

Plaučių chondrohamartomų diagnostika

Diagnostics of pulmonary chondrohamartomas

Aba Vitėnas

*VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės „Santariškių klinikos“ Centro filialas, Radiologijos skyrius, Žygimantų g. 3,
LT-01102, Vilnius
El. paštas: avitenas@takas.lt*

Įvadas / tikslas

Plaučių disontogeniniai navikai – hamartomos – yra dažniausi iš visų periferinių nepiktybinių rutulinių plaučių darinių. Endobronchinė centrinė hamartoma (epistoma) pasitaiko labai retai. Kremzlinės struktūros plaučių hamartomos – chondrohamartomos ir osteochondrohamartomos – yra dažniausios. Darbo tikslas – apibūdinti plaučių hamartomas, sukongretinti jų rentgenologinius diferencinės diagnostikos žymenis ir tuo remiantis – klasifikaciją.

Ligoniai ir metodai

Plaučių hamartomos buvo nustatytos 43 ligoniams – 16–78 metų 28 vyrams ir 15 moterų. Visiems ligoniams atliktas kompleksinis radiologinis tyrimas – polipozicinė rentgenoskopija, rentgenografija, tomografija, skaitmeninė fluorografija, kompiuterinė tomografija. Bronchoskopija ir biopsija padaryta 31 ligoniui. Buvo atliekami ir kiti tyrimai: ultragarsinis, funkciniai plaučių mėginiai, specifinės laboratorinės reakcijos diferencinei diagnostikai nuo plaučių tuberkuliozės, kolagenozės, echinokokozės, alergozės.

Rezultatai

42 ligoniams diagnozuota periferinė ir vienam – centrinė hamartoma. Tipinė plaučių hamartomos lokalizacija – dešiniojo plaučio apatinė skiltis (21 ligonis, arba 49%). Centrinė endobronchinė hamartoma diagnozuota 42 metų ligoniui, ilgai sirgusiam lėtiniu bronchitu ir dažnai plaučių uždegimu. Operuota 30 ligonių. Devyni ligoniai iš 13 neoperuotųjų stebėti nuo 1 iki 14 metų. Periferinės hamartomos dažniausiai buvo besimptomės. 23 ligoniams hamartoma nustatyta atsitiktinai profilaktiškai tiriant plaučius dėl įvairių pilvo organų ligų arba atliekant fluorografinį tyrimą. Kitiems tirtiesiems hamartoma buvo diagnozuota sergant plaučių ligomis, tuberkulioze, alergoze, kolagenoze, įvairiais navikais. Dvylikai ligonių nepiktybinio plaučių naviko, arba hamartomos, diagnozė buvo tiksliai nustatyta poliklinikoje. Devyniems buvo įtartas pirminis vėžys arba metastazė, šešiams – specifinis infiltratas arba tuberkuloma, vienam – eozinofilinis infiltratas, vienam – echinokokas. Hamartoma 31 ligoniui buvo dešiniajame, 12 – kairiajame plautyje. Rentgenogramoje periferinė hamartoma buvo matoma apskritos formos ir ryškių kontūrų. Jos rentgenologinė struktūra buvo nevienoda. Šviesi (nekalcifikuota) hamartoma buvo matoma 14 ligonių. Kitiems 28 ligoniams diagnozuota kalcifikuota (inkrustuota arba tamsi) hamartoma, t. y. hamartochondroma (chondrohamartoma, osteochondrohamartoma).

Išvados

Nors plaučių hamartomos auga labai lėtai, pasitaiko labai greitai progresuojančių: 3 ligoniams, arba 7%, hamartomos per metus padidėjo iki 50%. Dažniausias jų variantas – hamartochondroma (chondrohamartoma). Piktybinių hamartomų nedidino. Pagal neoplazinės kalcinozės laipsnį plaučių hamartomos radiologiškai skirstomos į tris variantus: šviesas, inkrustuotas ir tamsias. Radiologai gali diferencijuoti dažniausius plaučių hamartomų variantus, tarp jų chondrohamartomas ir osteochondrohamartomas.

Reikšminiai žodžiai: disontogeniniai plaučių navikai, disembriomos, periferiniai plaučių navikai, hamartomos, hamartochondromos, neoplazinė kalcinozė, rentgenodiagnostika

Background / objective

Hamartomas, as dysontogenic tumours, are most common among all peripheral non-malignant “spherical” pulmonary formations. Endobronchial central hamartoma is rare and is usually diagnosed as “epistoma” (bronchial obturator). Among peripheral hamartomas, tumours of cartilaginous structure (chondrohamartomas and osteochondrohamartomas) are particularly common. The objective of the work was to describe pulmonary hamartomas and to concretize most common variations of hamartoma and their different radiological signs.

