

356.33:616.25—002.5—003.2

PROBLÉM VÝPOTKOVEJ TBC PLEURITÍDY U VOJAKOV

Pplk. MUDr. Anton RÁKAY, MUDr. Pavol MLÁKA
Vojenský ústav pre pľúcne choroby v Novej Polianke
(náčelník plk. MUDr. Dušan Skokňa, CSc.)

Výpotkový tbc zápal pohrudnice ako problém vojenského zdravotníctva bol ústrednou témou konferencie vojenských internistov a ftizeológov v roku 1957. Pri retrospektívnom rozbere publikovaných štúdií (1, 2, 4, 5, 6) je treba konštatovať, že uverejnené materiály predstavujú ucelený komplex moderných názorov na etiológiu, kliniku a diagnostiku, terapiu i posudzovanie tohto typu tbc ochorenia. K záverom týchto prác nie je možné ani napriek odstupe 14 rokov pridať niečo podstatného.

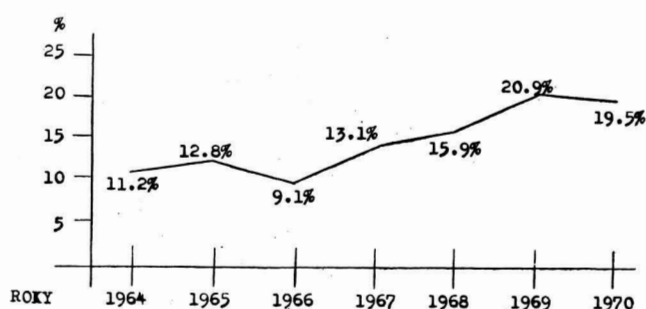
Predsa však je dostatok dôvodov, ktoré nás nútia opäť sa vrátiť k problematike exsudatívnej pleuritídy v armáde, a to v prvom rade k otázkam včasnej diagnostiky tejto formy tuberkulózy respiračného systému. Za uplynulých 14 rokov sa totiž na jednej strane zásadne zmenila situácia, možnosti i reálne výsledky protituberkulózneho boja v armáde. Tento podstatný a trvalý ústup tbc ochorení u vojakov však na druhej strane sprevádzajú retardačne pôsobiace, zatiaľ vonkoncom neodôvodnené a čoraz častejšie sa prejavujúce tendencie zabúdať na možnosť tbc etiologie pri diferenciálnej diagnostike respiračných ochorení. V dôsledku toho sa v praxi stále stretávame s opakujúcimi sa nedostatkami pri včasnej diagnostike výpotkového tbc zápalu pohrudnice, ktoré často negatívne ovplyvňujú liečebný i prognostický profil tohoto variantu tuberkulózneho ochorenia.

Vo VÚCHP Nová Polianka sme v rokoch 1964 až 1970 liečili spolu 1736 vojakov s aktívnou tbc respiračného systému, z ktorých 128 (7,4 % prípadov) sa liečilo pre tbc pleuritídu. Súbor reprezentuje prevažná väčšina vojakov v základnej službe vo veku 18 až 23 rokov (98 chorých) a len menšiu časť tvoria vojaci z povolania. U 122 chorých bola pleuritída prvým tuberkulóznym ochorením a len v 6 prípadoch išlo o recidívu.

Do nášho súboru tbc pleuritíd sme zaradili všetkých chorých s výpotkovým zápalom pohrudnice, u ktorých sa vylúčila iná (nádorová, traumatická a pod.) etiológia, i keď sa špecifický charakter ochorenia exaktne (t. j. dôkazom BK alebo histologickým vyšetrením pleury) nedokázal a pre tbc genézu svedčili len typické klinické, rtg a laboratórne nálezy, cytologické zloženie punktátu, pozitivita tuberkulínových testov a dobrý efekt antituberkulotík. Tieto kritéria presne zodpovedajú zmyslu rezolúcie z celoštátnej konferencie internistickej a pneumoftizeologickej sekcie Čs. lekárskej spoločnosti J. E. Purkyně z roku 1958.

