

Plaučių patologijos – vėžio ir tuberkuliozės darinio chirurginio gydymo ypatybės

Vladas Vencevičius

Respublikinė Santariškių tuberkuliozės ir plaučių ligų ligoninė

Raktažodžiai: plaučių tuberkuliozės ir vėžio koegzistencija, plaučių tuberkuliozės ir vėžio chirurginis gydymas, plaučių tuberkuliozės klinikinė eiga sergant plaučių vėžiu.

Santrauka. Straipsnis skirtas svarbiai problemai – plaučių tuberkuliozės ir vėžio patologijos derinio ftiziochirurgo praktikoje. Neretai plaučių tuberkuliozė predisponuoja plaučių vėži. Respublikinėje Santariškių tuberkuliozės ir plaučių ligų ligoninėje 1990–2002 m. operuoti 358 ligoniai, sirgę plaučių vėžiu, iš jų 21 (5,8 proc.) dėl plaučių patologijos, t. y. plaučio vėžio ir tuberkuliozės derinio. Aštuoniems ligoniams jau iki operacijos patvirtintas šių dviejų patologijų derinys. Centrinis vėžys nustatytas 12, o periferinis – 9 pacientams. Atliktos 9 pulmonektomijos, 8 – lobektomijos, 4 – probatorinės torakotomijos.

Remiantis histologinio tyrimo duomenimis, 14 ligonių patvirtinta plokščialąstelinio vėžio diagnozė, 5 – adenokarcinoma, 2 – blogai diferencijuotas vėžys. Pooperacinių komplikacijų radosi 7 ligoniams, 2 mirė. Likusių ligonių gydymas buvo derinamas su onkologais.

Išvados. Plaučių tuberkuliozės ir plaučių vėžio deriniui įtakos turi ne tiek aktyvi plaučių tuberkuliozė, kiek potuberkulioziniai radiniai ir skleroziniai pokyčiai.

Įvadas

Plaučio patologijos – plaučio vėžio ir tuberkuliozės derinys jau seniai domina įvairių šalių mokslininkus. Jau nuo 19 amžiaus vidurio vyksta diskusijos apie plaučių vėžio ir tuberkuliozės koegzistenciją, tačiau nuomonės dėl abiejų plaučių ligų galimybių skirtingos: nuo teigimo, kad tuberkuliozė predisponuoja gretutinę ligą – plaučių vėžį iki kategoriško tvirtinimo apie šių ligų antagonistiską nesuderinamumą. Pastarosios nuomonės laikėsi P. Virchovas ir K. Rokitanskis (1854 m.), kurie pirmieji nustatė šią patologiją. Tačiau, didėjant šių ligų skaičiui bei tobulėjant diagnostikai, dalis mokslininkų yra tos nuostatos, kad susiformavę randai sudaro sąlygas plaučių vėžiui (1, 2). Dabar yra pakankamai įrodymų, kad tuberkuliozė kaip ir kitos lėtinės plaučių ligos sudaro didelę plaučių vėžio riziką (1, 3).

Žymūs patalogoanatomai N. A. Dacosta ir G. G. Kinare, remdamiesi autopsinės medžiagos duomenimis, nustatė, kad plaučio vėžio ir tuberkuliozės patologija siekia iki 13,1 proc. tirtų atvejų (4). A. Watanabe su bendraautorais pateikė 758 plaučių vėžiu sergančių ligonių tyrimų duomenis, plaučio vėžio ir tuberkuliozės derinys patvirtintas 2,1 proc. ligonio (5). Jau pateikti išsamių tyrimų duomenys, kurie patvirtina, kad plaučių vėžio priežastis gali būti potuberkulioziniai randai, susiformavę po išgydytos tuberkuliozės (6, 7). Dalis autorių pažymi, kad plaučių patologija susijusi su plaučių vėžiu dažnėja, o klinicistai privalo stebėti ak-

tyvia plaučių tuberkulioze persirgusius pacientus, nes jie sudaro plaučių vėžio rizikos grupę (3, 8, 9).

Reikia pažymėti, kad dalis ligonių po prieštuberkuliozinio gydymo buvo pasveikę, bet vėliau buvo rasta tuberkuliozės mikobakterijų jų skrepliuose. Tai buvo interpretuojama kaip tuberkuliozės atkrytis, ir jiems vėl buvo tęsiamas specifinis gydymas. Tačiau jų būklė pablogėjo ir tik po nuodugnaus ištyrimo paaiškėjo, kad buvusios tuberkuliozės fone prasidėjo vėžinis procesas. Todėl periodiniai tokių pacientų patikrinimai yra būtini.

