

616.25-002.3-002.5-085.777[002.5]-085.361.453

TBC EXSUDATÍVNE PLEURITÍDY LIEČENÉ ANTITUBERKULOTIKAMI V SÚČINNOSTI S GLUKOKORTIKOIDMI A BEZ NICH

Podplukovník MUDr. Dušan SKOKŇA, prom. lekárka Soňa KUBALÁKOVÁ,
prom. lekárka Katarína NEMČEKOVÁ,
z Vojenského liečebného ústavu pre choroby pľúcne v Novej Polianke
(náčelník plk. doc. MUDr. Ondrej Haľák, CSc.)

Naša štúdia o exsudatívnej pleuritíde naväzuje na práce, ktoré boli prednesené na vojenskom lekárskom fóre a publikované vo Voj. zdravotníckych listoch v r. 1958. Vtedajší materiál spracovali Přeborovský, Haľák, Polák, Salzman, Cyprich a iní. Hore spomínané práce zahŕňujú materiál do r. 1958. Naša štúdia ich dopĺňa o materiál ďalších 6 rokov, tj. od roku 1958 do roku 1964.

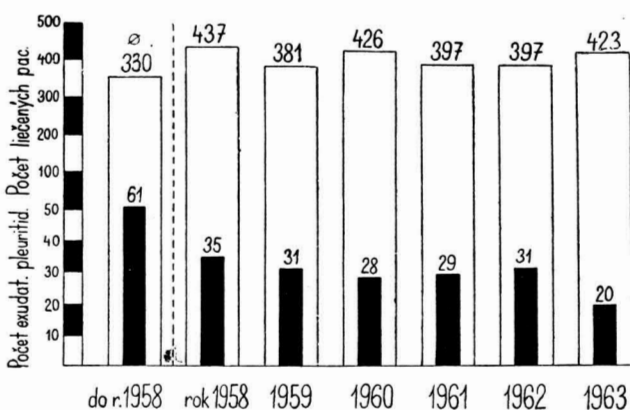
Prezreli sme 2461 chorobopisov, v ktorých sme našli 174 exsudatívnych pleuritíd (ďalej EP) liečených v našom ústave. 14 pacientov z tohoto súboru sme vylúčili buď pre nekompletnosť dokumentácie, krátkodobý pobyt alebo dôkazom nešpecifickej etiológie onemocnenia. V práci sme sa zamerali:

1. na frekvenciu výskytu EP v posledných rokoch za predpokladu zlepšených preventívnych opatrení, dôslednejšej depistáže tbc pacientov a ich liečby;
2. do akej miery ovplyvňuje kortikoterapia klinický a rtg. priebeh choroby;
3. aký je rozsah postpleuritických reziduí vo vzťahu k spirometrickým hodnotám;
4. aký je vplyv hormonoterapie na dĺžku liečenia a na práceschopnosť pacientov.

V srovnávacej rade predkládame výsledky terapie EP u pacientov liečených klasickou antituberkulotickou liečbou (ďalej AT) a pacientov liečených kortikoidmi a AT. Naš súbor 160 pacientov zahŕňa 79 pacientov AT a 81 pacientov s kortikoterapiou + AT, čo teda znamená, že sa súbor skladá z dvoch približne rovnakých, dosť homogenných dielov.

Tab. 1

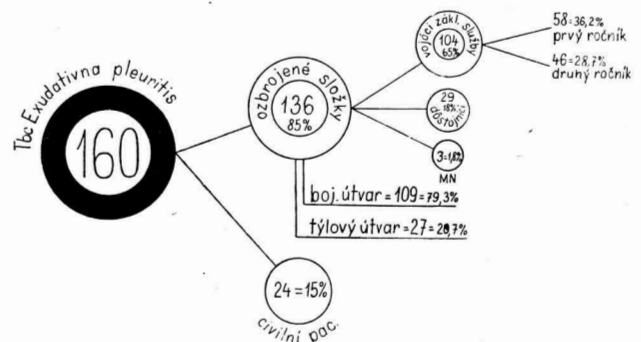
Výskyt exsudat. pleuritídy vo VÚCHP v rokoch 1958—1963



V porovnaní s r. 1950 (tab. 1) až 1957, kedy počet EP dosahoval 18 % z liečených pacientov (Haľák) vo vojenských zariadeniach, je priemerný výskyt za posledných šesť rokov v našom ústave asi 8 %.