Rozbor podielu pleuritíd na celkovom počte liečených tuberkulóz v jednotlivých rokoch (graf 1) ukazuje, že v žiadnom prípade nie je možné

PODIEL TBC PLEURITÍD NA CELKOVOM POČTE PĽÚČNYCH TBC



zaznamenať tendenciu k vymiznutiu tejto formy pľúcnej tbc. U väčšiny chorých sa exsudatívna tbc pleuritída diagnostikovala v prvých 3 až 5 mesiacoch základnej služby, teda v období vrcholenia adaptácie organizmu na zásadne zmenené životné podmienky z hľadiska prestavby stereotypu vo fyzickej i psychickej sfére vojakov.

Rozbor okolností klinického vývoja a diagnostiky tbc pleuritídy u našich chorých priniesol rad zaujímavých poznatkov. Ochorenie prebiehalo u 6 chorých celkom asymptomaticky a diagnostikovalo sa spravidla len náhodne. Vo všetkých ostatných prípadoch sa však rozvinul celý, alebo aspoň časť dobre známeho príznakového syndrómu výpotkového zápalu pohrudnice (tab. 1.). Je vidieť, že v popredí klinického obrazu ako

Výskyt klinických príznakov exsudatívnej tbc pleuritídy

horúčky	112	dýchavica	38
triaska	16	hemoptýza	8
potenie	69	neurolog. príznaky	4
bolesti v hrudníku	102	abdomin. príznaky	8
malátnosť	60	iné netyp. príznaky	4
kašeľ	46	asymptomatický priebeh	6

najčastejšie príznaky boli teploty, bolesti v hrudníku, kašeľ, dýchavica a celkové prejavy tbc intoxikácie. Treba však upozorniť, že v 17,1 % z našich prípadov začali klinický scenár ochorenia celkom atypické obtiaže, ktoré často pred-

chádzali niekedy rýchlo, inokedy pozvoľna nastupujúce ostatné klasické príznaky pleuritídy. Z atypických klinických ťažkostí treba spomenúť najmä skupinu neurologických príznakov, spomedzi ktorých sa u našich chorých najčastejšie vyskytovali ťažkosti typu interkostálnej neuritídy, komplex bolestivého ramena, trpnutie hornej končatiny a ojedinele i platničkový syndróm. V niektorých prípadoch sa ochorenie pri začiatku manifestovalo cefalgiou, bolestivými senzáciami v prékordiu koronárneho typu, nechutenstvom a náhlým chudnutím. V ojedinelých prípadoch pleuritída začínala nediferencovaným kolapsovým až šokovým stavom, ktorý komplikoval zameranie a rozsah diferenciálnodiagnostických úvah.

Veľmi zriedkavo sa pleuritída môže maskovať i výlučne abdominálnymi, najmä apendikálnymi príznakmi, zvlášť pri jej pravostrannej lokalizácii. U dvoch našich chorých sa pri horúčnatom stave a pre príznaky akútneho brucha (bez rtg vyšetrenia pľúc) stanovila diagnóza apendicitídy. Oba chorí boli laparotomovaní, pričom appendix bol intaktný a až zlý klinický pooperačný stav chorých si vyžiadaval komplexné vyšetrenie, ktoré odhalilo exsudatívnu tbc pleuritídu. V oboch prípadoch pleuritída bezpečne nebola dôsledkom operácie, ale časovo i klinicky ju zrejme predchádzala. Je zaujímavé, že u oboch chorých, u ktorých sa neodôvodnene indikovala apendektómia, dokázala sa rozsiahla exsudujúca interlobárna pleuritída vpravo.

Jeden z týchto chorých, 21ročný vojak zákl. služby J. R., po prechladnutí dostal teploty a pichavé bolesti v pravom hrudníku, závislé na dychových exkurziách. Po neúspešnom ambulantnom liečení s PNC u útvaru sa hospitalizoval na internom oddelení, kde dostával PNC a Tetracyklín. I tu sa klinický stav chorého progresívne zhoršoval a v popredí ostávala maximálna dýchavica, ktorá pacientovi nedovoľovala ani hovoriť. Po týždni, pri lokálnom náleze doskovito tvrdého brucha sa diagnostikovala apendicitída a urobila sa laparotómia, pri ktorej sa však našiel zdravý appendix. Špatný celkový pooperačný stav chorého, kontinuálne horúčky a progresívne chudnutie si napokon vynútili pneumologické konzílium, pri ktorom sa zistila tbc pleuritída vpravo, podmieňujúca na bočnej snímke charakteristický vretenovitý obraz interlobárnej exsudácie.

