

STEMPLĖS ACHALAZIJOS IR PARAPNEUMONINIO PLEURITO KLINIKINIS ATVEJIS

Darbo autorė. Daiwa BOCWINSKA (V kursas).

Darbo vadovė. Gyd. Giedrė CINCILEVIČIŪTĖ, VU MF krūtinės ligų, imunologijos ir alergologijos klinika.

Darbo tikslas. Pristatyti stemplės achalazijos ir parapneumoninio pleurito klinikinį atvejį. Uždaviniai: išnagrinėti šių patologijų klinikinį pasireiškimą, etiologiją, diagnostiką ir gydymą.

Darbo metodika. Gavus raštišką ligonio sutikimą ir Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų direktoriaus leidimą, atlikta klinikinio atvejo analizė ir literatūros apžvalga.

Klinikinio atvejo aprašymas. Parapneumoniniu pleuritu vadinamas skystis, pleuros ertmėje atsiradęs dėl plaučių uždegimo, pūlinio arba bronhektazių. Labai retai jis gali pasireikšti dėl stemplės achalazijos. Achalazija — reta neurodegeneracinė stemplės liga, kai pasikeičia jos peristaltika ir nukenčia stemplės apatinio sfinkterio funkcija. Tada gali pasireikšti nuolatinė aspiracija į kvėpavimo takus, aspiracinė pneumonija ir jos komplikacijos. Pristatomas klinikinis atvejis: 55 metų vyras susirgo ūmiai – atsirado skausmas kairiojoje krūtinės ląstos pusėje, diagnozuota tarpšonkaulinė neuralgija, gydymui paskirti nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo. Po 8 dienų ryte prasidėjo kosulys, atsirado dusulys, sustiprėjo skausmas, pakilo temperatūra iki 38°C. Ligonis kreipėsi į priėmimo-skubios pagalbos skyrių. Tyrimuose: leukocitozė ($15,12 \cdot 10^9/l$), neutrofilija ($13,10 \cdot 10^9/l$ - 86,6 proc); CRB - 65,12 mg/l. Krūtinės ląstos rentgenogramoje (Ro) matomi kairiojo plaučio bazalinių segmentų infiltracijos požymiai, nedidelis kiekis skysčio kairiojoje pleuros ertmėje. Plaučių uždegimo gydymui nukreiptas į Vilniaus miesto klinikinę ligoninę (VMKL), 6 paras gydytas amoksicilinu/klavulano rūgštimi. Po kelių dienų febriliai sukarščio, radiologiniuose vaizduose - neigiama dinamika. Dėl blogėjančios būklės perkeltas į VUL SK Pulmonologijos ir alergologijos skyrių. Kraujo tyrimuose stebimi žymiai padidėję kraujo uždegiminiai rodikliai. Keičiamas antibakterinis tyrimas į piperaciliną/tazobaktamą. Atlikus pleuros ertmių ultragarsinį (UG) tyrimą, stebimas "korio" vaizdas kairiojoje pleuros ertmėje. Skysčio kairiojoje pleuros ertmėje etiologijos patikslinimui, nuspręsta atlikti adatinę parietalinės pleuros biopsiją ir skysčio aspiraciją. Pagal Laito kriterijus punktas - eksudatas. Pleuros punktas bendrosios citologijos tyrime vyravo neutrofilai, bakterijų augimo nebuvo. Atlikta krūtinės ląstos kompiuterinė tomografija – didelis kiekis skysčio kairiojoje pleuros ertmėje, kairiojo plaučio neoringo audinio zonos; išsiplėtęs stemplės spindis, skysčio oro paviršius joje. Patikslinta ligonio anamnezė ir sužinota, kad ligonį keletą metų vargina rijimo sutrikimas, atpylimai. Stemplės patologijos įvertinimui atlikta stemplės rentgenoskopija ir rentgenografija. Patvirtinta antro laipsnio stemplės achalazija. Atlikta rigidinė ezofagoskopija ir stemplės pneumodilatacija, sanacinė bronchoskopija. Bronchuose matomas lėtinio paūmėjusio bronchito vaizdas. Histologinis pleuros punktas tyrimas patvirtino lėtinio aktyvaus pleurito diagnozę. Ligonio būklė buvo stabili, mažėjo kraujo uždegiminiai rodikliai, nekarščio. Tęstas konservatyvus parapneumoninio pleurito gydymas. Po pirmos stemplės pneumodilatacijos efektas nebuvo pakankamas, todėl atlikta antroji pneumodilatacija. Ligonis vėl pradėjo febriliai karščiuoti, CRB dinamikoje padidėjo. Nuspręsta atlikti krūtinės ląstos KT įvertinti pokyčių dinamiką ir dėl galimų komplikacijų po atliktų procedūrų. Radiologiniuose vaizduose buvo matomos naujos matinio stiklo zonos plaučiuose. Pakeistas antibakterinis gydymas į imipenemą/cilastatiną. Atlikta pleuros ertmės diagnostinė punkcija (aspiruotas serozinis skystis), fibrobronchoskopija ir bronchoalveolinis lavažas. Infekcijų sukėlėjų pleuros punktate ir BAL skystyje nerasta. Pokyčiai krūtinės ląstos KT vertinti kaip aspiracinės kilmės po stemplės plėtimo procedūrų. Skiriant antibakterinį gydymą, koregavus rizikos veiksnį, ligonio būklė žymiai pagerėjo – nustojo karščiuoti, sumažėjo kraujo uždegiminiai rodikliai. Pasiekus klinikinį stabilumą, išrašytas

tolesniam ambulatoriniam stebėjimui dėl išliekančio skysčio kairiojoje pleuros ertmėje. Po 6 stebėjimo mėnesių, skystis kairiojoje pleuros ertmėje rezorbavosi. Atlikus plaučių funkcijų tyrimą, restrikcijos požymių nėra.

Išvados. Parapneumoninio pleurito ir stemplės achalazijos diagnostika ir gydymas yra sudėtingi dėl reto patologijų derinio. Lėtinė aspiracija į kvėpavimo takus gali sukelti infekcines plaučių ir pleuros komplikacijas. Patologijos gali pasireikšti kvėpavimo ir virškinimo sistemos simptomais. Reikia pagalvoti apie stemplės patologiją, kai tinkamai gydant plaučių arba pleuros ligą, nėra klinikinio pagerėjimo, o ligonio anamnezėje yra neaiškios kilmės disfagija. Atliekant intervencines procedūras, galimas klinikinis pablogėjimas dėl suintensyėjusios aspiracijos. Parapneumoninio pleurito konservatyvus gydymas gali būti efektyvus, net esant sunkiems rizikos veiksniams.

Raktažodžiai. Stemplės achalazija; parapneumoninis pleuritas.