Tab. 2

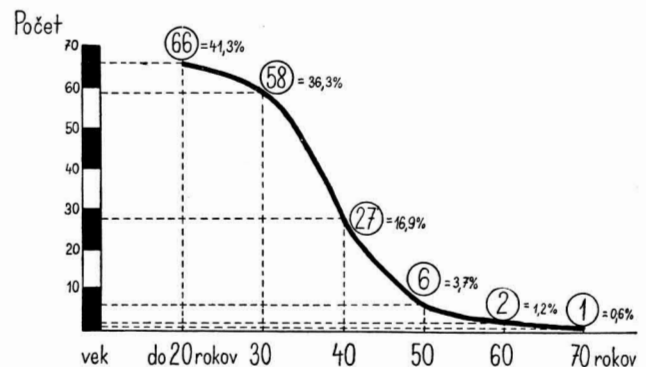
Exsudatívna pleuritis vo VÚCHP Nová Polianka v rokoch 1958—1964



Zo 160 pacientov hospitalizovaných pre EP 136 patrilo ozbrojeným zložkám (tab. 2). V tomto počte je zahrnuté 18 % dôstojníkov, 2 % príslušníkov MV a 65 % vojakov v základnej službe. Ostatných 15 % nemocných tvoria civilní pacienti.

Tab. 3

Exsudatívna pleuritis vo vzťahu k veku



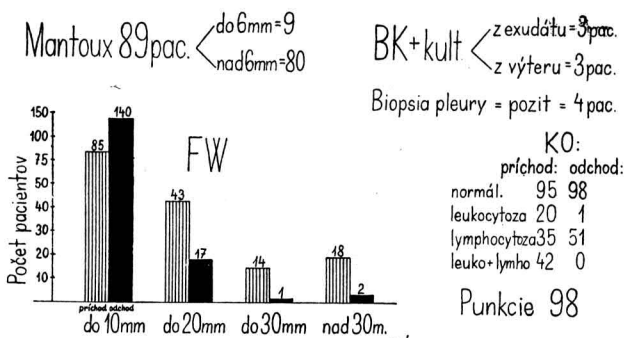
Výpotkový zápal pohrudnice sa vyskytuje veľmi často najmä v jesenných mesiacoch a postihuje predovšetkým II. a III. decenium (tab. 3). Vo veku do 30 rokov vyskytuje sa EP v našom materiáli v 78 %. Zrejmý vplyv na to má i náročná vojenská služba a s ňou súvisiace fyzické vypätie, cvičenia v poli za nepriaznivých povetnostných podmienok.

Vznik choroby bez predchádzajúcich obtiaží udalo 48 pacientov, katary horných ciest dýchacích tesne pred EP 45 pacientov a chrípkové onemocnenia 32 pacientov. U ostatných vznik choroby prebehol za typických príznakov.

U 92 pacientov dg. bola stanovená vo vojenských nemocniciach, u 47 pacientov v OÚNZ a u 21 na ošetrovniach. U štyroch nemocných bola EP zistená náhodne. Výpot sa vyskytoval vpravo 101krát, vľavo 59krát. Obojstranná pleuritída sukcesívne prebiehajúca bola pozorovaná jedenkrát.

