

ВЫСОКОАКТИВНЫЕ ЯДРЫШКИ ПЕРЕХОДНОГО ТИПА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА И ФИБРОАДЕНОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т.Н. Туганова, Л.С. Болгова, М.Г. Махортова, О.И. Алексеенко

Институт онкологии АМНУ, Киев

Основные компоненты ядрышек, связанные с процессами биогенеза рибосом, ядрышкообразующими регионами хромосом и выявляемые на их основе структурно-функциональные особенности активности ядрышек позволяют определять характер пролиферативных процессов. Цель — выявить значение показателей высокоактивных ядрышек переходного типа в дифференциальной диагностике рака (РМЖ) и фиброаденом молочной железы (ФМЖ). Среди ядрышек переходного типа выделяли 2 подтипа: для 1-го характерно периферическое распределение мелких, средних, реже — единичных крупных агрентофильных гранул (АГ); для 2-го — сочетанное периферическое и центральное расположение АГ различной величины с нарастанием количества средних и крупных. Выявлено, что в эпителиальных клетках при ФМЖ с признаками пролиферации эпителиального компонента в 90% пре-

обладали ядрышки 1-го подтипа и в 10% — 2-го. При этом в нуклеолонемных ядрышках 2-го подтипа преобладали мелкие (51,3%) и средние (36,0%) АГ, пылевидные и точечные АГ составили 1,5%, крупные — 11,2%. Количество ядрышек 2-го подтипа значительно увеличивается при умеренно дифференцированном железистом РМЖ (65%), в них преобладают средние (41%) и мелкие (34%) АГ. По сравнению с ФМЖ при РМЖ II степени злокачественности удваивается количество крупных гранул (13% против 26%). При низкодифференцированных вариантах железистого РМЖ ядрышки 2-го подтипа преобладают и составляют 72%. АГ в них преимущественно средние (37,7%) и крупные (33,8%), мелкие составляют 28,5%. Таким образом, по мере повышения степени злокачественности наблюдается увеличение количества ядрышек переходного типа с увеличением в них доли крупных АГ.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА МАСТОПАТИИ НА ФОНЕ ИНВОЛЮТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

М.С. Садыков

Казахский НИИ онкологии и радиологии, Алма-Ата

Были обследованы 74 женщины с мастопатией в возрасте от 35 до 70 лет с помощью комплекса методов — клинического, рентгенологического, цитологического и гистологического с применением пункционной биопсии. По результатам комплексного обследования у 33 женщин выявлен локальный фиброз, у 17 — киста, у 7 — липома, у 11 — фиброаденома, у 2 — интрамаммарный лимфатический узел, у 3 — рак; папиллома, сгруппированные кальцинаты и аксиллярный отросток железы — по одному случаю. Наиболее часто узловатая мастопатия встречалась у женщин в возрасте от 30 до 49 лет — у 60 (81,1±3%) больных из 74. Если клинический метод принимать за основной, то истинно узловатая мастопатия встречалась лишь в 33 (44,6%) наблюдениях. Маммография дала дополнительную информацию в 26 (35,1%) на-

блюдениях, последующее УЗИ внесло дополнительную информацию в 29 (39,2%) случаях; этот метод наиболее информативен при кистах (64,7±8%), при фиброаденомах (54,5,0±11%) и дает несколько больше сведений при липомах (50,0±3%). Наибольшие затруднения при дифференциальной диагностике возникают при плотном структурном фоне молочной железы, обусловленном либо хорошо развитой железистой тканью, либо выраженной диффузной мастопатией. Анализ материала показал, что в таких ситуациях локальный фиброз в 91% случаев выявляется маммографически, фиброаденомы — в 75%, а кисты — в 88% случаев при УЗИ. Таким образом, при плотных узловых образованиях предпочтительно тщательно анализировать информацию, полученную при маммографии, а при жидкостных — с помощью УЗИ.