

616.24—003.65—022.8—036.11—057

FARMÁŘSKÉ PLÍCE JAKO MĚNĚ ZNÁMÁ FORMA AKUTNÍHO PLICNÍHO ONEMOCNĚNÍ

Kapitán František KALVODA, prom. lékař, podplukovník MUDr. Čestmír ČÍHALÍK
vojenská nemocnice v Olomouci, vnitřní oddělení (náčelník pplk. MUDr. Čestmír Číhalík)

Věnováno k šedesátinám plk. MUDr. Vladimíra Hájka

Pojmem farmářské plíce se označují akutní plicní onemocnění objevující se po inhalaci organických prachů u dělníků pracujících s vlhkým, plesnivým senem, obilím, zeleninou nebo dřevem. Toto onemocnění poprvé popsal Campbell v roce 1932. Od té doby bylo již několikrát popsáno ve Velké Británii, Švýcarsku a USA.

V popředí klinických symptomů podle Antweilera (1) stojí již po několikahodinové expozici organickým prachům dráždivý kašel, dušnost, cyanóza, bolesti hlavy a kloubů, povšechná slabost, mrazení s následnou teplotou. Auskultačně mohou být na plicích bronchitické fenomény. Rentgenologicky nemusí být patrný žádné změny, někdy známky difúzního jemného zastření, později známky plicní fibrózy. Patologickoanatomicky jde o granulomatózní pneumonitis a bronchiolitis. Naměřené spirometrické hodnoty jak ve statické, tak i dynamické složce jsou význačně sníženy. Laboratorně nenacházíme žádné typické nálezy. Onemocnění se obvykle vyvíjí do šesti týdnů, jenom vzácně byla po létech pozorována fibróza a emfyzém. Diferenciálně diagnosticky je nutno odlišit od TBC a sarkoidózy. Biopticky byly nalezeny granulomy vmezeřené tkáně, později difúzní fibróza.

Etiologie a patogeneza této choroby nejsou dosud zcela známy. Ze sputa byly u postižených vykultivovány *Aspergily*, *Penicilia Mucor* a *Monilie*. Myslelo se proto, že kauzální vztah k této chorobě mají *Aspergily* nebo *monilie*, odtud též název *aspergilóza*, *bronchomykóza*, *moniliáza*. Jiní autoři pochybují o plísňové genezi tohoto onemocnění a také alergický původ pokládají za nepravděpodobný. Význam plísní vidí v tom, že jen mechanicky ucpávají bronchioly. Podle jiných autorů může jít o akutní působení látky obsažené v organickém prachu, nebo že tato látka je v organismu během expozice aktivována. Názvy horečka sekáčů sena, obilně prachová plicní nemoc, zaprášení rýžovým prachem, toxomykózy podle Korátse (4) mají s největší pravděpodobností stejný patogenetický mechanismus. Kromě této akutní formy pozorovali a rozdělili autoři Bariety, Jacques a Poulet (4), *aspergilózy* na *aspergilózní astma*, *aspergilózní bronchitis*, kterou dále dělí na *astmoidní* a *mu-*

komebranózní, dále na *bronchiektazující aspergilom*. Osm případů *aspergilomu* u nás popsali Fingerland, Skřivánek a Procházka (2). Na podobnost s TBC a někdy těžkou a obtížnou diferenciací mezi oběma ukazuje u nás Many, Eichler a Lamblová (3). Jiné dělení u nás přináší Ondrejčka ve svém třetím dílu práce *Vnitřní choroby*.

Terapeuticky se podává kalium jodid, jehož účinnost není však zaručena. Někteří podávají antibiotika a mykostatika. Užitečná jsou též antihistaminika. Kortikoidy snad dovedou zabránit následné fibróze. Jinak léčíme symptomaticky.