Tab. 4

Laboratórne výsledky u exsud. pleuritídy



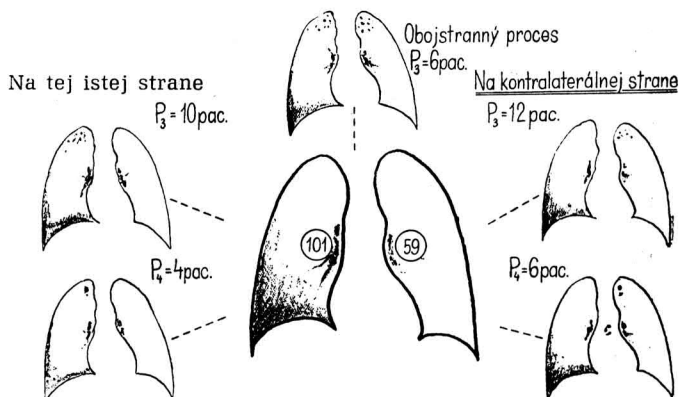
Punkcie boli prevedené celkom u 98 pacientov (tab. 4). Z toho bola 1/3 diagnostických, 2/3 evakuačné, u 10 pacientov sa punkcia nepodarila. BK pozitivita z exsudátu sa preukázala len u troch pacientov, v takom istom počte i z LV. Z toho jeden pacient mal nález na pľúcach, u dvoch pacientov bola zistená perforácia lymfatických uzlín do bronchu. Biopsia pleury s pozitívnym histologickým výsledkom bola u štyroch pacientov. Mantoux reakcia bola prevedená u 89 pacientov. Infiltrácia do 6 mm bola u 9, nad 6 mm u 80 nemocných. Zvýšenú FW sme zistili pri príchode u 75, pri odchode u 20 nemocných. KO bol normálny pri príchode u 95, pri odchode u 98 pacientov. Pri odchode relatívnu lymfocytózu sme zaznamenali u 51 pacientov, a to 21 % pacientov s kortikoterapiou. Bronchoskopické vyšetrenie bolo prevedené u 26 nemocných, pričom u ôsmich boli zistené tlakové zmeny lymfatických uzlín, resp. ich perforácie. Zápalové zmeny na bronchoch boli u 11 pacientov, normálny nález u 7 pacientov.

Na bronchografickom obraze boli zistené dislokačné zmeny u troch nemocných, deformačné zmeny u jedného nemocného. Normálny obraz mali dvaja nemocní.

Pridružené tbc. onemocnenie (tab. 5) na postihnutej strane bolo u 14 nemocných, na kontralaterálnej u 18 a obojstranný pľúcny nález bol u šiestich nemocných. Jednalo sa poväčšine o diseminovanú tbc (28 pac.) a o ložiskovú tbc pľúc (10 pac.). Skoro vo všetkých prípadoch proces bol menšieho až minimálneho rozsahu.

Tab. 5

Lokalizácia exsud. pleurit. — pridružená tbc



Liečba začala do týždňa od prvých príznakov choroby skoro u 3/4 všetkých nemocných (tab. 6), začiatok liečby do 30 dní od počiatku onemocnenia u 12 nemocných (3 civilní). Prevážna väčšina nemocných sa začala liečiť vo vojenských nemocniciach (110 pac.), 17 nemocných na ošetrovniach.

Liečba kortikoidmi a AT bola prevádzaná u 81 nemocných, len AT sa liečilo 29, samotný PNC do jedného týždňa bralo 10 nemocných, PNC a STM 5 nemocných.

Tab. 6

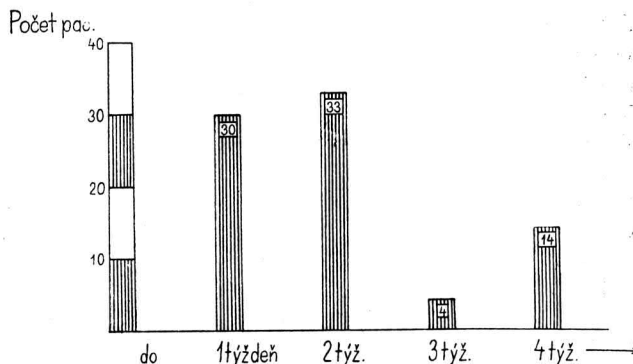
Začiatok liečby exsudatívnej pleuritídy

Začiatok liečby	Miesto začatia liečby	Cortikoterapia	Lieky:
do 3 dní 48 30%	ošetrovňa 17 41%	bola u 81 51%	+STM - 5 3%
do 7 dní 57 35%	voj.nemoc. 110 63%	nebola u 79 49%	PNC → 10 6%
do 14 dní 43 27%	OÚNZ 29 48%		+AT - 35 22%
do 30 dní 12 8%	doma 4 2%		AT → 29 18%
			+Cortik 81 51%
celkom 160=100%	celkom 160=100%	celkom 160	celkom 160=100%

Liečba kortikoidmi a AT (tab. 7) bola nasadená v prvom týždni u 30 pacientov, do dvoch týždňov u 33 pacientov, po dvoch týždňov u 18 pacientov.

