**შესავალი**  
სარკოიდოზი იდიოპათიური სისტემური დაავადებაა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ანთებითი გრანულომური წარმონაქმნების განვითარება ქსოვილებში. ყველაზე ხშირად ის აზიანებს ფილტვებს, ლიმფურ კვანძებს, კანს, ღვიძლს, თვალებს, ელენთას, ფალანგის ძვლებს და ყბაყურა ჯირკვალს. თუმცა შესაძლოა შეგვხვდეს ნებისმიერ ქსოვილში.1  
﻿სარკოიდოზით სარძევე ჯირკვლის დაზიანება ძალზე იშვიათია, და ამ დაავადების ყველა შემთხვევის 1%-ში გვხვდება. უმეტესწილად, ძუძუში ამ პათოლოგიის აღმოჩენას წინ უძღვის დაავადების სისტემური სიმპტომების არსებობა. ძუძუს და/ან აქსილარული ლიმფური კვანძების დაზიანება, როგორც სარკოიდოზის პირველადი მანიფესტაცია, ძალზე იშვიათია.2,3

**შემთხვევის აღწერა**  
ავადმყოფი, ქალი 56 წლის, კლინიკაში შემოვიდა მარცხენა სარძევე ჯირკვალში წარმონაქმნის არსებობის გამო. ანამნეზში არ აღენიშნება სარძევე ჯირკვლების დაავადებები და მემკვიდრული წინასწარგანწყობა. გადატანილი აქვს კვანძოვანი ერითემა და ორჯერ სეფსისი 8 წლიანი ინტერვალით.   
**ობიექტური კვლევა**  
მარცხენა სარძევე ჯირკვლის ზედა ლატერალურ კვადრანტში ისინჯებოდა მკვრივი კონსისტენციის, უსწორო ზედაპირის, შეზღუდულად მოძრავი, უმტკივნეულო სიმსივნური კვანძი 4x3x3სმ ზომით, ხოლო იღლიის ფოსოში მრავლობითი, მომკვრივო კონსისტენციის ლიმფური კვანძები. პაციენტს არ აღენიშნება სარძევე ჯირკვლის დაავადებებისათვის დამახასიათებელი სხვა სიმპტომების არსებობა.  
**ულტრაბგერითი გამოკვლევა**  
მარცხენა სარძევე ჯირკვალი – ზედა ლატერალური კვადრანტის პროექციაზე ისახება 40x35მმ ზომის კვანძოვანი წარმონაქმნი, არაჰომოგენური ქსოვილოვანი ექოსტრუქტურითა და არასწორი კონტურებით.  
მარცხენა იღლიის ფოსო – ისახება 6-20მმ დიამეტრის მრავლობითი ლ/კ; მარცხენა ლავიწზედა ფოსო – ისახება რამდენიმე ლ/კ, დიამეტრი 6-18მმ; მარცხენა ლავიწზედა ფოსო – თავისუფალი; მარჯვენა სარძევე ჯირკვალი და ლიმფური კვანძები – თავისუფალი.  
**ციტოლოგიური გამოკვლევა**  
სტრომული ელემენტებისა და ერითროციტების ფონზე, ინახა მცირე რაოდენობით ნახევრადდაშლილი შიშველბირთვიანი უჯრედები, ეჭვი მიტანილ იქნა სკირზე. დიაგნოზის დასაზუსტებლად გადაწყდა სიმსივნური კვანძის ინტრაოპერაციული გამოკვლევა.  
დაიგეგმა ოპერაცია – ძუძუს სექტორული რეზექცია, სასწრაფო მორფოლოგიური კვლევით.   
ექსპრეს-დიაგნოზი – ინვაზიური კარცინომა. შესრულდა მოდიფიცირებული რადიკალური მასტექტომია. ოპერაცია გართულებების გარეშე.   
**ოპერაციული მასალის მაკროსკოპული კვლევა**  
მკვრივი კონსისტენციის წარმონაქმნი, ჩაზრდილი ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში. განაკვეთის ზედაპირზე ქარვისფერი, ცენტრში სისხლჩაქცევით, ზომებით 40x35მმ.   
ლიმფური კვანძები მომკვრივო კონსისტენციის, მორუხო-თეთრი ფერის, განაკვეთის ზედაპირზე წვრილმარცვლოვანი.  
ოპერაციული მასალა დაფიქსირდა ნეიტრალური ფორმალინის 10%-ან ხსნარში. სათანადო დამუშავების შემდეგ ნაჭრები ჩაყალიბდა პარაფინში. როტაციულ მიკროტომზე მომზადებული ანათლები შეღებილია ჰემატოქსილინითა და ეოზინით და პიკროფუქსინით. იმუნოჰისტოქიმიური გამოკვლევისათვის გამოყენებული იყო Dako-ს და Zytomed-ის მარკერები.  
**მიკროსკოპული გამოკვლევა**  
სარძევე ჯირკვალი – წილაკებსა და სადინარებში აღინიშნება მსხვილი უჯრედები, უპირატესად ჰიპერქრომული ბირთვებით. უჯრედების პოლარულობა დარღვეულია. ვლინდება სხვადასხვა ოდენობის სოლიდური სტრუქტურები. ყურადღებას იქცევს მრავალბირთვიანი გიგანტური უჯრედების არსებობა. სტრომა სუსტადაა წარმოდგენილი (სურ. 1).  
ლიმფური კვანძები – სტრუქტურა ნაწილობრივ ან მთლიანად ჩანაცვლებულია ერთმანეთთან მჭიდროდ განლაგებული ეპითელოიდურუჯრედული გრანულომებით. გრანულომები ძირითადად მონომორფულია და იმყოფებიან განვითარების ერთ ეტაპზე. ზოგიერთი გრანულომის ცენტრში გამოვლინდა პლაზმოლიზის სურათი. რამდენიმე გრანულომაში ინახა ლანგჰანსის ტიპის ერთეული გიგანტური უჯრედები (სურ. 2,3,4).  
იმუნოჰისტოქიმიური გამოკვლევით ესტროგენის ბირთვული (სურ. 5) და HER2/neu-ს მემბრანული (სურ. 6) ექსპრესია არ გამოვლინდა. პროგესტერონის სტატუსი (სურ. 7) – სუსტად დადებითი, პროლიფერაციული აქტივობა (სურ. 8) – მაღალი (45%).

