

312.6:616.24—006.04—08—079

## ROZBOR NEMOCNÝCH LÉČENÝCH PRO ZHOUBNÉ NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ PLIC V R. 1963—64 VE VÚCHP V NOVÉ POLIANCE

Podplukovník MUDr. Jiří SALZMANN

Vojenský ústav pro choroby plicní v Nové Poliance (náčelník doc. dr. O. Haňák, CSc.)

Stále častější výskyt zhoubných nádorů plic přivádí i do tbc. léčeben větší počet nemocných takto postižených, a to buď s diagnózou tbc. onemocnění, nejčastěji jako tuberkulom, nebo pro upřesnění diagnózy. I v našem ústavu se v poslední době setkáváme s nádory plic, a rozhodli jsme se proto vyhodnotit si jejich průběh a výsledky léčení. Za dobu dvou let, 1963 a 1964, bylo přijato do našeho ústavu 17 nemocných zhoubným nádorem plic, z toho 2 ženy, ostatní muži. Věkové rozvrstvení je patrné z tabulky 1.

VĚK

Tab. 1

Věkové skupiny	Počet
do 30 let	1
31—40 let	2
41—50 let	3
51—60 let	8
nad 60 let	3

Zajímalo nás, jak dlouho trvalo, než se nemocný dostal od prvních projevů příznaků do odborného ústavu k léčení. Tuto anamnézu ukazuje tab. 2.

ANAMNÉZA

Tab. 2

Trvání anamnézy	Počet
do 1 roku	13
1—2 roky	1
nad 2 roky	3

Z této tabulky je vidět poměrně překvapující zjištění, že převážná většina nemocných přišla k odbornému léčení do 1 roku. Přitom nejkratší doba, za níž bylo vysloveno podezření na zhoubný nádor, byla 1 měsíc, nejdelší pak 2 roky. Průměrná doba stanovení diagnózy činila 4,8 měsíce. Nejkratší doba, za níž byl nemocný poslán k chirurgickému výkonu, byla 2 měsíce, nejdelší 2,25 roku. Přestože by se tedy zdálo, že se nemocný dostává k odbornému léčení poměrně brzy, byl rozsah procesu takový, že 8 nemocných bylo inoperabilních již při přijetí do ústavu, u 2 byla provedena pouze explorativní tora-

POTÍŽE

Tab. 3

Příznaky	Počet
teploty	2
dušnost	4
kašel suchý	4
kašel vlhký	5
nespavost	1
bolesti hrudníku	3
bolesti v zažív. tr.	2
malátnost	1
nechutenství	1
bez obtíží	2

kotomie. Potíže, které vedly k podezření na zhoubný nádor, jsou vyznačeny v tab. 3.

Kuřáků bylo celkem 10, z toho 5 silných, jeden nemocný byl vystaven působení chemických škodlivin. Zajímavý je způsob zjištění onemocnění. Při široce rozvětvených depistážních akcích v našem státě, při pravidelných prohlídkách na pracovištích, je překvapující, že takovouto akcí byla zjištěna pouze 2 onemocnění, 1 náhodou a 14 nemocných vyhledalo lékaře pro potíže. Z toho vidíme, že depistáž plicních nádorů není u nás stále ještě dostačující, že značný počet obyvatelstva v nebezpečném věku uniká i z hromadného snímkování při depistáži tbc. Skutečnosti, že většina nemocných vyhledala lékaře až při potížích, zavinilo velký rozsah nálezů, s nímž se nemocný dostal k odbornému ošetření. Tabulka 4 ukazuje hodnoty sedimentace u všech našich nemocných. Vidíme z ní, že FW nemůže být vodítkem pro stanovení diagnózy a může nám sloužit nejvýše jako velmi nespolehlivý pomocný ukazatel.

Rovněž krevní obraz neukázal výrazné změny,

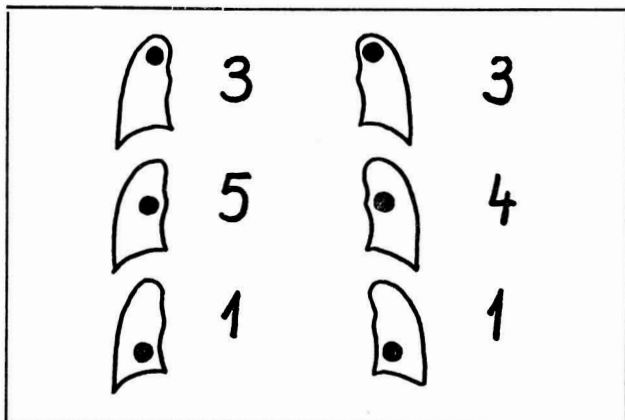
SEDIMENTACE

Tab. 4

Hodnoty	Počet
normální	5
do 30—50	5
nad 30—50	7

LOKALIZACE

Tab. 5



kteří by mohly být vodítkem pro upřesnění diagnózy. Na tabulce 5 je znázorněna lokalizace tumoru u našich nemocných. Rozdělení do všech plicních polí je téměř symetrické a nelze usuzovat na predilekci jednotlivých laloků.