Tab. 7

Začiatok kortikoterapie

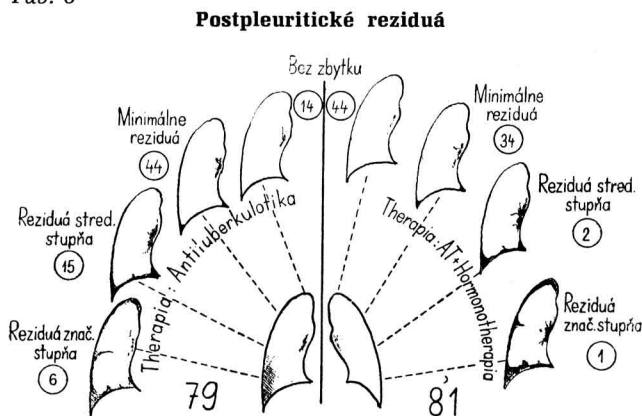


Kortikoterapia do 300 mg bola u 25 pacientov, do 500 mg u 43 a nad 500 mg u 13 pacientov.

Ústup zatieneia do dvoch mesiacov bol u 86 pacientov, z toho u 78 pacientov s kortikoterapiou; do troch mesiacov u 57 pacientov (kortikolen u troch pacientov). Zatieneie pleurálne zostávalo nad tri mesiace u 17 nemocných. Resorpcia bez zbytku (tab. 8) bola u 58 pacientov, a to prevážne u tých, ktorí boli liečení kortikoterapiou.

Spirometrické vyšetrenie bolo prevedené u 93 liečených. Pokles VK a DR do 10 % bol zaznamenaný u 10 nemocných, do 20 % u 19 nemocných,

Tab. 8



z toho u kortikoterapie u štyroch nemocných. Pokles do 30 % bol u 14 chorých, z toho u jedného pri súčasnej podpornej liečbe kortikoidmi. Normálne teploty boli u 50 nemocných; z toho u 45 s hormonoterapiou.

Dĺžka liečby do dvoch mesiacov bola u dvoch nemocných, do troch mesiacov u 14, do štyroch mesiacov u 27, do šesti mesiacov u 49 nemocných. Nad šesť mesiacov sa liečilo ústavne 68 chorých.

U 133 nemocných bola do dvoch mesiacov zavedená rehabilitácia na postpleuritické zmeny, u ďalších 27 nemocných bola indikovaná po dvoch mesiacoch.

V 80 % prípadoch (zo skúmaného súboru pacientov) sa dosiahla práceschopnosť po prepustení z ústavu do dvoch mesiacov.

Diskusia

Exsudatívnu pleuritidu z patogenetického hľadiska väčšina autorov považuje dnes za sprievodné ochorenie, postihujúce pleuru, pričom patologickoanatomický substrát môže byť lokalizovaný i mimo ňu, najčastejšie však v pľúcnom parenchyme.

Schall, Ustvedt, Grinčár, Berlin, Rovič-Ščerbo, Löffler, Uhlinger udávajú, že 80—90 % je tbc. etiologie. V neurčitých prípadoch treba pátrať vždy po nešpecifických prípadoch zápalov pľúc a pleury, po pľúcnych infarktoch, tumoróznych ochoreniach, kardiopatiach, reumatickom ochorení, cirhóze a podobne. U tých nemoc-

ných je nutné najprv vylúčiť všetky etiopatologické faktory, aby sme mohli určiť diagnózu tbc. pleuritidy. Šembera poukazuje na neoprávnenosť označenia primárnej alebo idiopatickej pleuritidy.

I keď frekvencia výskytu EP za posledné roky javí pokles, je stále ešte na takom stupni, že si vyžaduje i naďalej našu pozornosť. V našom súbore za posledné roky tvorí asi 8—10 % výskytu. Preferencia tohoto ochorenia je v II. a III. decenii, čo je dôležité pre nás i z hľadiska vojenského.

