

616-002.5-091:616.24-089-036.8

PATOLOGICKOANATOMICKÁ AKTIVITA TUBERKULÓZNÍHO PROCESU A DLOUHODOBÝ POOPERAČNÍ PRŮBĚH

MUDr. Miloslav KORHOŇ, prof. Imrich KOSTOLNÝ, prof. MUDr. Ondrej HALÁK,
MUDr. Ladislav FALUDI, MUDr. Josef FERANČÍK, MUDr. Terézia FERANČÍKOVÁ,
MUDr. Klára LAKATOŠOVÁ, pplk. MUDr. Antonín RÁKAY, plk. MUDr. Jiří SALZMANN,
plk. MUDr. Dušan SKOKŇA, MUDr. Alena ŠTEFÁNIKOVA

I. chirurgická klinika PU Olomouc (přednosta: prof. MUDr. Z. Šerý, DrSc.)

II. chirurgická klinika UK Bratislava (přednosta: akad. K. Šiška, DrSc.)

Klinika tuberkulózy a chorob respiračních UK Martin

(přednosta: prof. MUDr. O. Haňák, DrSc.)

Vojenský ústav pro choroby plicní, Nová Polianka (náčelník: plk. MUDr. D. Skokňa, CSc.)

Většina prací zabývajících se morfologickými nálezy resekčních preparátů nemocných s plicní tbc je usměrněna praktickou potřebou zkoumání rozsahu, aktivity, typu primární plicní léze apod. s ohledem na potenciální nebezpečí vzniku pooperačních komplikací. Sami jsme také některé naše dřívější rozborů zaměřovali právě tímto směrem, zejména když jsme si všimli přírodního bronchu tbc lézí (3, 6, 7), nemocných rezistentních na antituberkulotika (4) apod. Dnes bychom se chtěli pokusit globálně odpovědět na otázku, zda dlouhodobý pooperační průběh našich nemocných byl nějak výrazněji ovlivněn aktivitou a rozsahem procesu zjištěného v plicním resektátu.

Jsme si ovšem vědomi, že tento klinický průběh po resekčním výkonu může být ovlivněn i řadou jiných činitelů, jako je intenzita a délka pooperační léčby, citlivost na antituberkulotika, disciplinovanost nemocného a též i pooperační komplikace nezávislé na primárním onemocnění. V neposlední řadě padá v úvahu i reaktivace ponechaného drobnějšího ložiska, které původně nevzbuzovalo větší obavy. Jde tedy vesměs o faktory, které se naprosto nedají vyčíst z pouhého morfologického resekčního nálezu.

Nadto je zde ještě jedna otázka, kterou jsme se již dříve snažili řešit (5): po šestiměsíční léčbě antituberkulotiky byla bakteriologická aktivita ložiska v resekčních preparátech našich nemocných v 18 %, na rozdíl od histologické positivity, kterou jsme prokázali v celých 84 %. Přitom třeba připomenout, že v písemnictví existují zcela rozdílné názory na význam obou nálezů, bakteriologického a mikroskopického, z nichž jedni pokládají za základní kritérium aktivitu mikroskopickou (2), druzí pozitivitu bakteriologického nálezu (1).

Z celkového počtu sledovaných nemocných jsme potřebné údaje k našemu srovnání získali od 105 nemocných a statisticky jsme je zpracovali. Pokud jde o základní typy jednotlivých lézí plicního parenchymu, našli jsme

kavernu 31krát
tuberkulom 24krát

fibrokazeózní ložisko 29krát
kazeózní pneumonii 9krát
otevřeně se hojící dutinu 8krát
specifické bronchiektázie 4krát

Naše nemocné jsme před vlastním statistickým hodnocením rozdělili do několika skupin:

a) podle klinických příznaků

1. nemocní bez potíží a jen s poměrně krátkodobou pracovní neschopností po operaci do 1 roku
2. nemocní s menšími obtížemi nebo s pozitivním rtg nálezem masivních adhezí apod.
3. vážné pooperační obtíže, exity na základní onemocnění, recidivy, reoperace apod.

b) podle rozsahu plicní léze

1. malé solitární ložisko do 1½ cm, ohraničené maximálně na dva plicní segmenty
2. větší a mnohočetné léze, nález v rozsahu plicního laloku
3. rozsáhlý nález, zaujímající více laloků plic

c) podle aktivity specifického procesu

1. bez histologické aktivity, nebo ojedinělé rudimentární granulace
2. středně vyznačená aktivita bez čerstvého rozpadu
3. vysoce aktivní rozpadající se neohraňovaná ložiska.