**ჰისტოპათოლოგიური დიაგნოზი**  
შერეული შენების ინვაზიური კარცინომა, სოლიდური სტრუქტურებითა და პოლიმორფული უჯრედების მონაწილეობით. ავთვისებიანობის ხარისხი – III; იღლიის ლ/კ – ბენიე-ბეკ-შაუმანის დაავადება (სარკოიდოზი).  
**იმუნოჰისტოქიმიური დასკვნა**  
ER (-); PR (+); HER2/neu – 1+ ; Ki 67 – 45% (პოზიტიური).

**მკურნალობა**  
ჰისტოპათოლოგიური და იმუნოჰისტოქიმიური გამოკვლევების დასკვნის საფუძველზე, პაციენტს მიეცა შემდეგი სახის რეკომენდაცია: ქიმიოთერაპია 4 კურსი AC (ადრიამიცინი, ციკლოფოსფამიდი) სქემით, პრედნიზოლონის ფონზე.

**დასკვნა**  
მიგვაჩნია, რომ ზემოთ აღწერილი შემთხვევა საინტერესოა როგორც პრაქტიკული, ისე თეორიული თვალსაზრისით. ძუძუს კიბოსა და ლიმფური კვანძების სარკოიდოზის შეუღლება მეტად იშვიათია,4-6 ეს ორი მძიმე პათოლოგიის პათოგენეზში შესაძლო საერთო ფაქტორის თუ ფაქტორების არსებობის ვარაუდის გამოთქმის საშუალებას იძლე­ვა.  
საყურადღებოა პაციენტის ანამნეზში კვანძოვანი ერითემის არსებობა. სარკოიდოზის მიმდინარეობის ერთ-ერთ ტიპს წარმოადგენს ლევგრენის სინდრომი, რომლისთვისაც დამახასიათებელია სიმპტომთა შემდეგი ტრიადა: კვანძოვანი ერითემა, ბილატერალური ჰილარული ლიმფადენოპათია და ართრალგია.7  
იღლიის ფოსოში მრავლობითი გამკვრივებული ლიმფური კვანძების არსებობის შემთხვევაში, უნდა მოხდეს ლიმფურ კვანძებში პათოლოგიის ვერიფიკაცია. სიმსივნის ნეოადიუვანტურ რეჟიმში მკურნალობამ, შესაძლოა გამოიწვიოს სარკოიდოზით დაზიანებულ ლიმფურ კვანძებში მიმდინარე პათოლოგიური პროცესის პროგრესირება.