Tyrimo medžiaga ir metodai

1990–2002 m. Respublikinėje Santariškių tuberkuliozės ir plaučių ligų ligoninės Ftiziochirurgijos skyriuje dėl plaučių vėžio operuoti 358 ligoniai, iš jų 21 (5,8 proc.) patvirtinta plaučio vėžio ir tuberkuliozės patologija. Visi ligoniai vyrai, amžiaus vidurkis – 56,4 metų.

Ligonių ištyrimui taikyti šiuolaikiniai diagnostikos metodai: rentgenologinis, kompiuterinės tomografijos, bronchologinis (videobronchoskopija), bakterioskopinis, bakteriologinis (*Bactec* metodika) ir citologinis skreplių tyrimas. Atlikus šiuos tyrimus, aštuoniems ligoniams (38,1 proc.) patvirtintas plaučio vėžio ir tuberkuliozės derinys iki operacijos, o likusiems ligoniams diagnozė patvirtinta po operacijos. 13 (61,9 proc.) ligonių prieš operaciją skrepliuose rasta tuberkuliozės mikobakterijų (+). Aštuoni ligoniai buvo hospitalizuoti dėl ištyrimo atsiradus įvairaus intensy-

vumo kraujavimui ir atkostatintiems kraujo iš plaučių.

Remiantis rentgenologinio, kompiuterinės tomografijos bei morfologinio tyrimo duomenimis, net 17 ligonių (80,9 proc.) plaučio vėžio ir tuberkuliozės derinys rastas anksčiau pažeistuose plaučių tuberkulioze segmentuose, dviem ligoniams anksčiau nepažeistose plaučių dalyse, kitiem dviem vėžys lokalizavosi kitos pusės plautyje.

Rezultatai

Operacijų apimtį bei pobūdį lėmė ligonių amžius, būklė, gretutinės ligos, tuberkuliozės išplitimo laipsnis (tuberkuliozės procesas viename arba abiejuose plaučiuose). Plaučių tuberkuliozės procesą vertiname pagal formą bei fazę; plaučių vėžį – pagal anatominę topografiją ir histologinį tipą. Padarytos tokios operacijos: pulmonektomija – 9, lobektomija – 8, probatorinė torakotomija – 4. Centrinis plaučių vėžys diagnozuotas 12, periferinis – 9. Histologinio tyrimo duomenimis, patvirtintos tokios plaučių tuberkuliozės formos: fibrokaverninė – 7, diseminuota – 3, infiltracinė – 3, 8, nustatyta ryški metatuberkuliozinio pobūdžio pneumosklerozė (stambūs kalcinatai, sukietėjusių židinių sankaupos, pavienės ir dauginės tuberkulomos, plaučių cirozė). 14 (66,6 proc.) ligonių patvirtintas plokščiakūstelinis vėžys, adenokarcinoma – 5 (23,8 proc.) ir 2 (9,5 proc.) blogai diferencijuoto vėžio forma. Devyniems ligoniams dėl plaučio vėžio progresavimo anksčiau pažeistoje tuberkuliozės srityje radosi griuvimo ertmių, diagnozuota paūmėjusi tuberkuliozė. Operuotiems ligoniams patvirtintos II–III° vėžio išplitimo laipsnis. Pooperaciniu laikotarpiu 7 (33,3 proc.) ligoniams radosi įvairių komplikacijų, 2 (9,5 proc.) ligoniai mirė (vienas nuo tromboembolijos, antras nuo pulmokardialinio nepakankamumo). Tolesnis operuotų ligonių gydymas derintas su onkologijos specialistais.