Výsledky statistického hodnocení a srovnání jednotlivých skupin:

Pro přehlednost jsme z velkého množství získaných číselných údajů vybrali jen některé činitele. U jednotlivých typů lézí jsme vyčíslili nemocné s vážnými pooperačními obtížemi:

kaverna 13,6 %
tuberkulom 8,3 %
fibrokazeózní ložisko 14,3 %
kazeózní pneumonie 11,2 %
otevřeně se hojící dutina 37,5 %
spec. bronchiektázie 20 %

Přes možnost chyby malých čísel zde stojí za zmínku poměrně vysoké procento kompli-

kovaného pooperačního průběhu u 8 nemocných s otevřeně se hojící dutinou. Tento typ léze jsme dříve pokládali za účinnou a pokročilou formu hojení specifických dutin. V podstatě však jde o kavernu s často přetrvávající tenkou vrstvou specifických granulací.

Závažné obtíže u nemocných s různým rozsahem léze:

u lézí minimálního rozsahu v 9,6 % (5 z 52)
u rozsáhlých lézí v 33,3 % (6 z 18)

Závažné pooperační obtíže u nemocných s různou histologickou aktivitou procesu:

neaktivní ložiska v 11,1 % (8 ze 71)
výrazná aktivita v 41,5 % (5 z 12)

Na posledních dvou tabulkách je vidět narůstající výskyt závažných potíží po operaci s velikostí léze a s narůstáním aktivity. Ukázalo se též, že nálezy zcela inaktivní a rozsahem nepatrné nechránily zcela nemocné od i závažnějších pooperačních obtíží, i když ani jednou zde nebyl exitus na základní onemocnění.

Ve skupině nemocných bez klinických obtíží po operaci a bez rtg výraznějšího nálezu převažovali nemocní s inaktivní drobnou lézí (v 60 %, tj. 25 ze 40), zatímco velký rozsah nebo vysoká aktivita byly jen v 10 % (4 ze 40).

Závěrem je možno říci k těmto statistickým srovnáním, že výskyt komplikací v dlouhodobém pooperačním průběhu se ukázal přibližně úměrný předoperačním nálezům plicní léze, pokud jde o jeho aktivitu a rozsah. Nepatrný rozsah ložiska nebo jeho vyhaslá

aktivita však neskýtají nemocnému plnou záruku zcela hladkého pooperačního průběhu.

Souhrn

Podán rozbor 105 nemocných s tbc plic, léčených resekci, u nichž srovnán rozsah a mikroskopická aktivita specifické léze s dlouhodobým pooperačním průběhem. Konstatováno, že výskyt pooperačních komplikací je přibližně úměrný aktivitě a velikosti patologické léze plic.

Literatura

1. Canetti, G.: Le bacille de Koch dans les lésions tuberculeuses traitées par exérèse après chimiothérapie. *Poumon*, 10, 1954, č. 3, s. 465–469.
2. Giese, W.: Beurteilung der Aktivität der Lungentuberkulose vom Standpunkt des Pathologen. *Tuberk. Arzt*, 1963, č. 11, s. 680–695.
3. Korhoň, M. - Hařák, O.: Přívodný bronchus tuberkulózních lézí. *Rozhl. tuberk.*, 26, 1966, č. 6, s. 301 až 305.
4. Korhoň, M. - Hařák, O. - Kostolný, I.: Patologicko-anatomické nálezy plic resekovaných pro tuberkulózu u nemocných rezistentních na antituberkulotika. *Rozhl. tuberk.*, 26, 1966, č. 4, s. 228–233.
5. Korhoň, M. - Hařák, O. - Kostolný, I.: K otázce aktivity tuberkulózního ložiska plic po antituberkulotické léčbě. *Brat. Lek. listy*, 64, 1975, č. 1, s. 1–128.
6. Rákay, A. - Kostolný, I. - Korhoň, M.: Výsledky štúdiu priedušiek a peribronchiálnych uzlín pri resekciách pľúc pre tuberkulózu. *Brat. Lek. listy*, 17/II, 1962, č. 4, s. 596–600.
7. Rákay, A. - Kostolný, I. - Korhoň, M.: Prognostický význam bronchiálnej a uzlinovej tuberkulózy pri pľúcnych resekciách. *Brat. Lek. listy*, 44/I, 1964, č. 2, s. 239–243.