლიტის სურათი ულტრაბგერით ან

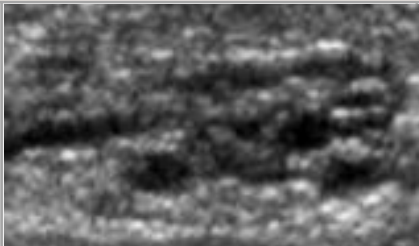
სუბარეოლური ცისტა ანთებით



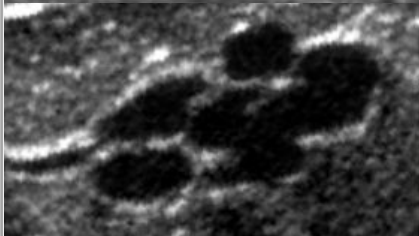
BI-RADS 2

კეთილთვისებიანი კვანძოვანი პათოლოგია
არ საჭიროებს დამატებითი დიაგნოსტიკის მეთოდებს. დაკვირვება წელიწადში 1 ჯერ

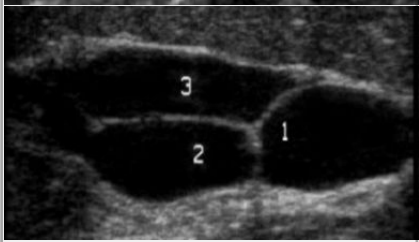
კლასტერული მიკროცისტები



კლასტერული მაკროცისტები



მრავალკამერიანი ცისტები
ტიბრებით

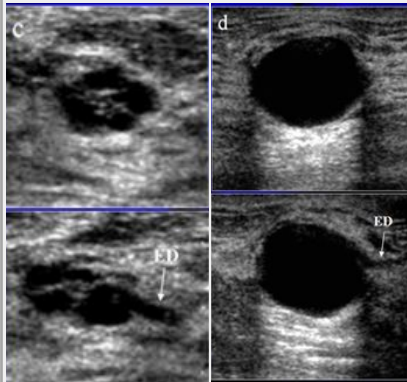


აცინების კისტოზური დისპლაზია

BI-RADS 2

მარტივი ცისტები

ძუძუს სტრომის ფიბროზის და
ჰიალინოზის ფონზე



ანექოგენური წარმონაქმნი სწორი
კონტურებით, თხელი კაფსულით.
დორსალური ექობგერის გაძლიერება. ვიწრო
გვერდითი ექორღილები.

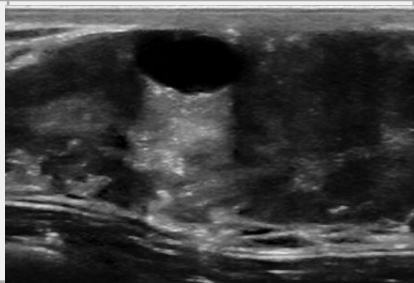
სადინართან კავშირის არქონა მიუთითებს
სადინარზე ზენოლაზე, ფიბროზის,
ჰიალინოზის თუ შეშუპების გამო.

სადინართან კავშირი ახასიათებს სადინრის
ობსტრუქციას ბლანტი შიგთავსით ან
წარმონაქმნით



BI-RADS 2

იუვენილური სუარეოლარული ცისტები



BI-RADS 2 თუკი კლინიკური გამოვლინება არ ახლავს

BI-RADS 3 ტკივილის დროს ან ანთების ნიშნებისას. ამ დროს საჭიროა FNAB სითხის ევაკუაციით

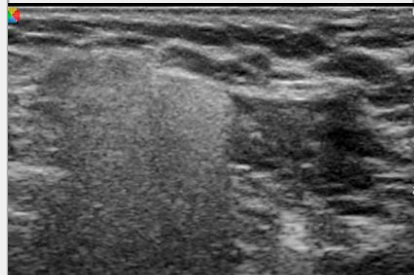
მარტივი ცენტრალური ან პერიფერიული სადინრების გაგანიერება



