

Vilniaus universitetas
Medicinos fakultetas



**STUDENTŲ
MOKSLINĖS VEIKLOS
LXXIII
KONFERENCIJA**

Vilnius, 2021 m. gegužės 17–21 d.
PRANEŠIMŲ TEZĖS

*Leidinį sudarė VU MF Mokslo specialistė
dr. Simona KILDIENĖ*



VILNIAUS
UNIVERSITETO
LEIDYKLA

2021

Mokslo komitetas:

Prof. dr. (HP) Janina Tutkuvienė	Prof. dr. Marius Miglinas	Dr. Sigitas Ryliškis
Dr. Agnė Kirkliauskienė	Dr. Arnas Bakavičius	Dr. Vytautas Tutkus
Dr. Jurgita Stasiūnienė	Dr. Žymantas Jagelavičius	Dr. Sigita Burokienė
Prof. dr. Nomedą Rima Valevičienė	Dr. Rūta Gancevičienė	Dr. Agnė Abraitienė
Dr. Eglė Preikšaitienė	Dr. Birutė Zablockienė	Dr. Danutė Povilėnaitė
Dr. Jūratė Pečeliūnienė	Prof. Dr. Violeta Kvedarienė	Dr. Živilė Gudlevičienė
Dr. Diana Bužinskienė	Prof. dr. (HP) Edvardas Danila	Dr. Viktorija Andrejevaitė
Prof. dr. (HP) Saulius Vosylus	Dr. Kristina Ryliškienė	Dr. Arminas Skrebūnas
Dr. Saulius Galgauskas	Dr. Gunaras Terbetas	Prof. dr. Pranas Šerpytis
Prof. dr. Eugenijus Lesinskas	Prof. dr. Alvydas Navickas	Prof. dr. Vilma Brukienė
Dr. Valdemaras Jotautas	Dr. Rima Viliūnienė	Teresė Palšytė
Prof. habil. dr. (HP) Gintautas Brimas	Prof. dr. Sigitą Lesinskienė	Dr. Valerij Dobrovolskij

Organizacinis komitetas:

Sofija Ekkert	Karolina Bagdonavičiūtė	Armandas Šležas
Rafal Sinkevič	Indrė Stražnickaitė	Tomas Mačiulaitis
Vaiva Žygaitytė	Gabija Biliūtė	Dominyka Kaušaitė
Irvinas Muliuolis	Urtė Žakarytė	Justina Jankauskaitė
Eglė Griškevičiūtė	Tadas Alčauskas	Greta Banuškevičienė
Rūta Matulaitienė	Šarūnas Raudonis	Goda Striogaitė
Karolina Žvinytė	Mantas Jokubaitis	Kamilė Stankevičiūtė
Elija Januškevičiūtė	Monika Orvydaitė	Kipras Jauniškis
Ieva Janiškevičiūtė	Milda Gataveckaitė	Modestas Gudauskas
Jurgita Jurušaitė	Kristina Vickutė	Modesta Ralytė
Ina Mylko	Jorigė Songailaitė	Augustinas Rukas
Ažuolas Algimantas Kaminskas	Greta Stonkutė	Benita Guzikaitė

ISBN 978-609-07-0624-4 (skaitmeninis PDF)

© Tezių autoriai, 2021

© Vilniaus universitetas, 2021

KLINIKINIO ATVEJO APRAŠYMAS: GIGANTINIS INTRAPULMONINIS SOLITARINIS FIBROZINIS NAVIKAS

Darbo autorė. Kristina MARCINKEVIČIŪTĖ (III kursas).

Darbo vadovas. Dr. Žymantas JAGELAVIČIUS, VU MF Klinikinės medicinos institutas, Krūtinės ligų, imunologijos ir alergologijos klinika, Krūtinės chirurgijos centras. VULSK Širdies ir Krūtinės chirurgijos centras, Krūtinės chirurgijos skyrius.

Darbo tikslas. Išnagrinėti paciento, kuriam buvo diagnozuotas gigantiškas intrapulmoninis solitarinis fibrozinis navikas, klinikinį atvejį.