Na další tabulce jsou zachyceny výsledky histologického vyšetření, a to všechny nálezy, ať již byla tkáň na vyšetření odebrána přímo z nádoru (u operovaných) nebo z bronchiální sliznice, popřípadě lymfatických uzlin u metastáz.

HISTOLOG. VYŠETŘENÍ

Tab. 6

Druh	Počet
spinocellul. ca	2
globocellul. ca	2
dlaždicobun. ca	2
anaplast. ca	3
lymfogranulom	2
metastázy ca mammy	1
nezjištěné	5

#### Způsob léčení a výsledky:

Jak jsme se již zmínili výše, většina nemocných byla přijata do našeho ústavu v době, kdy rozsah procesu, popřípadě tělesný stav nemocného, nedovolovaly chirurgický výkon. Ze 17 nemocných se podrobilo po přijetí 7 chirurgickému výkonu. U 4 byla provedena pneumonektomie, u 1 lobektomie a u 2 po otevření hrudníku zjištěn neoperabilní proces a hrudník opět uzavřen. Z 5 operovaných zemřel 1 za rok po operaci, 1 za 4 měsíce po operaci. Ostatní jsou v dobrém stavu a pod kontrolou od 7 do 12 měsíců. Dva nemocní, u nichž se zdálo, že proces je ještě operabilní, výkon odmítli, jeden z nich se pro zákrok rozhodl později (po 4 měsících). Byla u něho provedena torakotomie a zjištěna inoperabilita. Z 8 inoperabilních nemocných zemřel 1 za 3 dny

po přijetí do ústavu a 2 za dva měsíce po přijetí. Ostatní po prodělané aktinoterapeutické kúře jsou naživu v nezměněném stavu.

#### Diskuse

V naší práci jsme se pokusili zhodnotit dosavadní způsob zachycování nemocných s maligními nádorovými onemocněními plic. Domnívali jsme se, že při rozsáhlé péči, která se u nás věnuje preventivním prohlídkám obyvatelstva, zvláště pak při rozsahu u nás prováděné řadové radiofotografie, bude většina nemocných nádorovým onemocněním plic zachycena při těchto akcích. Při rozboru našich nemocných se ukázalo, že tomu tak není, že naopak drtivá většina přišla k lékaři až v době prvních klinických příznaků, tj. v době, kdy je již na aktivní léčbu pozdě. Takto postižení patří do všech věkových skupin, i když se zdá, že mladší ročníky jsou snad přece jen lépe podchyceny. Naskytuje se však otázka kvality těchto vyšetření. Jak je možné, že u mladého důstojníka, který byl podle své výpovědi rtg. vyšetřen na podzim jednoho roku, byl v únoru následujícího roku zjištěn inoperabilní karcinom takového rozsahu, že není možné, aby se byl rozvinul v tak krátké době. U jiného nemocného v šestém deceniu bylo při prvním vyšetření na středisku vysloveno podezření na tumor plic, po dalších vyšetřeních na různých nemocničních odd. diagnóza změněna na tbc, jako tuberkulózní byl léčen, nakonec byl odeslán do ústavu s rozsáhlým karcinomem a zemřel tři dny po přijetí. Stává se, že mnohá pracoviště při prvním vyšetření na nádorové onemocnění nemyslí, a když později změní svou diagnózu, trvá velmi dlouho, než je nemocný odeslán do léčebného zařízení, které má možnost zahájit účinnou léčbu. Překládání nemocného z jednoho zdravotnického zařízení do druhého má za následek oddalování účinné léčby, protože každé pracoviště si provádí určitá vyšetření znovu, ačkoli má k dispozici dokumentaci z prvního ústavu. Často také je předložená dokumentace neúplná, zvláště chybějí výsledky histologických vyšetření u dříve provedených probatorních excizií. Konečně poslední závažnou chybou je, že pracoviště mající možnost účinné chirurgické léčby dosti dlouho váhá s provedením explorativní torakotomie u nemocných, kde nemá z ostatních vyšetření zcela jasno, že jde o maligní tumor. Podle svých, byť dosti skromných zkušeností, se domníváme, že u každého nemocného s podezřením na nádor plicní, pokud to jeho celkový stav jen poněkud dovoluje, je nutno provést torakotomii a podle lokálního nálezu případnou resekci. Jedině tak se vyvarujeme toho, že zbytečným vyčkáváním propaseme vhodnou dobu k úspěšnému chirurgickému výkonu. Otázkou zůstává ještě další doléčení. Ačkoli některá naše pracoviště provedením operace skončí svou péči o nemocného, pokládáme ze bezpodmínečně nutné zajistit ještě další doléčení na onkologickém odd. Jedině tak můžeme zajistit plný úspěch naší léčby.

### **Závěr**

Pokusili jsme se zhodnotit některé okolnosti, které vedou k pozdnímu zahájení aktivní léčby u nemocných se zhoubnými nádory plic. Za hlavní příčiny považujeme nedostatečnou depistáž, a to zvláště u starších ročníků, dále poměrně

pozdní stanovení diagnózy, zaviněné často i několikerým překládáním nemocného z ústavu do ústavu, a konečně váhání při rozhodování o radikálním řešení u nemocných, kde z ostatních vyšetření není diagnóza maligního procesu s určitostí prokázána.