BI-RADS 2

სიგრძეზე გაგანიერებული ერთი ან რამდენიმე სადინარი ერთგვაროვანი შიგთავსით

ჰელიომები

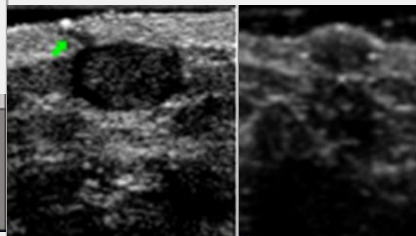


BI-RADS 2

თოვლის ქარბუქის ან წვიმის ღრუბლის სინდრომი

BI-RADS 2

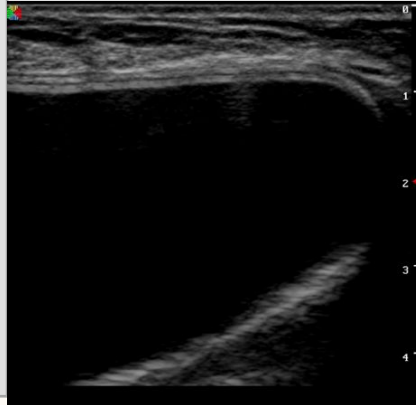
კანის ათერომაზი



BI-RADS 2

თუკი ანთების ნიშნები არ არის

აუგმენტაციის შემდეგ



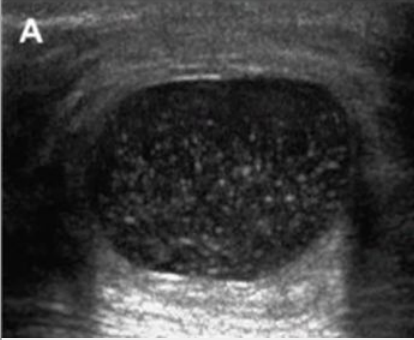
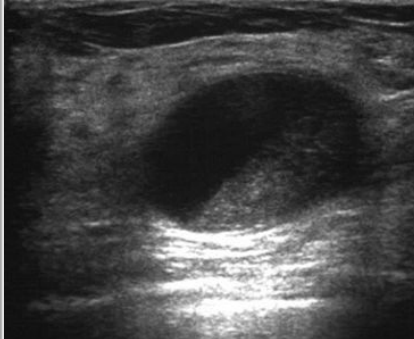
BI-RADS 2 – გართულებების გარეშე.

რეტრომამარულად განლაგებული იმპლანტი, გულმკერდის ფასციის უკანა ნაწილი ჰიპერექოგენული 2მმ ხაზის სახით იმპლანტის წინა კედელი ორხაზიანი ჰიპერექოგენული 2-3მმ ხაზის სახით. დისტალურად პროტეზის შიგთავსი ერთგვაროვანი ანექოგენური სტრუქტურის სახით. გვერდითი ჯიბეების არ უნდა იყოს.



BI-RADS 3

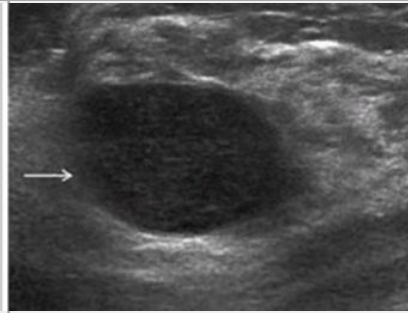
საჭიროა FNAB შიგთავსის დაცლისთვის და შეფასებისთვის, პროცედურების ჩატარებისთვის ან კეთილთვისებიანობის ციტოლოგიური ვერიფიცირებისთვის

<p>გართულებული ცისტები ქოლესტერინული ცისტა</p>		<p>არაერთგვაროვანი შიგთავსი - თოვლის ქარბუქის სინდრომი</p>
<p>გართულებული ცისტები დონით</p>		<p>ანექოგენური წარმონაქმნი არაერთგვაროვანი შიგთავსით რომელსაც გააჩნია ვერტიკალური დონე</p>