Rezultatų aptarimas

Remdamiesi savo pateikta medžiaga, galime tvirtinti, kad tuberkuliozė tiek aktyvios, tiek neaktyvios fazės gali predisponuoti navikinį procesą. Pažymėtina, kad svarbų vaidmenį turi metatuberkulioziniai pokyčiai (net 17 ligonių nustatyta ta pati topinė lokalizacija, kuri turėjo įtakos vėžiniui procesui). Mes manome, kad plaučių tuberkuliozės derinį su navikine patologija tikslinga skirstyti į tris grupes:

1. Plaučių tuberkuliozė ir vėžys yra gretutinės tarpusavyje nesusijusios patologijos variantas.
2. Abu plaučių procesai tarpusavyje yra susieti, o postuberkulioziniai pokyčiai, bronchų ir alveolių deformacija bei epitelio displazija yra rizikos faktorius, kuris gali sukelti plaučio vėžį.
3. Progresuojant plaučių vėžiui, vyksta senų tuberkuliozinių židinių reaktyvacijų ir mikobakterijų išsivystymas.

Mes pritariame mokslininkų nuomonei ir paskelbtoms išvadoms, kad ligoniai, persirgę tuberkulioze, privalo periodiškai tikrintis, atsiradus nors mažiausių klinikinių plaučių ligos simptomų. Tokiems ligoniams būtina atlikti rentgenologinį tyrimą, o prireikus atlikti skreplių citologinį tyrimą siekiant diagnozuoti pradinės stadijos vėžį.

Išvados

1. Ryšys tarp plaučio vėžio ir tuberkuliozės yra akivaizdus ir patvirtintas 5,8 proc. ligonių, operuotų dėl plaučio vėžio ($p < 0,05$).
2. Tarp ligonių, sergančių plaučių patologija – plaučių vėžiu ir tuberkulioze, vyravo plokščiakūstelinis vėžys (66,6 proc.).
3. Pooperacinė plaučių patologijos diagnozė galutinai patvirtinta remiantis histologinio ir bakteriologinio tyrimo duomenimis.

Surgical approach in treatment of associated lung pathology – lung cancer at tuberculosis

Vladas Vencevičius

Republic Santariškės Tuberculosis and Lung Diseases Hospital, Vilnius, Lithuania

Key words: pulmonary tuberculosis, lung cancer, lung cancer associated with tuberculosis.

Summary. We analyzed 21 cases of coexistent pulmonary tuberculosis and lung cancer in the article. All these patients were operated on: pneumonectomy – 9 (42.8%), lobectomy – 8 (38.1%), and explorative thoracotomy – 4 (19%). The mortality was 9.5%. The development of cancer on the site of previous active tuberculosis and residence metatuberculosis changes was evident. This shows the importance of the control strategy of patients on going tuberculosis.

Conclusions. Post tuberculosis pulmonary dysplasia is influenced not only by active pulmonary tuberculosis; in addition it can be influenced by post tubercular findings and sclerotic changes.

Literatūra

1. Aoki K. Excess incidence of lung cancer among pulmonary tuberculosis patients. Jpn Y Clin Oncol 1993;23:205-20.
2. Wu AH, Fontham ET, Reynolds P, et al. Previous lung diseases and risk of lung cancer among lifetime nonsmoking women in the United States. Am Epidemiol 1995;141:1023-32.
3. Drent M, Wagenaar SS, Mudler PH, et al. Bronchoalveolar lavage fluid profiles in sarcoidosis, tuberculosis. An evaluation of differences. Chest 1994;105:514-9.
4. Dacosta NA, Krinare SG. Association of lung carcinoma and tuberculosis. J Postgrad Med 1991;37:185-9.
5. Watanabe A, Tokue Y, Takashi H, et al. Management of mycobacteriosis in general hospital with out isolation ward for tuberculosis patients. Clinical study on pulmonary tuberculosis associated with lung cancer patients. Kekkaku 1999; 74:157- 62.
6. Zhingel IP, Tsimmerinov IE. Diagnosis of cancer of the lung in patients with tuberculosis subjects with post-tuberculosis changes of the lungs. Probl Tuberkuloza 1999;6:26-9.
7. Kodolova IM, Kogan EA. Morphogenetic relationships between tuberculosis and peripheral lung carcinoma. Arkh Patol 1996;3:52-60.
8. Braude VI. High incidence of bronchogenic cancer in patients with pulmonary tuberculosis. Probl Tuberkuloza 1984;8:55-8.
9. Belenkaja TJ, Federovitsh VS. Diagnosis and treatment of pulmonary tuberculomas. Probl Tuberkuloza 1989;9:68-9.

Straipsnis gautas 2003 08 25, priimtas 2003 11 05

Received 25 August 2003, accepted 5 November 2003