V početných prácach odbornej literatúry [3, 7, 14, 15, 17] sa popisuje, že maximálny výskyt postpleuritickéj tbc je prevážne do dvoch rokov po zistení EP, v súvislosti s čím je u postihnutých pacientov zameraná naša dispenzárna starostlivosť.

V diagnostike EP na tbc. podklade opierali sme sa predovšetkým o pozitívnu tuberkulínovú reakciu zvlášť tam, kde nebol zistený žiadny tbc. pľúcny nález. Merlitz a iní tvrdia, že negat. tuberkulínová skúška skoro s istotou vylučuje tbc. etiologiu procesu. V našej zostave u tých pacientov, ktorým bola prevedená tuberkulínová reakcia, bola táto pozitívna. Je síce pravda, že vo viacerých prípadoch bola len na hranici pozitivity, ale to nakoniec nie je v protiklade s údajmi niektorých autorov [21, 22], ktorí zhodne tvrdia, že tuberkulínová reakcia vykazuje menšiu infiltráciu, ako napríklad u primárneho tbc. komplexu a tým skorej u pacientov, ktorí sú liečení hormonoterapiou.

Kultivácia mykobakteria tbc z exsudátu býva dosť obťažná. Sú však práce [13], kde BK kult. bolo prekázané až u 25 % pacientov. V našom súbore BK pozit. z exsudátu bolo prekázané len u troch pacientov.

Bioptické vyšetrenie je cenným prínosom v diagnostike EP, najmä v sporných prípadoch, kde prináša ujasnenie etiologie procesu až v 70—80 % prípadov [1, 4, 6]. Má však i určité úskalie, a preto podľa našej mienky má sa používať výhradne len v diferenciálne diagnostických ťažkostiach [4], (naslepo, nezachytenie pleury, infekcia, empyem, fistula). Biopsia z pleury bola v našom materiáli prevedená 4krát.

Diagnostickým cenným vodítkom u našich pacientov bol výskyt pridruženého spec. pľúcneho ochorenia. V porovnaní s inými prácami výskyt tbc. procesu na pľúcach sa prejavoval častejšie v našom súbore. Najčastejšie sme zistili diseminovaný pľúcny proces.

Bronchoskopické vyšetrenie môže do značnej miery osvetliť patogenezu a etiologiu procesu. Lokálne zmeny na bronchoch, ako tlak uzlín, perforácie uzlín do bronchov a jazvy po perforáciach, ďalej cirkumskriptné zápalové zmeny sme našli len u 12 % pacientov, čo je v protiklade s Doeselom, ktorý podobné zmeny našiel až u 45 % prípadov. Príčina tohoto rozdielu môže byť v tom, že prevážna väčšina pacientov s EP prichádza k nám už v pokročilej resorpcii a teda

i lokálne nálezy na bronchoch sú už v štádiu odznievania. Tak z našich 160 pacientov pleurálne zatielenie sa do príchodu do nášho ústavu zresorbovalo u 42,5 % pacientov.

Skoro $\frac{3}{4}$ našich pacientov malo výpotok na strane pravej, tak ako sa to nakoniec popisuje v literatúre.

Dnes je už všeobecne známe, že včasná liečba AT kombinovaná kortikoidmi podstatne urychľuje resorpciu exsudátu. V tom máme spoločný názor s početnými našimi i cudzími autormi (2, 9, 11, 13, 16, 20). V závislosti na tvorbe exsudátu dochádza i k vytváraniu postpleuritických reziduí ako i k funkčným zmenám na bránici a bazálnej pleure, a to vo forme rozsiahlejších adhezií, pachypleuritických zmien, ktoré nakoniec majú vplyv na priebeh bronchov a tým ovplyvňujú i funkčnú schopnosť pľúc (1).

Z nášho súboru je zjavné, že prevážna väčšina pacientov bola liečená správne a pomerne včas. No 8 % prípadov, kde adekvátne liečba začala do 30 dní po onemocnení, napomína nás k opatrnosti. Všetci naši pacienti užívali prevážne trojkombináciu STM, PAS a INH, — STM v dávke do 60 g, — s priemernou kortikoidnou terapiou 300—500 mg.