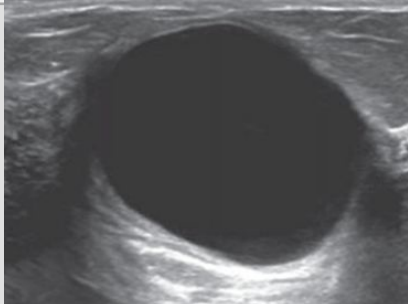
BI-RADS 3

გართულებული ცისტები
ქაფიანი
ერთგვაროვანი მღვრიე
შიგთავსით



დაბალი ექოგენობის
გაძლიერებით დორზალური

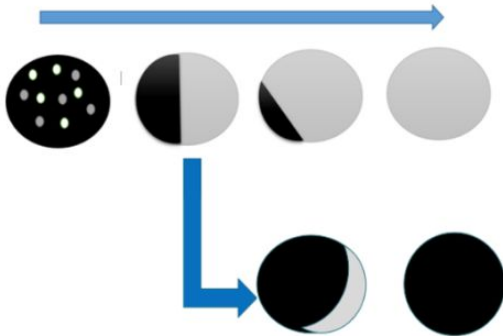
გართულებული ცისტები
ცილოვან-ლიპიდური



ანექოგენური, მრგვალი, სწორი გარეგანი
კონტურებით და არასწორი შიგნითა
კონტურით უკანა კედელზე

BI-RADS 3

გართულებული ცისტების ფორმირების ეტაპები



თავიდან (პირველი კვირა) მღვრიე შიგთავსი (აბსცესი, გალაქტოცელე, ცხიმოვანი) მოძრაობისას გადაადგილდება შიგთავსი

შემდეგ ის ილექება და წარმოქმნის ღონეს

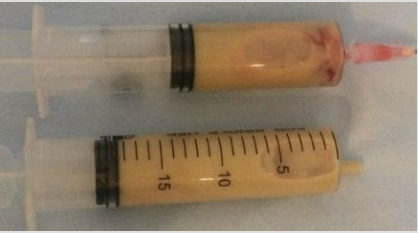
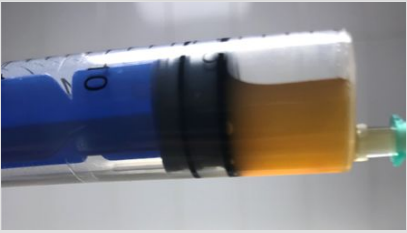


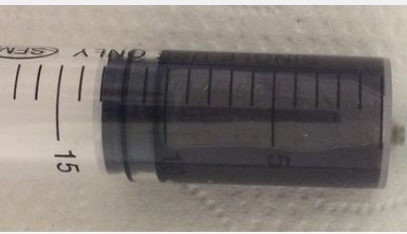

სითხის რეზორბციის შემდეგ რჩება მხოლოდ მღვრიე შიგთავსი (ქაფიანი ცისტა)

ჰემატომის ან ჰემორაგიული ცისტები სისხლის ლიზისის დროს გადადიან ცილოვან-ლიპიდურ ცისტებში და შემდეგ მარტივ ცისტებში



BI-RADS 3

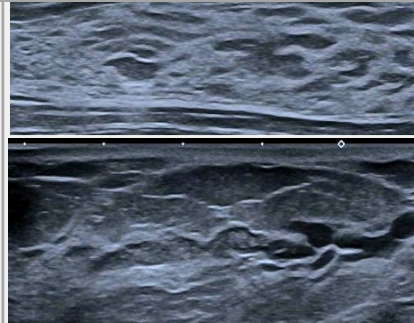
წერილნემსოვანი ასპირაციული ბიოფსია (FNAB) ულტრაბგერითი კონტროლით

აბსცესი	ზეთისებრი ცისტა	ცხიმოვანი ნეკროზი, გალაქტოცელე
ჩირქი - დათესვაზე ანტისეპტიკით გამორეცხვა რეციდივის დროს ოზონოთერაპია	დაკვირვება	დაკვირვება
		
სისხლი	იზირებული სისხლი	მუქი ყვითი ფერის შიგთავსი
აუცილებელია ციტოლოგიური კვლევა		ციტოლოგია
		