Patients and methods

Forty-three patients were diagnosed with pulmonary hamartoma (28 males and 15 females, 16–78 years old). In the hospital, clinical and laboratory tests were performed for all patients; complex radiological examination: polypositional X-ray radioscopy, radiography, tomography, digital fluorography, computed tomography. Thirty-one patients underwent bronchoscopy and biopsy, sonoscopy, functional lung tests, specific reactions.

Results

Forty-two patients had peripheral and one central hamartoma. The most typical localization of pulmonary hamartoma was the lower lobe of the right lung (21 patients, 49%). A central endobronchial hamartoma was diagnosed for a 42-year-old patient who had been ill for a long time with chronic bronchitis and frequent pneumonias. 30 patients were operated on. From 13 non-operated patients, 9 were followed up in dynamics for 1–14 years. Peripheral hamartoma usually was asymptomatic. Twenty-three patients were diagnosed occasionally during preventive pulmonary evaluation in case of different abdominal diseases or during fluorography. The others diagnosed as having hamartoma were ill with lung diseases, TBC, allergosis, collagenosis, different tumours. In out-patient settings, correct diagnosis of benign tumour or hamartoma was established for 12 patients, 9 were suspected as having cancer or metastases, 6 – specific infiltrate (tuberculoma), 1 – eosinophilic infiltrate and 1 – echinococcus; 31 patient had the tumour in the right, and 12 patients in the left lung. Radiologically, hamartoma is a spheric tumour with clear margins. As to the structure of the tumour, 14 patients had non-calcificated, “light” hamartoma, 28 had calcificated, “inlaid” and “hard” hamartochondroma. Thus, neoplastic calcinosis is characteristic of chondrohamartomas (osteochondrohamartomas) and occurs twice as often as hamartomas of other types.

Conclusions

Although hamartomas grow very slowly, there were rapidly increasing ones: for 3 patients (7%) the volume of hamartoma increased by 50% in a year. The most common type was hamartochondroma (chondrohamartoma). There were no malignant hamartomas. Therefore radiologists can diagnose most common variations of hamartomas as “light”, “inlaid” and “hard” ones.

Keywords: dysontogenous pulmonary tumours, dysembriomas, peripheral pulmonary tumours, hamartomas, hamartochondromas, neoplastic calcinosis, radiological diagnostics

Įvadas

Hamartoma yra nepiktybinis navikas, susidarantis iš hamartijos, kuri dažnai vadinama anomalium mazgu, gamtos klaida. Terminus „hamartija“ ir „hamartoma“ lygiai prieš 100 metų (1904-aisiais) pasiūlė žymus Austrijos morfologas E. Albrechtas. Remiantis šio mokslininko teorija, hamartija – tai dėl sutrikusios disembrionogenės susidaręs patologinis židiny (raidos anomalijos mazgas) vidaus organuose (plaučiuose, smegenyse) arba audiniuose (odoje, gleivinėje), kuriam būdingas netipinis normalių audinių išsidėstymo santykis, t. y. jų nenormali disproporcija. Hamartija, kaip įgimtas nepiktybinis plaučių darinys, gerokai dažniau susidaro periferinėse plaučių dalyse kaip pavienis ekstrabronchinis židiny. Rečiau ji pasireiškia intrabronchiniu centriniu mazgu dėl malformacinių gleivinės pokyčių [1, 2].

Plaučių periferinei ar centrinei hamartijai transformuojantis į navikinį židinį, susidaro hamartomos, kurios kitaip dar vadinamos disembrioniniais (disonogeniniais) navikais, nepiktybinėmis disembrionomis [3]. Jų malignizacijos indeksas yra labai mažas. Piktybinių hamartomų pasitaiko ypač retai (kiti sinonimiški terminai – hamartoblastoma, piktybinė disembrionoma) [3, 4].

Kai nepiktybinį naviką sudaro keletas nenormaliai, bet tolygiai pasiskirsčiusių audinių, jis vadinamas organoide hamartoma (sinonimai – mišri hamartoma, mezenchiminė hamartoma, nepiktybinė mezenchimoma). Jei vyrauja vienas iš audinių, hamartoma vadinama histioidine. Šios hamartomos yra dažnesnės. Jos skirstomos pagal tai, kokie audiniai dominuoja. Dažniausiai nustatomos kremzlinės struktūros histioidinės hamartomos – chondrohamartomos (kiti terminai – hamartochondroma, chondromatozinė hamartoma, ektopinė chondroma, enchondroma, chondroosteoma). Plaučių fibrohamartomos, angiohamartomos, miohamartomos, lipohamartomos ir adenohamartomos diagnozuojamos rečiau [3, 5].