Ivadas. Solitarinis fibrozinis navikas (SFT) – tai mezenchiminės kilmės navikas, dažniausiai (80% visų atvejų) aptinkamas pleuroje, paprastai visceralinėje. Epidemiologinis paplitimas yra 2,8 iš 100 000 žmonių ir tai sudaro tik iki 5% visų pleuros navikų, o plaučiuose SFT diagnozuojamas dar rečiau. Yra dvi hipotezės, kaip šis navikas gali išsivystyti plaučiuose, tai yra, jam netipinėje vietoje. Pirmoji – intrapulmoninė fibrozė gali formuotis iš subpleurinės mezenchimos, besitęsiančios kartu su jungiamuoju tarpuskiltinių pertvarų audiniu. Anot antros hipotezės – navikas išsivysto iš normalioje plaučių parenchimoje submezoteliniame sluoksnyje esančių fibroblastų, turinčių panašius ultrastruktūrinius bei imunohistocheminius požymius kaip ir subpleurinės mezenchimos elementai. Vis dėl to tikslī etiologija iki šiol nėra žinoma. Solitarinis fibrozinis navikas yra lėtai augantis, aiškiai ribotas darinys, vienodai pasitaikantis tiek vyrams, tiek moterims, dažniausiai – penktame ir šeštame dešimtmėčiuose. SFT dydis varijuoja nuo 2 iki 20 cm (retais atvejais gali būti ir dar didesnis). Navikai, didesni nei 7 cm, paprastai spaudžia aplinkines struktūras ir sukelia simptomus (dusulį, krūtinės skausmą, kosulį, nuovargį ir kt.), tuo tarpu mažesni dariniai dažniausiai yra randami atsitiktinai, atlikus rentgenogramą profilaktinių patikrinimų metu, nes simptomų pacientai neišsako. Aplinkos faktoriai, tokie kaip rūkymas ar asbestas, kaip SFT rizikos veiksniai, nėra nustatyti. Dažniausiai šie dariniai yra nepiktybiniai, tačiau ~12% jų pasitaiko piktybinių. Abiem atvejais gydymas chirurginis, atliekamas naviko ar kartu visos plaučio dalies radikalus šalinimas. Tiek nepiktybinis, tiek piktybinis navikas gali recidyvuoti, be to, yra rezistentiškas chemoterapijai ir radioterapijai, todėl būtinas tolimesnis paciento sekimas dėl recidyvo.

Klinikinio atvejo aprašymas. 51-erių metų vyrui dėl atsiradusio sauso varginančio kosulio, dusulio fizinio krūvio metu, skausmo dešinėje krūtinės ląstos pusėje, padidėjusio prakaitavimo, maudimo kairio peties srityje 2019 metų spalio mėnesį buvo atlikta krūtinės ląstos rentgenograma. Joje rastas aiškiai ribotas darinys dešinio plaučio viršutinėje skiltyje. Skirtas gydymas klaritromicinu, kosulys praėjo, tačiau darinys liko. Tirtas detaliau. Pradžioje buvo atlikta fibrobronchoskopija ir transbronchinė žnyplelinė

biopsija, tačiau nustatyti tik minimalūs nespecifiniai plaučių audinio pokyčiai. Vėliau atlikta bronchoskopija ir dešiniojo plaučio kriobiopsija. Gautas histologinio tyrimo atsakymas – gausiai vaskuliarizuotas solitarinis fibrozinis navikas. Dėl to ligonis buvo operuotas (2020 metų sausio 7 dieną), atlikta dešinioji torakotomija, viršutinė lobektomija. Pašalinta viršutinė dešinio plaučio skiltis su viduje esančiu dariniu (10x7x9,5 cm). Operacija ir pooperacinė eiga buvo sklandi, tačiau penktą pooperacinę parą pacientui ėmė pūsti pilvą, jautė gurguliavimą, atsirado pilvo skausmai, pasireiškė vidurių užkietėjimas, todėl buvo skirtas dufalac. Minėti simptomai išliko ir kitą dieną. Konsultuotas pilvo chirurgo, nustatytas žarnų nepraeinamumas be peritonito požymių, kuris buvo išgydytas konservatyviai. Pagerėjus paciento būklei, 10-ą pooperacinę parą išrašytas į namus. Po mėnesio kontrolinėse rentgenogramose patologijos nerasta, plaučių oringumas patenkinamas, oro, skysčio pleuros ertmėse nematyti. Paciento būklė – patenkinama, nekarščiavo, žaizdos sugijusios, tačiau juto dusulį fizinio krūvio metu. Praėjus metams po operacijos atliktoje krūtinės ląstos KT naviko recidyvo, naujų židinių plaučiuose nenustatyta, pacientas skundų neturėjo, jautėsi patenkinamai.

Išvados. Solitarinis fibrozinis navikas – retas pleuros navikas, kuris dar rečiau aptinkamas plaučių parenchimoje. Diagnostika yra gana sudėtinga, ypač intrapulmoninio naviko, kadangi reikalinga plaučių audinio biopsija bei histologinis ištyrimas. Toks SFT variantas gali imituoti piktybinius plaučių navikus, dėl to būtina morfologinė verifikacija iki operacijos.

Raktažodžiai. Intrapulmoninis fibrozinis navikas; lobektomija; plaučių navikas; solitarinis fibrozinis navikas.