V podobných prípadoch diferenciálnodiagnostická neobozretnosť vedie neraz k trápnyim dôsledkom. Pripomíname to najmä preto, že pleuritída sa občas maskuje i inými abdominálnymi príznakmi. V našom súbore sa v ďalších 6 prípadoch pleuritída nesprávne diagnostikovala ako hepatitída, cholecystitída, subfrenický absces a dokonca i ako brušný týfus.

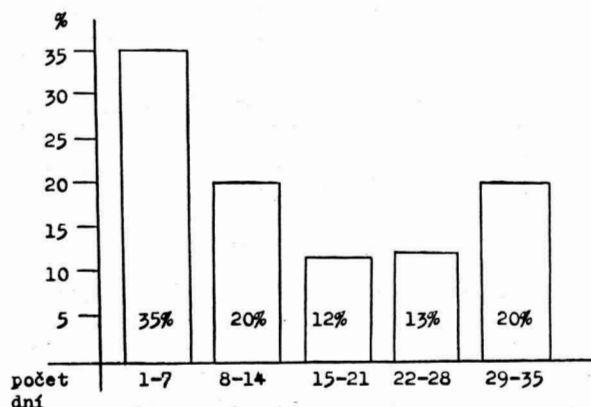
U absolútnej väčšiny chorých (v 82,9 % prípadov) sa však pleuritída manifestovala súborom celkom typických a dostatočne známych príznakov, čo je v nápadnom kontraste s pomerne vysokým percentom chybných diagnóz pri prvom lekárskom vyšetrení. Ukazuje sa (tab. 2.), že v 39 % prípadov sa pri diferenciálnodiagnostických úvahách vôbec nemyslelo na možnosť tbc pleuritídy a spravidla sa ochorenie považovalo

Pôvodné diagnózy stanovené pri začiatku tbc pleuritídy

tbc pleuritis	78	infarkt myokardu	1
bronchopneumónia	18	mezotelióm pleury	1
chrípka	15	appendicitis	2
akútna bronchitis	6	cholecystitis	1
angína	1	hepatitis epidemica	1
interkostálna neuritis	1	subfrenický absces	1
platničkový syndróm	1	brušný týfus	1

za akútny nešpecifický zápalový respiračný proces (v 31 % prípadov). Preto ani neprekvapuje pomerne dlhý časový interval, ktorý uplynul od objavenia prvých príznakov až do momentu stanovenia správnej diagnózy pleuritídy (graf 2).

INTERVAL OD PRVÝCH PRÍZNAKOV DO STANOVENIA DIAGNÓZY



Z grafu vidieť, že tento stratový čas mal asi v tretine prípadov prijateľné trvanie od 1 do 7 dní, ale v 65 % prípadov bol neúnosne dlhý a trval 8 až 30 i viac dní. Dôsledky takto oneskorenej diagnostiky netreba snáď ani pripomínať, lebo je celkom zrejmé, že nasadenie antituberkulotík a poprípade i kortikoidov po tak veľkej časovej strate zvyšuje nielen riziko vzniku tbc iných orgánov, ale i rozsiahlych adhezívnych rezíduí s nepriaznivými funkčnými dôsledkami.

V súbore našich 128 chorých pre diagnózu tbc pleuritídy svedčil typický klinický a rtg obraz a v 71 prípadoch ju potvrdila i pleurálna punkcia. Tam, kde sa nepodarilo získať výpotok, diagnózu umožnila punkčná biopsia pleury (u 10 chorých) a v 3 prípadoch sa z rôznych dôvodov urobila i torakotómia, excízia z pleury a jej histologické vyšetrenie. Pri punkciách sa získalo 50 až 2500 ml výpotku, ktorý u väčšiny chorých bol typicky číry a jantarovožltý, v 7 prípadoch hemoragický a u 5 chorých zakalený. Zo získaného exsudátu sa ani v jednom prípade nepodarilo vypestovať BK kultivačne. Podobný záver najnovšie publikoval i Haľák a spol. [3], ktorý zdôrazňuje, že negatívny nález mykobaktérií vo výpotku ešte nevylučuje jeho tuberkulózný pô-

vod. Cytologicky sa v punktátoch najčastejšie nachádzali záplavy lymfocytov, menej často mezotélie, leukocyty, erytrocyty, monocyty, histiocyty a plazmocyty. V priebehu prvých týždňov ústavného liečenia sa u 99 chorých dokázala pozitivita tuberkulínových reakcií a vo všetkých ostatných prípadoch s pôvodne negatívnym výsledkom testov vznikla neskoršie zreteľná inverzia reakcie.