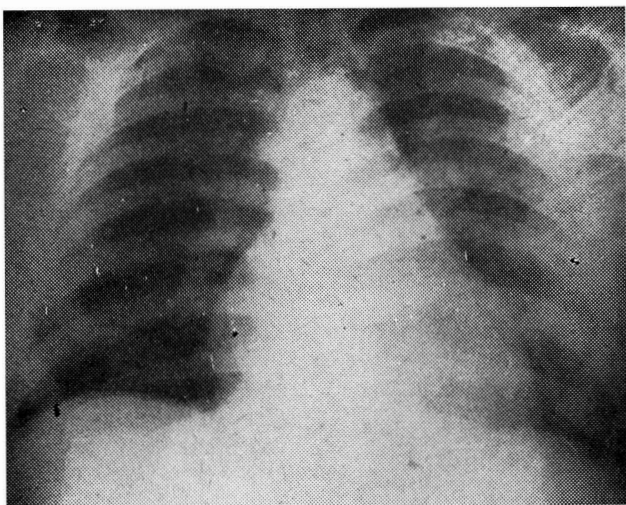
Jak je patrné, není jednoty v názoru na etiopatogenezi této choroby. V příštích letech bude třeba provádět pokusy na zvířatech, objasnit některé momenty a hlavně hledat nové farmakologické látky k léčení této nemoci.

Naše sdělení:

Dovolujeme si podat zprávu o našem nemocném K. M., 21 let, který jako brigádník ještě se dvěma kamarády přehazoval v jednom JZD plesnivé obilí. Po několika hodinách práce pozoroval bolesti hlavy, bolesti v kloubech, slabost a těžší dech. Tytéž příznaky pozorovali i jeho další dva kamarádi, kteří však přestali pracovat. Jenom náš nemocný v práci dále pokračoval. Po osmihodinové práci dostal silné bolesti hlavy, teplotu 38,5 stupňů C, dušnost. Přivolaný lékař ordinoval analgetika. Stav se však nadále zhoršoval, a proto byl přivezen dne 15. 10. 1964, tj. den po vykonané práci, na naše oddělení v celkově těžkém stavu s T 40 stupňů C, sufokací a cyanózou. Stav byl hrozivý, nemocný se zmítal v posteli, cyanóza se stupňovala.

Z OA uvádíme, že nemocný prodělal v šesti letech zápal plic, ve 14 letech nález na plicích, pro který se léčil a vyléčil v jedné pražské nemocnici. Jinak aktivní sportovec, výsadkář, potápěč.

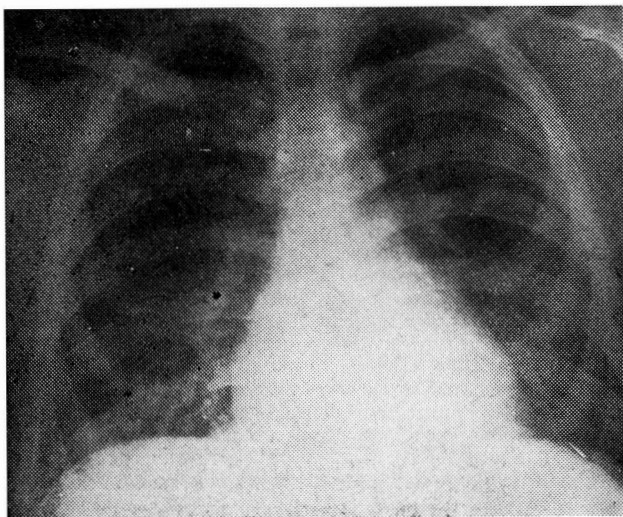
Objektivně: muž střední atletické postavy, schvácený, studeně se potí, dušný. Hlava: orientační neurologický nález negativní. Cyanóza rtů a viditelných sliznic. Rty byly jinak oschlé, okoralé, jazyk mírně bělavě povleklý, vlhký. Nosohltan zarudlý. Zduřelý podčelistní uzliny velikosti hrášku. Hrudník: souměrný, klenutý, obě poloviny dýchají povrchně, zrychleně 28krát za min. Na plicích byl poklep plný, jasný, dýchání sklípkové, nad bázemi ojediněle přízvukné chrůpky. Na srdci kromě tachykardie normální nález. Břicho a končetiny bpn. Z laboratorních výsledků: FW 49/85, Moč: B opal. UBG +, jinak negat. KO: Ery 4,400 000, Leu 11 200, Hb 86 %. Diferenciál: tyč 8, segm 78, lymfo 12, Eo 1 B, bazo 1. EKG: sinusová tachykardie, jinak