BI-RADS 3

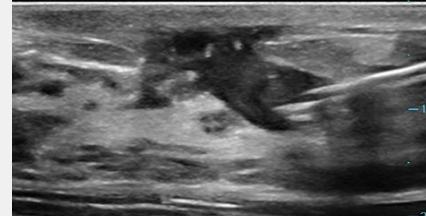
გართულებული დუქტოქეტა (შერეული შიგთავსით)

ულტრაბგერით: გაგანიერებული სადინარი მთელს სიგრძეზე არაერთგვაროვანი შიგთავსით



დიაგნოზი:

FNAB ულტრაბგერით. შიგთავსი თხიერ ციტოლოგიაზე ან ბაქტერიოლოგიურ დათესვაზე



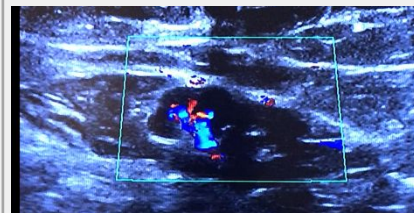
მამოპლასტიკის გვიანი გართულება სერომა ან ღრმა ჯიბეები



ტაქტიკა:

FNAB ულტრაბგერით იმპლანტ-ასოცირებული ანაპლაზიური დიდუჯრედული ლიმფომის გამოსარიცხად (ციტოლოგია, იმუნოციტოქიმიკა CD30+ T-ლიმფოციტები, ALK+)

ინტრამამარული ლიმფური კვანძი

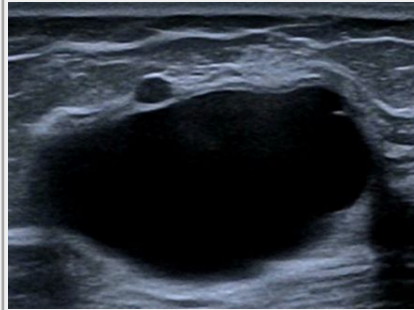


შეცვლილი სტრუქტურისას შეიძლება სიმულირებდეს ცისტადენოპაპილომას ვასკულარიზაციით

ტაქტიკა: FNAB დიფ. დიაგნოზისთვის და ასევე ლიმფური კვანძის მეტასტაზების გამოსარიცხად.

BI-RADS 3

მაკროცისტა 2-5სმ
გიგანტური ცისტა 5 სმ-ზე დიდი
ცისტების კონგლომერატი



მსხვილციტური მასტოპათიის დროს ძუძუს კიბოს რისკი 45წლამდე ასაკის ქალებში იზრდება 5.9ჯერ, 55ზე ასაკიან ქალბატონებში კი 1,7ჯერ ზოგად პოპულაციურ მონაცემებთან შედარებით.

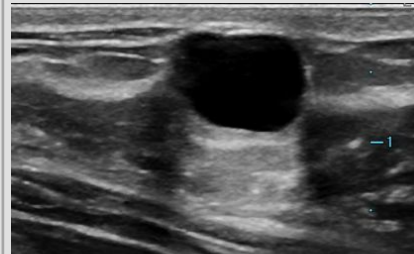
ტაქტიკა:

FNAB ულტრაბერით. მასალა თხიერ ციტოლოგიაზე.

ქსოვილოვანი კომპონენტის აღმოჩენის შემთხვევაში დაცლის შემდეგ საჭიროა ვაკუუმ ასისტირებული ექსციზია!

მარტივი ცისტები კლინიკური
სიმპტომებით

(ტკივილი, ფსიქოლოგიური დისკომფორტი, პალპირებადი წარმონაქმნი, კოსმეტიკური დეფექტი)



ტაქტიკა:

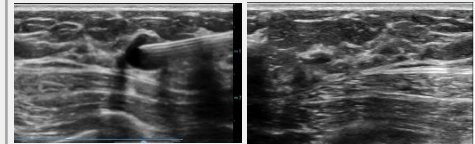
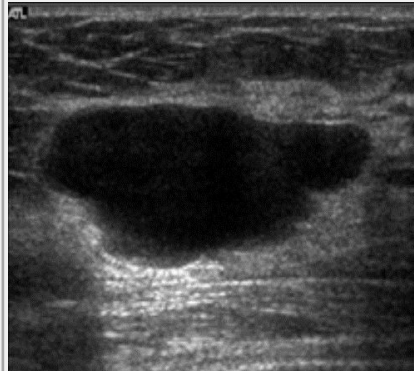
FNAB US დისკომფორტის მოსაცილებლად. სრული დაცლა

ყვითელი ან მწვანე ფერის შიგთავის შემთხვევაში დაკვირვება

რეციდივის დროს ციტოლოგიური კვლევა აუცილებელია

BI-RADS 3

აპოკრინული ცისტები
აპოკრინული უჯრედების
ერთმრიანი კედლით
Na/K = 3/1

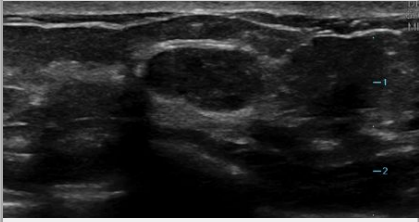
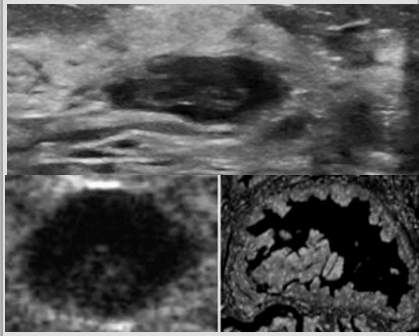


მარტივი ცისტა არასწორი კონტურით
FNAB შემდეგ ინარჩუნებს სანათურს
უნდა გაიგზავნოს ციტოლოგიაზე



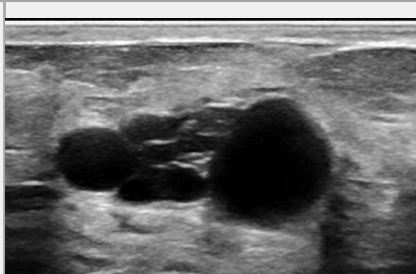
BI-RADS 4A

ავთვისებიანობის დაბალი პოტენციალის მქონე წარმონაქმნი რომელიც საჭიროებს მორფოლოგიურ ვერიფიცირებას და მკურნალობას

<p>კვანძები საეჭვო მასასიათებლების გარეშე 1-2სმ ლოკალური ადენოზი ან ფიბროადენომა</p>		<p>ტაქტიკა: პაციენტის არჩევანი: CNB vs VAE</p>
<p>ცისტებში ქსოვილოვანი უბნები უხშირესად წარმოადგენს პაპილურ აპოკრინულ მეტაპლაზიას</p>		<p>ტაქტიკა: CNB vs VAE</p> <p>ვაკუუმ ასპირაციული ექსციზია (VAE) უმჯობესია უკეთესი მორფოლოგიური შეფასების გამო</p>

BI-RADS 4A

სადინრების კომპლექსური
ექსტაზია გაურკვეველი
ინტრაცისტური კომპონენტით



ტაქტიკა

კორ ბიოფსია (CNB) ან ვაკუუმ ასისტირებული
ექსციზია (VAE)

ვაკუუმ ასისტირებული ექსციზიას (VAE)
გააჩნია უფრო მაღალი დიაგნოსტიური
ღირებულება

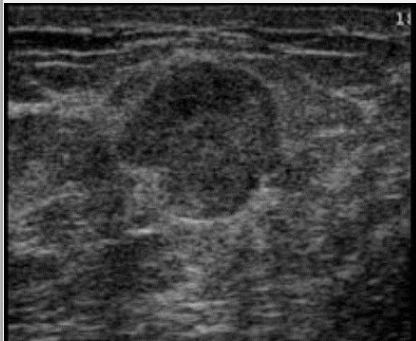


BI-RADS 4B

გაურკვეველი (საშუალო) ავთვისებიანობის რისკით აუცილებელია მორფოლოგიური ვერიფიცირება!