Závažnú úlohu v diagnostike tbc pleuritídy malo rtg vyšetrenie, ktoré v našom súbore ukázalo, že proces sa lokalizoval obojstranne iba v 3 prípadoch a u ostatných chorých počet pravostranne a ľavostranne zistených výpotkov bol v presnej rovnováhe. Iba u 2 chorých sme dokázali typickú interlobárnu pleuritídu s vretenovitou konfiguráciou tieňa exsudátu na bočnej projekcii. U ostávajúcich 126 chorých sa našiel charakteristický difúzny pleuritický proces, podmieňujúci na rtg snímke plošné homogénne zatienenie dolného poľa, prechádzajúce do menej sýteho zazávojovania kraniálnejších partií pľúc. Pri rozsiahlych výpotkoch môže byť sýto a homogénne zatienený celý hemitórax, takže nemožno diferencovať štruktúry hilu a pľúc, ako sme to pozorovali u 3 chorých, ktorí nie sú zahrnutí v hodnotenom súbore.

Kompletné rtg vyšetrenie našich chorých dokázalo u 25 chorých (v 19,5 % prípadov) i iný súčasný tbc proces, reprezentovaný u 4 pacientov exsudatívnou tbc perikarditídou a v 21 prípadoch pľúcnou tuberkulózou. U týchto chorých sme väčšinou zistili aktívne obojstranné tuberkulózy pľúc, z ktorých tretina bola už v štádiu rozpadu s BK pozitivitou. Vzhľadom na to, že pred vznikom pleuritídy bol pľúcny nález u týchto chorých v rôznom časovom odstupe negatívny, nie je možné zodpovedne usúdiť, či pľúcne tbc lézie predchádzali pleuritídu, vznikali s ňou súčasne, alebo boli jej dôsledkom.

Zásady modernej komplexnej liečby tbc pleuritíd sú dostatočne známe. Jej základom je v začiatočnom štádiu podávanie kombinácie STM a INH a doliečenie monoterapiou INH, spolu v rozsahu najmenej 1 roku, využitie kortikoidov v exsudatívnej fáze ochorenia a systematická a cieľavedomá rehabilitácia zameraná na funkčnú readaptáciu pľúc a bránice.

U väčšiny našich chorých bolo potrebné ústavné liečenie v trvaní najmenej 6 mesiacov, pričom celková práceneschopnosť u 83,5 % z našich chorých trvala 9 až 12 mesiacov. Dlhšie sa liečili iba komplikované prípady. Pridružené pľúcne a mimopľúcne tbc procesy sa vo všetkých prípadoch zhojili, alebo resorbovali a stabilizovali a u 7 chorých s pôvodnou kavernou a s BK pozitivitou sa dosiahla trvalá dekavernizácia a debacilizácia. Z rtg hľadiska považujeme dosiahnuté výsledky len za uspokojivé. Intenzívnou liečbou antituberkulotikami, kortikoidmi a dlhodobou sústavou rehabilitáciou sa totiž dokonalá resorpcia ad integrum dosiahla iba v 13,9 % prípadov a u 59 % chorých perzistovali drobné ad-

hézie. V 20,8 % prípadov však pretrvávali rozsiahle bazálne, parietálne, mediastinálne, hrotové alebo interlobárne rezíduá a v 6,3 % prípadov sa vytvoril fibrotórax s pretiahnutím srdca a medzipleúcia, s retrakciou hrudníku a s trvalou fixáciou bránice. Súhrnne teda v 27,1 % prípadov napriek dlhému a intenzívnemu liečeniu perzistovali adhémie takého rozsahu, ktoré museli výrazne negatívne ovplyvniť funkčné výsledky liečenia. Tento osud však nepostihol ani jedného pacienta, u ktorého sa zavčas stanovila správna diagnóza a bez premeškania sa začalo intenzívne liečenie. Funkčné výsledky liečenia v našom súbore sa nedajú presne vyhodnotiť, pretože seriózne podklady sa získali iba u časti hodnotených prípadov.