Taigi chondrohamartoma yra dažniausias hamartomų (nepiktybinių disembrionų) variantas. Todėl terminas „plaučių chondrohamartoma“ yra tikslesnis negu platesnės reikšmės terminas „plaučių hamartoma“.

Priminsime, kad hamartomos yra antros pagal dažnį po adenomų tarp nepiktybinių plaučių navikų. Pažėžiame, kad adenomos yra dažniausi endobronchiniai centriniai navikai. Kita vertus, hamartomos sudaro didžiausią dalį nepiktybinių ekstrabronchinių periferinių navikų [1, 4]. Įdomu, kad JAV medicinos literatūroje terminas „hamartoma“ vartojamas retai. Tokie navikai dažniau vadinami adenochondromomis ir chondroadenomomis [6].

Plaučių hamartomų identifikacija iki operacijos iki šiol tebėra klinikinė problema. Darbo tikslas – apibūdinti plaučių hamartomas, sukongretinti rentgenologinius jų diferencinės diagnostikos žymenis ir tu remiantis – klasifikaciją. Darbas grįstas ilgamete asmenine klinicine patirtimi ir stebėjimais.

Ligoniai ir metodai

Per pastaruosius 30 darbo metų 43 ligoniams – 28 vyrams ir 15 moterims – buvo diagnozuotos plaučių hamartomos. Ligonių amžius – 16–78 metai. Ligoniams atliktas kompleksinis radiologinis tyrimas: polipozicinė rentgenoskopija, apžvalginė ir taikomoji rentgenografija, tomografija, kompiuterinė fluorografija, kompiuterinė tomografija. Bronchoskopija ir biopsija padarytos 31 ligoniui; 15-ai iš jų – bronchografija. Buvo atliekami ir kiti tyrimai: ultragarsinis, funkciniai plaučių mėginiai, specifinės laboratorinės reakcijos diferencinei diagnostikai nuo plaučių tuberkuliozės, kolagenozės, echinokokozės, alergozės.

Rezultatai ir jų aptarimas

Periferinė hamartoma nustatyta 42 ligoniams ir tik vienam netikėtai diagnozuota centrinė plaučių hamartoma. Navikas buvo dešiniame plautyje 31 ligoniui: 21-am – apatinėje skiltyje, 12-ai – kairiajame plautyje, vienodai dažnai viršutinėje ir apatinėje skiltyje. Operuota 30 ligonių, iš jų 22 – per vienerius metus nuo naviko diagnozavimo. Aštuoni ligoniai operuoti praėjus 2–7 metams nuo naviko diagnozavimo. Trylikai ligonių operacijos nedarytos. Priežastys įvairios. Devyni iš trylikos neoperuotųjų buvo stebėti. Stebėjimo trukmė – 1–14 metų. Neigiamos dinamikos nebuvo.

Hamartomos klinikinę raišką lemia jos lokalizacija, raidos tempas ir dydis. Tai ypač būdinga centri-

nei, palaipsniui didėjančiai ir siaurinančiai spindį endobronchinei hamartomai [7]. Pagal klasikinę Džeksono schemą, tokia hamartoma pirmiau mažina broncho spindį ir jo ventilaciją, vėliau, kai užanka iki 90% broncho spindžio, sudaro ventilinę stenozę ir galiausiai, esant visiškai obturacijai, sukelia skilties ar viso plaučio atelektazę [6]. Tokią klinikinės eigos raidą mes konstatavome 42 metų ligoniui, apie septynerius metus sirgusiam lėtiniu bronchitu ir du kartus persirgusiam plaučių uždegimu, patvirtintu rentgenologiškai. Tik trečią kartą poliklinikoje nustačius dešiniojo plaučio apatinės skilties uždegimą ir atelektazę, buvo įtartas plaučių vėžys, ligonis nusiųstas į mūsų kliniką. Atlikus fibrobronchoskopiją, nustatytas apatinio broncho spindį visiškai užkemšantis ovalus, lygių kontūrų patologinis darinys be aplinkinių audinių infiltracijos. Tokio tipo centrinis spindį užkemšantis broncho navikas vadinamas epistoma (broncho kamščiu). Įtarta, kad tai gali būti broncho karcinoidas. Atlikta žnyplinė biopsija. Patologo išvada: mikroidinė fibroadenomatozinė hamartoma. Ligonis operuotas. Atlikta apatinė lobektomija.

