

Streszczenie

Poprawa jakości diagnostyki obrazowej, zwłaszcza tomografii komputerowej, pozwala na wykrywanie coraz mniejszych zmian ogniskowych w płucach. Ocena wykrytych guzków w płucach jest jednym z najczęstszych, a zarazem najtrudniejszych zadań w diagnostyce pulmonologicznej. Z punktu widzenia klinicysty najważniejszym zadaniem jest rozróżnienie guzka łagodnego od złośliwego w kontekście konieczności ustalenia postępowania terapeutycznego i konsekwencji prognostycznych dla pacjenta. Szeroki zakres etiologii guzków płuc wymaga trudnej diagnostyki różnicowej. Większość zmian ma charakter łagodny, ale wyjaśnienie ich etiologii wiąże się z narażeniem pacjenta na kolejne dawki promieniowania, bronchofiberoskopię, biopsję płuca lub zabiegi torakochirurgiczne, takie jak wideotorakoskopia lub torakotomia, które niosą ze sobą ryzyko różnych powikłań, w tym śmierci. Rak płuca jest najczęstszą przyczyną zgonów spośród wszystkich nowotworów. Co roku na całym świecie na raka płuc umiera około 1,4 miliona ludzi. W Polsce zapadalność na ten nowotwór szacuje się na 38/100 000, a śmiertelność na 33,4/100 000, co wśród wszystkich nowotworów jest najczęstszą przyczyną zgonów mężczyzn, a u kobiet zajmuje drugą pozycję. Obraz kliniczny raka płuca nie jest charakterystyczny. Rolą lekarza pulmonologa jest prawidłowa interpretacja wyników badań obrazowych, a następnie stworzenie, we współpracy z chirurgiem klatki piersiowej i onkologiem, planu dalszej diagnostyki w oparciu o czynniki ryzyka i choroby współistniejące. W procesie tym należy uwzględnić także preferencje pacjenta.

Autor za główny cel badawczy postawił sobie ocenę aktualnie stosowanego procesu diagnostycznego u pacjentów z nowotworem płuca w oddziale chorób płuc i podjął próbę odpowiedzi na pytania: Jaka jest skuteczność badań diagnostycznych prowadzonych w oddziale chorób płuc pod względem ustalenia etiologii guza płuc i tym samym ocena:

- czy wyniki badań diagnostycznych uzyskane w trakcie diagnostyki w oddziale chorób płuc są wystarczające do zaplanowania procesu terapeutycznego;
- czy zakres badań stosowanych na oddziale pulmonologicznym umożliwia właściwą kwalifikację do zabiegu na oddziale chirurgii klatki piersiowej u chorych z guzem płuca.

Następnie, w oparciu o wyniki analizy obowiązującego modelu diagnostycznego, autor podjął się zadania opracowania propozycji zmodyfikowanego algorytmu diagnostycznego dla pacjentów ze zmianami guzkowymi płuc wykrytymi w badaniach obrazowych.

Materiał badawczy stanowiła grupa 74 pacjentów, w której odsetek mężczyzn w wieku 44-75 lat wynosił 54,1% (40 pacjentów), a kobiet w wieku 26-76 lat 45,9% (34 pacjentów). Na oddziale pulmonologicznym wykonano szereg badań diagnostycznych w celu ustalenia etiologii guza płuca. Podstawowym badaniem wykonywanym u 60,8% pacjentów były badania czynnościowe układu oddechowego, takie jak spirometria. Badania obrazowe (radiologiczne i ultrasonograficzne) wykonano prawie u wszystkich (98,6%) chorych na oddziale pulmonologicznym, nie były one jednak powtarzane u chorych, którzy byli aktualnie leczeni ambulatoryjnie. Badaniami, którymi pobrano materiał do oceny patomorfologicznej, były badania endoskopowe (głównie bronchofiberoskopia) wykonane u 71,6% i inne badania inwazyjne (głównie biopsja cienkoigłowa płuc) wykonane u 56,8% chorych. Testy wydolności układu krążenia oceniano u równego odsetka pacjentów co badania patomorfologiczne (95,9%). U wszystkich pacjentów (100%) oddziału chorób płuc wykonano badania mikrobiologiczne ukierunkowane przede wszystkim na zakażenie florą niespecyficzną i specyficzną (prątki gruźlicze i niegruźlicze). Po zakończeniu diagnostyki pulmonologicznej i konsultacji torakochirurgicznej wyselekcjonowaną grupę 22 chorych na raka płuca skierowano do dalszych zabiegów inwazyjnych do Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Wojskowej Akademii Medycznej – Centralnej Szpital Weteranów w Łodzi.

Wnioski:

- Skuteczność badań inwazyjnych wykonanych w oddziale pulmonologicznym w rozpoznaniu nowotworu złośliwego płuca wyniosła: dla bronchofiberoskopii 35,8%, dla biopsji transtorakalnej płuc 39,4%.
- Zgodność rozpoznań u pacjentów z guzem płuca diagnozowanych w oddziale pulmonologii poddanych następnie procedurom torakochirurgicznym wyniosła 70,59%.

- Współpraca oddziału pulmonologii w dziedzinie diagnostyki guzów płuca w połączeniu z uzupełniającą diagnostyką torakochirurgiczną pozwoliła na wykonanie zabiegów operacyjnych o optymalnej rozległości u 60,7% przy zgodności rozpoznań 83,87%.
- Ustalenie na oddziale pulmonologicznym diagnozy nowotworu złośliwego pozwalało z wysoką znamiennością statystyczną na zaplanowanie optymalnej procedury torakochirurgicznej (p-value=0,0029).
- Zmniejszenie rezerw wentylacyjnych wykazane w badaniach spirometrycznych było jedynym parametrem wykazującym ujemny związek statystyczny dla ustalenia diagnozy raka płuca (p=0,0485).
- Stwierdzono, iż 82,4% pacjentów przyjętych do diagnostyki guza płuca wymagało wdrożenia dodatkowego leczenia chorób współistniejących w tym: leczenia przeciwwzapalnego 70,3% pacjentów oraz terapii w chorobach układu krążenia 23,0%.