Pri včasnej diagnóze tbc pleuritídy je zrejme možné zlepšiť dosiahnuteľné liečebné výsledky. Tbc pleuritída je dnes hádam jediným variantom respiračnej tuberkulózy, pri ktorom je možné pomerne rýchlo a pritom natrvalo dosiahnuť veľmi dobrý liečebný efekt. Pri tbc pleuritíde včasná aplikácia antituberkulotík a kortikoidov vedie k rýchlej úprave klinického stavu, k včasnému vstrebávaniu výpotku, pričom neraz už po 6 až 8 týždňoch sa rtg nález celkom normalizuje, alebo ostávajú len drobné bazálne adhémie bez vplyvu na funkčné dychové hodnoty. Pri správnom liečení nielenže sa predíde vzniku vážnych funkčných dôsledkov, ale sa zabráni i vzniku pridružených špecifických komplikácií a vývoju kedysi tak častých postpleuritických tuberkulóz. Naopak, oneskorená diagnostika a liečenie negatívne ovplyvňujú dosiahnuteľné výsledky vo všetkých aspektoch.

Zabrániť týmto zbytočným škodám bude možné iba vtedy, ak sa pri diferenciálnej diagnostike akútnych respiračných ochorení bude počítať i s možnosťou špecifickej etiológie a z klinického aspektu sa budú brať do úvahy i veľmi variabilné netypické príznaky začínajúcej tbc pleuritídy. Namiesto síce pohotového ale neúčelného nasadenia antibiotík a antipyretík je treba pozornejšie interpretovať anamnézu, klinický stav chorého a pravdaže i výsledky komplexného vyšetrenia, v ktorom spravidla rozhodujúcu úlohu má rtg snímka alebo skiaskópia.

Mýtus o pleuritídach ako o bežnom nezávažnom nešpecifickom ochorení už dávno patrí minulosti. Skutočne oprávnené sa v každej modernej práci z odboru patológie a kliniky ochorení respiračného systému zdôrazňuje požiadavka, že každý pohrudničný výpotok je treba tak dlho považovať za tuberkulózný, kým sa bezpečne nedokáže opak.

Upozornili sme, že tuberkulózný výpotkový zápal pohrudnice sa v armáde vyskytuje prevažne u 18ročných až 23ročných vojakov v základnej službe, a preto dôsledné uplatňovanie citovanej tézy u mladej generácie je požiadavkou viac ako naliehavou.

Súhrn

Na základe rozboru súčasného stavu včasnej diagnostiky tbc pleuritídy sa upozorňuje, že v hodnotenom súbore 128 vojakov sa pri začiatku ochorenia v 39 % prípadov nebrala do úvahy možnosť tbc pleuritídy. Zdôrazňuje sa, že oneskorené stanovenie správnej diagnózy, zaznamenané autormi v hodnotenej skupine až v 65 % prípadov, výrazne negatívne ovplyvňuje liečebný efekt i prognózu ochorenia. Upozorňuje sa na nutnosť správnej interpretácie klasického klinického obrazu ochorenia a uvádzajú sa i jeho atypické príznaky sťažujúce diagnostiku. Porovnávajú sa dosiahnuté liečebné výsledky z hľadiska možnosti ich zlepšenia pri včasnej správnej diagnóze. Vyslovuje sa naliehavá požiadavka pozornejšej analýzy prvých klinických príznakov ochorenia, najmä na základných etapách zdravotníckeho zabezpečenia vojsk.

Literatúra

1. Cyprich, Š.: Posudzovanie exsudatívnych pleuritíd pre schopnosť k výkonu služby v armáde. Voj. zdrav. Listy 27, 1958, 5 : 219—223.
2. Čihálik, Č.: Biopsie parientální pleury podle zkušeností z našeho oddělení. Voj. zdrav. Listy 27, 1958, 5 : 215 až 216.
3. Haňák, O., Štubňa, J., Šimera, E.: Problematika pohrudničných výpotkov. Lek. Obzor 20, 1971, 1 : 33—38.
4. Polák, J.: Nové náhledy na léčení tuberkulózních exsudativních zánětů pohrudnice. Voj. zdrav. Listy 27, 1958, 5 : 217—219.
5. Polák, J., Salzmänn, J.: Pozdní následky po tuberkulózních exsudativních zánětech pohrudnice u vojáků. Voj. zdrav. Listy 27, 1958, 5 : 213—215.
6. Přeborovský, F.: K patogeneze a patologické anatomii exsudativní pleuritidy. Voj. zdrav. Listy 27, 1958, 5 : 209—212.