Periferinė hamartoma nesukelia subjektyvių simptomų, t. y. nusiskundimų, ir neturi specifinių ligos požymių. Todėl ją įtarti ir diagnozuoti remiantis klasikiniiais subjektyviais ir objektyviais tyrimais yra labai sunku. Ji dažniausiai nustatoma plaučių rentgenoskopijos būdu, netikėtai aptikus plaučių rutulinių darinį [1, 3, 8]. Mūsų praktikoje 14 ligonių hamartoma buvo nustatyta atsitiktinai, tiriant plaučius dėl kitų pilvo organų ligų arba krūtinės ląstos traumų. Iš 29 ligonių, kurie diagnozės patikslinimui ir gydymui buvo atsiųsti iš poliklinikos, 9-iems rutulinis periferinis plaučių darinys buvo konstatuotas profilaktiniu fluorografiniu tyrimu.

Dvylikai ligonių nepiktybinio plaučių naviko, arba hamartomos, diagnozė buvo tiksliai nustatyta dar poliklinikoje. Devyniems buvo įtartas pirminis vėžys arba metastazė, šešiams – specifinis infiltratas arba tuberkuloma, vienam – eozinofilinis infiltratas, vienam – echinokokas. Kai kurie ligoniai, kuriems buvo nustatyta hamartoma, sirgo ūminėmis ar lėtinėmis plaučių ligomis, tuberkulioze, alergoze, kolagenoze, onkologinėmis ligomis (prostato adenoma, krūties fibroadenoma arba mastopatija, gimdos mioma, endometriozė ir kt.). Svarbu pabrėžti,

kad visiems ligoniams atlikti laboratoriniai ir biocheminiai tyrimai bei specifinės reakcijos esminės diagnostinės reikšmės neturėjo.

Plaučių hamartomos diagnozė nustatoma kompleksiai ištyrus ligonį – padarius rentgeninį, endoskopinį bei histologinį biopsinės medžiagos tyrimą. Rentgeniniai hamartomos simptomai yra tokie: pavienis apskritas ar ovalios formos 1–3–5 cm skersmens patologinis rutulinis ryškių („monetos“ simptomas, „gaublio“ simptomas), rečiau grublėtų išorinių kontūrų darinys. Dviem ligoniams konstatavome grublėtas dideles 6 cm ir 7 cm skersmens hamartomas. Pagal lokalizaciją dešiniojo plaučio apatinę skiltį vadiname tipine hamartomų vieta – *locus typica, locus minoris resistentiae*, nes 48,8% navikų (21 ligoniui iš 43) diagnozuoti būtent šioje plaučių skiltyje.

Hamartomos formą dažniausiai padėdavo nustatyti detali rentgenogramų, skaitmeninių fluorogramų, kompiuterinių tomogramų analizė. Pagal naviko homogeniškumą rentgenologiškai skyrėme tris hamartomų variantus:

- ♦ šviesi (skaidri, minkšta, elastiška) hamartoma; jai būdinga šviesiai homogeniška struktūra;
- ♦ inkrustuota (standi) hamartoma; jai būdinga nehomogeninė struktūra dėl smulkių centrinių arba rečiau periferinių hamartomos kalcinozės židinių;
- ♦ tamsi (kalcinuota, kieta) hamartoma; jai būdingi aiškūs sukalkėjimo mazgai arba konglomeratai („kukurūzų spragėsių“ simptomas).

Patomorfologiškai naviko inkrustacija, sukalkėjimas ir sukaulėjimas rodo dominuojančių kremzlinių elementų neoplazinę distrofiją – pagrindinę chondrohamartomų ir osteochondrohamartomų savybę. Mūsų duomenimis, šviesi hamartoma konstatuota 14 ligonių, kitiems nustatyta inkrustuota ar tamsi hamartoma, t. y. chondrohamartoma ir osteochondrohamartoma, taigi jos pasitaikė du kartus dažniau.