ავთვისებიანობის რისკის მანვენებლები:

- განტოტებები (არასწორი ფორმა, სივრცეში არარეგულარული ორიენტაცია)
- არასწორი კონტურები
- ვრცელდება სადინარში
- არასწორი საზღვრები
- არაერთგვაროვანი სტრუქტურა
- რადიალური ან პენეტრირებადი სისხლძარღვები



ტაქტიკა:
 CNB თუკი არ გვაქვს VAE
 VAE 1სმ და მცირე წარმონაქმნის დროს. ასევე თუკი CNB შედეგები არ ემთხვევა კლინიკურ და ულტრაბგერით მონაცემებს.

VAE - კორ ბიოფსიის შემდეგ ისეთი თუკი ისეთი მორფოლოგიური შედეგები როგორიცაა: ატიპიური ინტრადუქტული ეპითელიური პროლიფერაცია, რადიალური ნაწიბური ატიპიით, ლობულური ნეოპლაზია, ბრტყეუფრედოვანი ეპითელიური ატიპია, პაპილომა ატიპიის გარეშე; მუკოცელე ატიპიის გარეშე; კომპლექსური ცისტები. პაციენტის მოთხოვნით (კოსმეტიკური)

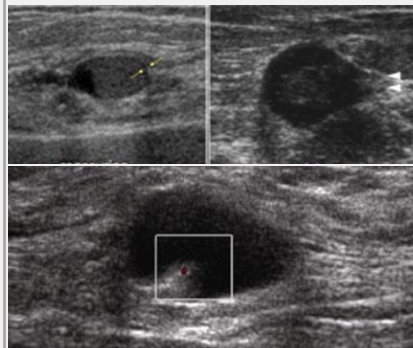
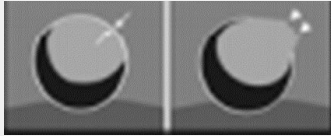
ექსციზია: თუკი 2სმ-ზე დიდია ან კორ ბიოფსიის შემდეგი მორფოლოგიური დიაგნოზის დროს: ადენოეპითელიომა; მიოფიბრობლასტომა; მიკროგლანდულური ადენოზი; პაპილომა ატიპიით.

VAE US გარეშე , არაპაპირებადი წარმონაქმნების ექსციზია უნდა იყოს ნინასწარი მონიშნვით!

BI-RADS 4B

კომპლექსური ცისტები

(სადიფერენციაციო გართულებულ ცისტასთან)
დაკუთხული, კაფსულის გარღვევა



ტაქტიკა:

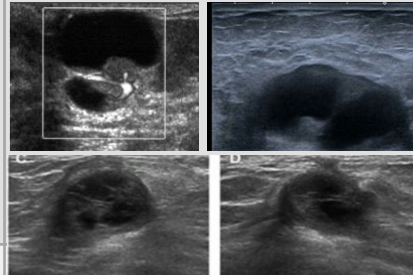
FNAB ნაჩვენები არ არის რადგან კიდითი წარმონაქმნი შეიძლება დაიკარგოს ასპირაციის შემდეგ
ნაჩვენებია CNB ან VAE.

ვაკუუმ ასპირაციული ექსციზია (VAE)
უმჯობესია

კომპლექსური ცისტები

5მმზე მსხვილი მსხვილი სეპტებით
(ტიხრებით)

სადიფერენციო ცხიმოვან ნეკროზთან



ტაქტიკა:

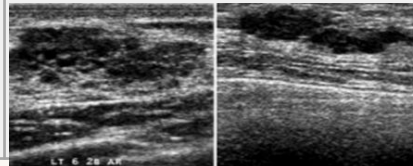
აქვთ ნეკროზი და დესტრუქცია
ნეკროზი ასევე ვითარდება სწრაფად მზარდი სადინროვანი კარცინომის დროსაც.

აუცილებელია CNB.