Podľa údajov z anamnézy, z lekárskych zprávy a pozorovania vlastných pacientov sme zistili, že kompletný ústup pleurálneho zatielenia u pacientov, ktorí užívali AT a podpornú liečbu kortikoidmi, bol podstatne rýchlejší. Resorpcia bez postpleuritických reziduí bola 3krát častejšia u pacientov s hormonoterapiou. Spirometrické vyšetrenie bolo prevedené u 93 liečených, pričom normálnu VK a DR malo 50 pacientov, z ktorých 45 bolo liečených hormonoterapiou.

Tieto faktá, štatisticky zrejme významné, jednostranne poukazujú na prednosť kortikoterapie ako podpornej liečby v spojení s AT.

Sme toho názoru, že pacienta treba doliečiť AT v dlhodobej liečbe, i keď hormonálna liečba zkrá-

ti klinický priebeh EP, aby sa zabránilo neskoršiemu výskytu postpleuritickéj tbc (3, 7). To znamená, že liečba AT má pokračovať po ústavnom liečení ešte aspoň jeden rok a pacienta dispenzarizovať do 5 rokov.

Rehabilitačná liečba pri EP je prísne individuálna a začína vtedy, keď nastal celkový ústup prejavov exsudácie pri normalizácii teploty, keď klinický stav sa skompenzoval a u pacienta vymizli subjektívne obtiaže. Býva to v 4.—8. týždni od začiatku onemocnenia.

Záver

EP v armáde je ešte dosť časté onemocnenie, pretože prevážne postihuje vekovú skupinu od 20 do 30 rokov. V snahe predísť vzniku postpleuritického tbc. procesu je nutná dlhodobá účinná antituberkulotická liečba. Včasná hormonoterapia ako podporná liečba v spojení s AT predstavuje účinné doplnenie terapie, čo sa odráža v priaznivejšom priebehu liečenia, v rýchlejšom vstrebávaní exsudátu, v zabránení vzniku postpleuritických reziduí a tým i v zachovaní funkčnej schopnosti pľúc.

Literatúra

1. Ambrams, W. B., Small, M. J.: Dis. Chest. 38, č. 1, 1960.
2. Bergsmann, K., Karlhuber, O.: Wien. Z. inn. Med. 38, č. 7, 1957.
3. Cyprich, Š.: Voj. zdr. l. XXVII, č. 5, 1958.
4. Čihalík, C.: Voj. zdr. l. XXVII, č. 5, 1958.
5. Doesel, H.: Tbarzt 13, č. 7, 1959.
6. Endrys, J., Kadousek, R.: Rozhl. v tbc. 18, č. 2, 1958.
7. Haľák, O.: Rozhl. v tbc. 18, č. 2, 1958.
8. Hrnčiar, O.: Brat. lek. l. 40, č. 4, 1960.
9. Hutas, J., Nyiredy, G.: Acta tbc. scand. 38, č. 1, 1960.
10. Merlitz, P.: Brit. J. Dis. Chest 53, č. 1, 1959.
11. Moeschlein, S.: Schw. M. Wchr. 86, č. 11, 1956.
12. Pagel, W.: Oxford. Univ. Press. 1955.
13. Pilhen, J. A.: Poumon 21, č. 1, 1960.
14. Polák, J., Salzmann, J.: Voj. zdr. l. XXVII, č. 5, 1958.
15. Přeborovský, Fr.: Voj. zdr. l. XXXII, č. 5, 1958.
16. Rose, Y., Jauffret, Y.: Poumon 12, č. 3, 1956.
17. Seabury, J. H., Babear, J. B.: Dis. Chest 7, č. 5, 1960.
18. Semjera, R.: Rozhledy v tbc XVIII, č. 2, 1958.
19. Toman, K., Ryklová, J.: Rozhledy v tbc XVIII, č. 2, 1958.
20. Warenberg, H.: Acta tbc. belg. 50, č. 5, 1959.
21. Zajíček, K., Ulrich, A.: Rozhl. v tbc XVII, č. 3, 1958.
22. Züst, F.: Schw. Z. f. tbc 52, č. 3, 1946.