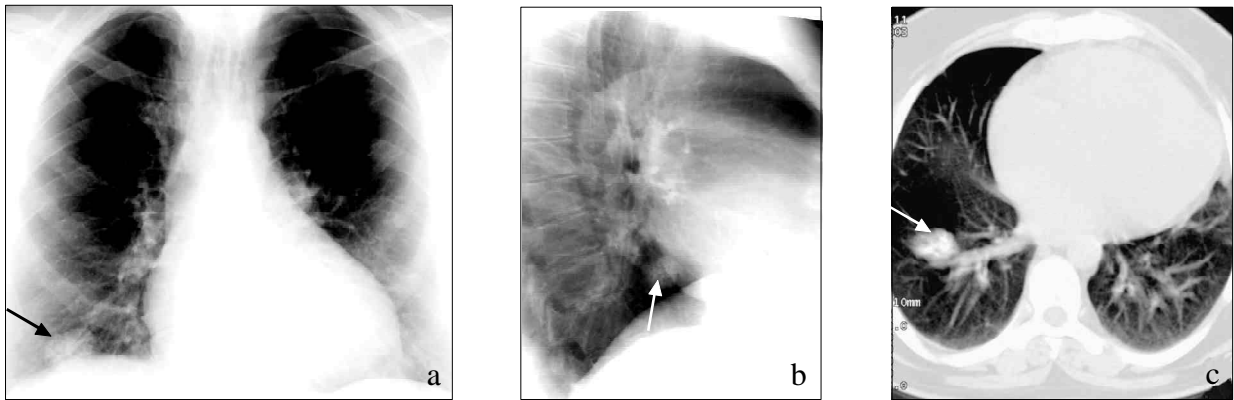
Nustatyti ir kiti rentgeniniai požymiai, būdingi hamartomoms: rentgeniškai nepakitęs perifokalinis plaučių audinys, plaučių šaknų ir pleuros reakcija (labai retai), tomogramose matomas normalus naviko epicentre broncho spindis (dažnai), bronchografinis guolio kontrastavimas arba „kontrastinio apvaldėlio“ simptomas, labai lėtas plaučio naviko didėji-

mas. Trims ligoniams nustatėme vadinamąją biologiškai aktyvią hamartomą, kuri per metus padidėjo 1,5–2 kartus. Literatūros duomenimis, hamartoma per metus vidutiniškai didėja 1–3 mm ir gali padidėti du kartus per 14 metų [7, 8]. Piktybinių hamartomų nekonstatavome, nors literatūroje aprašomos malignizuotos hamartomos (hamartoblastomos) ir retos dauginės hamartomos (hamartochondromos) [3, 7]. Kaip

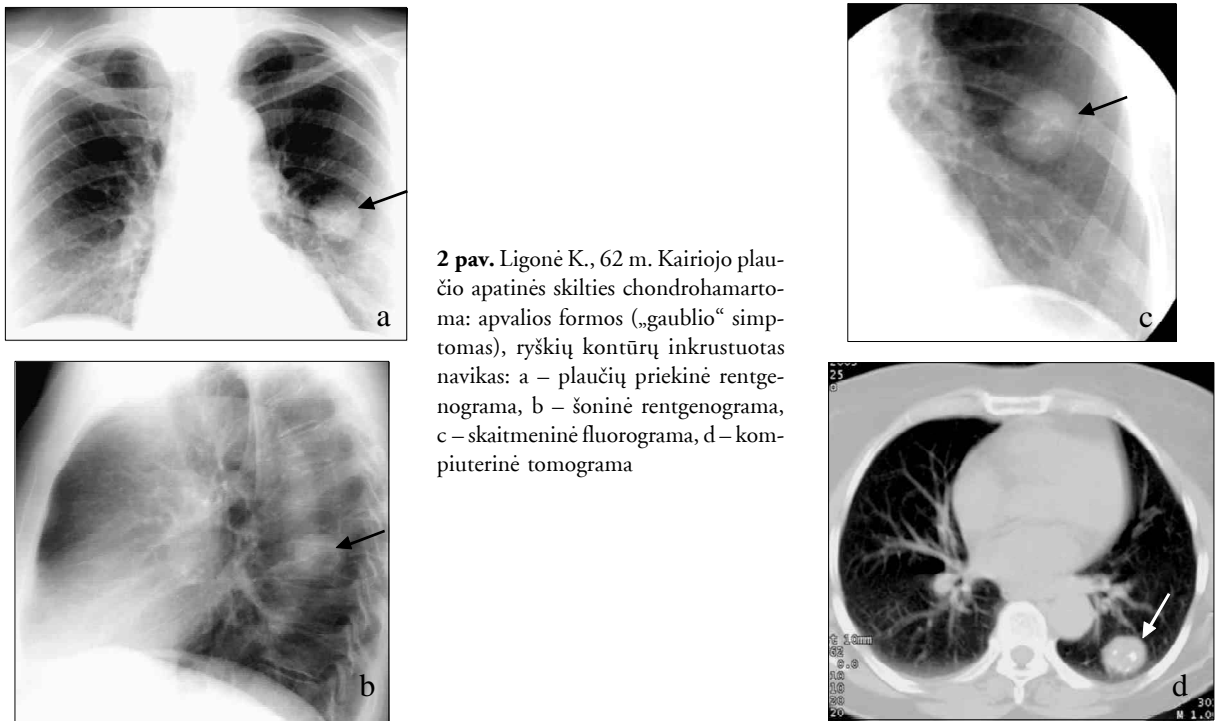
jau minėta, tai labai reti atvejai. Remdamiesi šiais mūsų duomenimis teigiame, kad radiologinė plaučių hamartomų diferenciacija ir diagnostika yra patikima.