თუ კორ ბიოფსიის შედეგი არ ემთხვევა ულტრაბგერის მონაცემებს ნაჩვენებია VAE ან სექტორული რეზექცია

კომპლექსური ცისტები

ლოკალური მიკროციისტები
FCC ან DCIS



ტაქტიკა:

აუცილებელია მორფოლოგიური ვერიფიცირება

უმჯობესია VAE, თუ ვაკუუმ ასპირაციული ბიოფსიის ტექნიკური საშუალება არ არის მაშინ სექტორული რეზექცია მონიშნვით

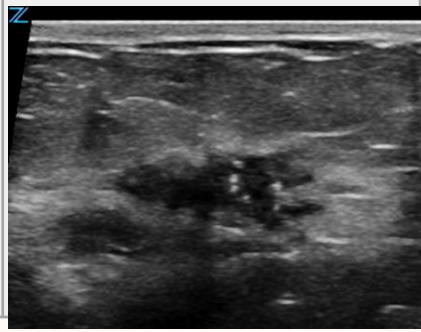
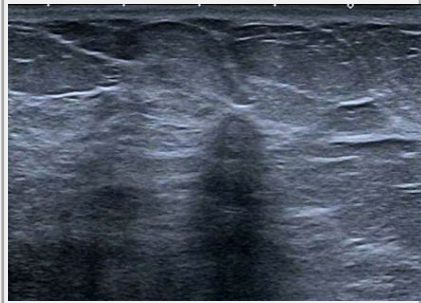


BI-RADS 4C

ავთისებიანიბის მაღალი პოტენციალი, 1სმ-მდე

ავთისებიანიბის მაღალი რისკის მაჩვენებლები:

- 1. ინვაზიის მაცვენებლები (ვარსკვლევოვანი ჰიპერექოგენური კიდეები) სინონიმებია: სხვისებრი კონტური, ირგვლივ ქსოვილების დეფორმაცია.
- 2. სიმაღლე მეტია სიგანეზე
- 3. დისტალური აკუსტუკური დაჩრდილვა (დორზალური ექორდილი)
- 4. მიკროკალცინატები



ტაქტიკა:

VAE - ვაკუუმ ასპირაციული ექსციზია (ამ შემთხვევაში როგორც ბიოფსია) უმჯობესია რადგან CNB-ს შემთხვევაში ცრუ-უარყოფითი შედეგები შეიძლება იყოს შემთხვევათა 30%-ში ულტრაბგერითი კონტროლისას და 50% რენტგენოლოგიური კონტროლისას.

VAE - ვაკუუმ ასპირაციული ექსციზია (ამ შემთხვევაში როგორც ბიოფსია) უმჯობესია მიკროკალცინატების დროს და DSIC-ზე ეჭვისას;

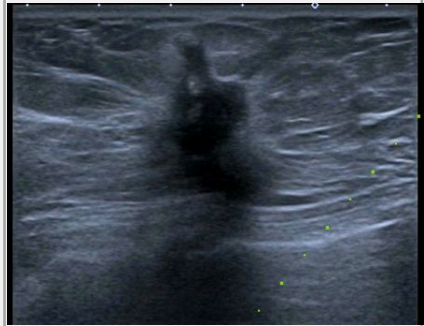
VAE - ვაკუუმ ასპირაციული ექსციზიის ტექნუკური საშუალების არარსებობისას ნაჩვენებია სექტორული რეზექცია (ღია ექსციზია წინასწარი მონიშნვით)

FNAB არ შეიძლება რადგან დიაგნოსტიკური ფასეულობა დისემინაციის რისკზე ნაკლებია.

BI-RADS 5

ავთვისებინაობის ალბათობის მაღალი პოტენციალი. 1სმ-ზე დიდი ზომის



სხივური ვარიანტი		ტაკტიკა: კორ-ბიოფსია ჰისტოლოგიური და იმუნოჰისტოქიმიური კვლევით VAE თუკი მორფოლოგიური დიაგნოზი არ ემთხვევა კლინიკურს და რადიოლოგიურს VAE როგორც სექტორული რეზექციის ალტერნატივა ნეოადიუვანტური ქიმიოთერაპიის შემდეგს პათომორფოლოგიური პასუხის შესაფასებლად.
ამეზიური ვარიანტი	