Obrázek 1

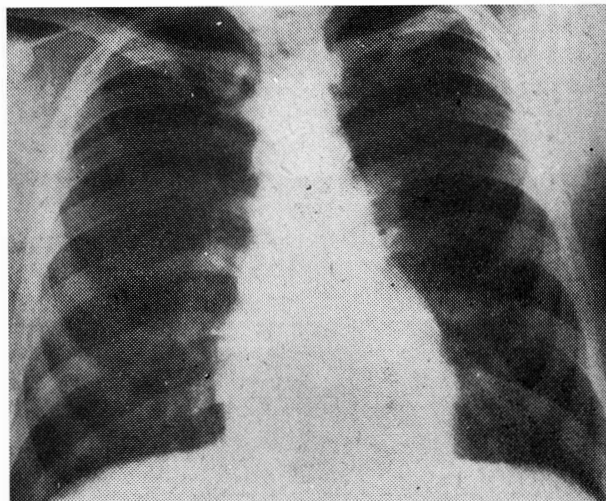
Rtg snímek vleže, nemocný se neudržel ve stoje. Znamky bronchiolitis ve stadiu exsudace

fyzilogická křivka. Jaterní testy: Bi celk. 1,06, přímý negat., jinak normální hodnoty. Transaminázy opakovaně SGOT 1,5 a SGPT 1,5 mM pyrohrozanu na 1 ml séra podle Reitmana Frankela. Rtg plic a srdce z 16. 10. 1964 (viz obrázek 1—2): Obě bránice jsou hladkých obrysů. V parenchymu plicním, převážně vlevo, v dolních dvou třetinách jsou měkké až středně syté drobně skvrnitě až pruhovitě splývající stínky sahající až do periférie. Vlevo při knoflíku aorty je hrudkovitá kalcifikace velikosti fazole. Závěr:



Obrázek 2

Druhý snímek za 3 dny od počátku onemocnění, kdy se nemocný udržel ve stoje



Obrázek 3

Rtg. kontrola plic před propuštěním

rtg. známky bronchiolitis, ve stadiu exsudace (dr. Holmotz). Spirometrické vyšetření provedeno až po zlepšení celkového stavu, a to jen některé statické hodnoty: IRV 1 300 ccm, ERV 1 100 ccm, VK 3 000 ccm (při prvotním lékařském vyšetření 4 500 ccm). Addisův sediment Ery 1 mil. Leu 3 mil. Kontrolní rtg plic z 31. 10. 1964 (viz obrázek 3): Stav se značně upravil. Zůstává jen zmnožená kresba v pravé bázi a v levém středním plicním poli. EEF: lehké snížení albuminů, zvýšení globulinů ve všech frakcích. Typ křivky je blízký akutnímu zánětu. Vyšetřením sputa speciálně na plísň zjištěno: *Aspergillus fumigatus*, *candida*. Ze zajištěného obilí vykultivováno 24,000 000 plísň na 1 gr obilí, převažují *Penicilium* a *Mucor*.

Spirometrické vyšetření před propuštěním: DV 800, DF 13, MV 10 400, MMV 144 300, VK 4 400, VK vt. 3 700 DR 14, SO₂ 333.

Propuštěn v celkově dobrém stavu, služby schopný. Kontrolní respirační hodnoty stejné jako při propuštění, tedy nadprůměrné statické i dynamické hodnoty ventilační u trénovaného jedince.

Naše léčba: infúze glukózy s vitamíny. Streptomycin, inhalace kyslíku, Kalium jodid, Prednison, Analergin.

Závěr

Chtěli jsme upozornit na možnost tohoto onemocnění u vojáků, kteří pracují brigádnicky v našem zemědělství. Onemocnění, jak je patrné z popisu, velmi dramaticky začalo a vcelku dobře skončilo.

Literatura

1. Von Hubert Eintweiler: Handbuch der gesamten Arbeitsmedizin II., Band 1961.
2. Fingerland, Skřivánek, Procházka: ČLČ 18:19, 1959, str. 550.
3. Manych, Eichler, Lamblová: ČLČ 5:59, str. 144.
4. Maurice, Beriety, Poulet: ČLČ 32:33, 1961, str. 999.
5. Vnitřní lékařství: X:9, 1964, str. 919.
6. Ondřejčíka: Vnitřní choroby, III. díl, 1964, str. 325.