Plaučių hamartochondromų radiologiniai vaizdai pateikiami 1–4 paveiksluose.

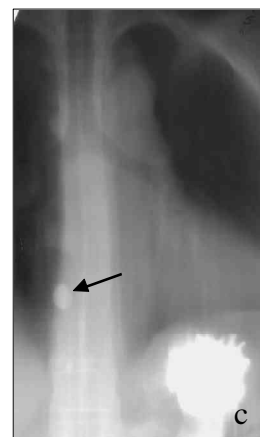
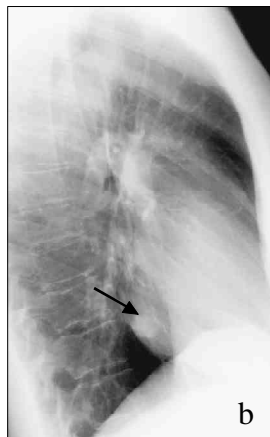
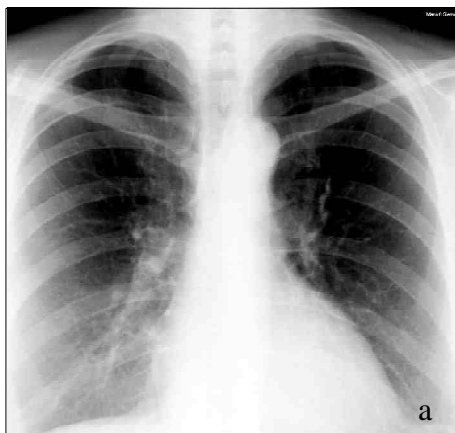
Plaučių hamartomos morfologinis makroskopinis vaizdas yra gana specifinis – jis apibūdinamas kaip polimorfinis. Tai gelsvos ar pilkos spalvos, elastinės



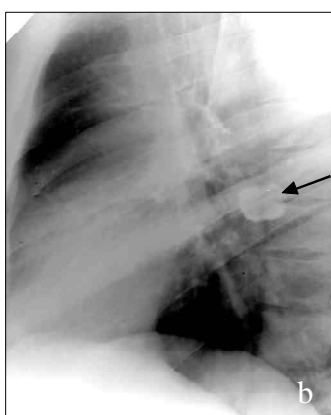
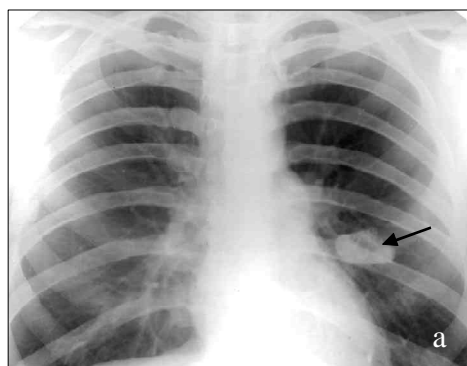
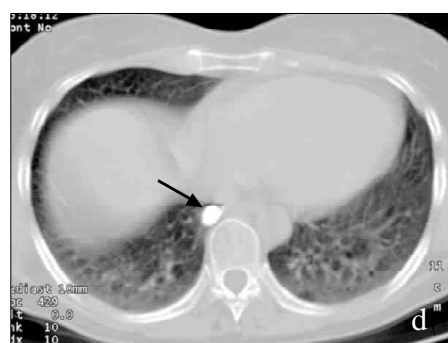
1 pav. Ligonis V., 48 m. Dešiniojo plaučio apatinės skilties periferinė chondrohamartoma: ovalios formos, ryškių kontūrų navikas su kalcinozės židiniiais centre: a – plaučių priekinė rentgenograma, b – šoninė rentgenograma, c – kompiuterinė tomograma



2 pav. Ligonė K., 62 m. Kairiojo plaučio apatinės skilties chondrohamartoma: apvalios formos („gaublio“ simptomas), ryškių kontūrų inkrustuotas navikas: a – plaučių priekinė rentgenograma, b – šoninė rentgenograma, c – skaitmeninė fluorograma, d – kompiuterinė tomograma



3 pav. Ligonė K., 49 m. Tipinės lokalizacijos periferinė hamartoochondroma: ovalios formos, ryškių kontūrų, labai intensyvios struktūros (kaulo tankio) navikas: a – plaučių priekinė rentgenograma, b – šoninė rentgenograma, c – standartinė tomograma, d – kompiuterinė tomograma



4 pav. Ligonė B., 28 m. Kairiojo plaučio apatinės skilties chondroosteohamartoma: visiškai sukalkėjęs su periferiniu apvadėliu navikas, aplinkiniai audiniai nepakitę: a – plaučių priekinė rentgenograma, b – šoninė rentgenograma

arba standžios struktūros, ovalios ar apvalios formos darinys ryškiais ar grublėtais kontūrais. Sakoma, kad jis primena šilkmedžio uogą. Navikas paprastai neturi fibrozinės kapsulės, operacijos (arba sekcijos) me-

tu lengvai atskiriamas iš savo guolio; jį pašalinus dažnai subyra į smulkias skilteles. Perpjautas navikas mažai kraujuoja. Matomos jo smulkios kraujagyslės, fibrozinės pertvaros, riebaliniai ploteliai, sustandėjimo ir sukalkėjimo židiniai. Mikroskopiškai hamartochondromoje vyrauja subrendusio elastinio arba hialininio kremzlinio audinio židiniai, smulkūs ir stambūs sukalkėjimai, kartais apkaulėjimai, rečiau – kremzlinių elementų miksomatozinė transformacija. Fibrozinis audinys naviką tarsi suskaido į skilteles. Naviko viduje pasitaiko liaukinio epitelio dengiamų cistinių ertmių, riebalinių bei limfoidinių elementų sancaupų.

Centrinė hamartoma dažniausiai yra sudaryta iš įvairių jungiamojo audinio elementų (vyrauja fibrozinis audinys). Ją dengia vienasluoksnis respiracinis epitelis, būdinga negausi lėtinė perifokalinė bronchų sienelių uždegiminė infiltracija. Dažnai toks navikas sukelia komplikacijų; viena jų – nuolat atsinaujinanti pneumonija [1, 2, 7].

Išvados

1. Nors plaučių hamartomos auga labai lėtai, pasitaiko labai greitai progresuojančių: 7% ligonių per metus hamartomos padidėjo iki 50%; dažniausias jų variantas – hamartochondroma (chondrohamartoma); piktybinių hamartomų nedidžiama.
2. Periferinės plaučių hamartomos – dažniausios; tik vienam ligoniui (2%) buvo patvirtinta centrinė hamartoma.
3. Plaučių hamartomos du kartus dažniau diagnozuotos vyrams nei moterims.
4. Tipinė plaučių hamartomos lokalizacija – dešiniojo plaučio apatinė skiltis (49% ligonių).
5. Dažniausiai plaučių hamartoma įtariama profilaktinių radiologinių plaučių tyrimų metu (50% ligonių).
6. Pagal neoplazinės kalcinozės laipsnį plaučių hamartomos radiologiškai skirstomos į tris variantus: šviesias, inkrustuotas ir tamsias; tuo remiantis galima identifikuoti chondrohamartomas ir osteochondrohamartomas.
7. Radiologai geba diferencijuoti dažniausius plaučių hamartomų variantus.

LITERATŪRA

1. Šatkauskas B, Danila E. Klinikinė pulmonologija (Clinical pulmonology). Vilnius, 2001.
2. Danila E, Vitkienė V, Nargėla R, Loskutovienė G, Aleksorienė R, Šatkauskas B. Broncho hamartoma, sukėlusį recidyvuojančią pneumoniją (Endobronchial hamartoma caused recurrent pneumonia). Medicinos teorija ir praktika 2001; 4 (28): 85–86.
3. Bartusevičienė A, Vitėnas A. Plaučių hamartoma (Hamartoma of the lung). Medicina 1996; 5(32): 463–467.
4. Rosado-de-Christenson ML. Tumors of the lung, pleura, and chest wall. Eur Radiol 2000, 11.
5. Enciklopediškieji slovar medicinskih terminov (The encyclopaedic dictionary of medical terms). Moskva, 1982–1984. T. 1–3.
6. Perelman MI, Efimov BI, Biriukov JV. Dobrokačestvennye opucholi legkich (Benign tumours of the lung). Moskva: Medicina, 1981.
7. Yalcin S, Kars A, Firat P, Demircin M, Tekuzman G, Ruacan S. Multiple bilateral chondromatous hamartomas of the lung. A rare entity mimicking metastatic carcinoma. Respiration 1997; 64(5): 364–366.
8. Meyer CA, White CS. Cartilaginous disorders of the chest. Radiographics 1998 Sep-Oct; 18(5):1109–1123.

Gauta: 2004-04-09

Priimta spaudai: 2004-08-03

Nuomonės

Gyd. Aba Vitėno straipsnio „Plaučių chondrohamartomų diagnostika“ tema aktuali ir įdomi radiologams, bendrosios praktikos gydytojams, pulmonologams ir kitų specialybių gydytojams, kadangi plaučių rentgenografija yra vienas iš profilaktinių sveikatos tikrinimo tyrimų, kurių tikslas – nustatyti ir diferencijuoti plaučių ligas. Plaučių chondrohamartomos, nors

nedažnai, tačiau pasitaiko kasdienėje praktikoje. Radiologinių požymių visumos įvertinimas labai svarbus tiksliai diagnozei, taip pat gali būti lemiamas kitų ligų gydymo taktikai parinkti.

*Dr. Jūratė Dementavičienė
Vilniaus universiteto ligoninė „Santariškių klinika“*

Plaučių hamartomos yra palyginti dažnai diagnozuojamos krūtinės ląstos chirurgijos klinikose. Kadangi hamartomos plaučių rentgenogramose matomos kaip apvalūs, įvairaus dydžio dariniai, gydytojams pirmiausia juos tenka diferencijuoti nuo plaučių periferinių piktybinių ir nepiktybinių navikų, plaučių uždegiminių ligų – tuberkuliozės, pneumonijos. Tai liudija, kad ši klinikinė problema yra svarbi. Todėl dr. Abos Vitėno straipsnis „Plaučių chondrohamartomų diagnostika“ yra aktualus krūtinės ląstos chirurgams, radiologams, terapeutams, ftiziatrams.

Autorius dalijasi savo klinikinė patirtimi diagnozuojant plaučių hamartomas. Straipsnyje pateikiamos geros kokybės plaučių rentgenogramos, kuriose matomi dariniai, vadinami hamartomomis. Dr. A. Vitėnas analizuoja 42 periferines hamartomas ir vieną – centrinę. Nors 30 ligonių buvo operuoti, autorius nepateikė jų morfologinio tyrimo duomenų (morfologiškai hamartomas gali sudaryti įvairūs plaučių audinių komponentai). Sutinkame su autoriaus nuomone, kad plaučių periferijoje dažniausiai pasitaiko chondrohamartomų. Tačiau, literatūros duomenimis, hamartomose

galima rasti ir lygiųjų raumenų; tada jos vadinamos lejomiomatozinėmis hamartomomis. Kartais plaučių hamartomose vyrauja liaukiniai audiniai.

Mūsų nuomone, straipsnio pavadinimas „Plaučių hamartomų diagnostika“ būtų tikslesnis. Šių dienų kliniciui keliamas reikalavimas, kad kiekvienas plaučių darinys būtų tiriamas morfologiškai, nes visuomet galimos paklaidos. Todėl pabrėžtina, kad diagnozuojant plaučių hamartomas reikėtų atlikti ne vien nurodytus sudėtingus rentgeninius tyrimus, bet ir rentgenu kontroliuojamas aspiracines darinio biopsijas citologiniam tyrimui. Dabartiniu metu nepatartina tenkintis vien radiologų kontrole, nes kai kuriais atipiniais atvejais galima suklysti ir nediagnozuoti periferinės plaučių karcinomos.

Hamartomų operacinis gydymas dažniausiai yra nesudėtingas. Tik tais atvejais, kai ligoniai nesutinka operacijai, plaučių morfologinius pokyčius galima patikrinti atliekant aspiracinę biopsiją.

*Prof. habil. dr. Algirdas Jackevičius
Vilniaus universiteto Onkologijos institutas*