

## **VISUOMENĖJE ĮGYTOS PNEUMONIJOS KOMPLIKUOTOS PLAUČIO ABSCEDAVIMU KLINIKINIS ATVEJIS**

**Darbo autorė.** Daiva MILMANTIENĖ (VI kursas).

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

**Darbo tikslas.** Pristatyti visuomenėje įgytos pneumonijos, komplikuotos plaučio abscedavimu, klinikinį atvejį. Uždaviniai: išnagrinėti šios patologijos epidemiologiją, rizikos veiksnius, diagnostiką, gydymą, išeitį.

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

**Įvadas.** 2020 metais pneumonija buvo ketvirta dažniausia mirties priežastis pasaulyje. Jos eigoje 50% atvejų atsiranda komplikacijų. Reta visuomenėje įgytos pneumonijos pasekmė – abscedavimas, tai – plaučių parenchimos nekrozė ir ertmių formavimasis. Dažniausias jo sukėlėjas – *Streptococcus pneumoniae*. Dažniausi absceduojančios pneumonijos rizikos veiksniai – aspiracija, imuniteto susilpnėjimas, broncho spindžio susiaurėjimas arba obturacija, plaučių trauma. Apie 7% pneumokokinės pneumonijos atvejų komplikuojasi nekroze. Plaučių ir bronchų kraujotakos sutrikimo bei nekrotinių pakitimų priežastimi yra sukėlėjų toksinės medžiagos, vaskulitas ir kraujagyslių trombozė, dėl ko sutrinka antibiotikų patekimas į infekuotą plaučių parenchimą. Gali atsirasti bronchopleurinės fistulės ir išsivystyti sepsinis šokas. Plaučio gangrena yra pati sunkiausia absceduojančios pneumonijos komplikacija. Diagnozuojama atliekant plaučių dviejų krypčių rentgenogramas, kompiuterinę tomografiją, fibrobronchoskopiją. Medikamentiniam gydymui skiriami plataus veikimo spektro antibiotikai. Plaučio abscedavimą reikia diferencijuoti su empiema, nekrotizuojančiu naviku, granuliozinėmis ligomis, infekuota buliozine emfizema. Jei konservatyvus gydymas būna neefektyvus, būtinas intervencinis gydymas: endobronchinis kateterizavimas, lobektomija arba pulmonektomija, pleuroabscesostomija. Gydant konservatyviai, pasveiksta 50–70% pacientų.

**Klinikinio atvejo aprašymas.** 36 metų vyras, neturintis gretutinių ligų, sudalyvavo vakarėlyje gamtoje, netyčia išgėrė apie 20 ml degaus skysčio. Naktį ūmiai atsirado skausmas dešiniojoje krūtinės ląstos pusėje ir nugaroje. Atliktuose tyrimuose rasta neutrofilinė leukocitozė (leukocitų  $18,66 \cdot 10^9/l$ , neutrofilų  $16,46 \cdot 10^9/l$ ), C reaktyvaus baltymo (CRB) –  $138,17 \text{ mg/l}$ . Krūtinės ląstos rentgenogramoje – dešiniojo plaučio vidurinės skilties infiltracija. Diagnozuota visuomenėje įgyta pneumonija. Įvertinus galimą aspiraciją į kvėpavimo takus, paskirtas empirinis antibakterinis gydymas amoksicilinu su klavulano rūgštimi. Būklė pagerėjo, tačiau išliko subfebrili temperatūra, CRB kiekis kraujyje sumažėjo iki  $26,5 \text{ mg/l}$ . Pakartota krūtinės ląstos rentgenograma, atsirado skysčio pleuros ertmėje. Atliktas pleuros ertmių ultragarsinis tyrimas, kurio metu stebėtas nedidelis kiekis homogeniško, hipoechogeniško skysčio dešiniojoje pleuros ertmėje ir dešiniojo plaučio apatinės

skilties infiltracija. Dėl neigiamos radiologinės dinamikos atlikta krūtinės ąstos kompiuterinė tomografija. Matoma dešiniojo plaučio vidurinės skilties konsolidacija, panaši į besiformuojantį plaučio abscesą arba nekrotizuojantį naviką. Atlikta fibrobronchoskopija, kurios metu stebėtas dešiniojo plaučio vidurinės skilties bronchų gleivinės uždegimas, S5 segmento broncho susiaurėjimas bei skilties destruktinio uždegimo su abscedavimu požymiai. Padaryta šios srities kateterizacija ir sanacija. Nesant teigiamos radiologinės dinamikos du kartus kartotos fibrobronchoskopijos ir dešiniojo plaučio vidurinės skilties sanacijos. Dinamikoje bronchų uždegimo požymių sumažėjo. Ties dešiniojo plaučio S5 segmento medialine sienele stebėtas neaiškios kilmės audinys ir paimta biopsija. Paciento būklė pagerėjo – nustojo karščiuoti, išnyko skausmas, CRB sumažėjo iki 22 mg/l. Pakartota krūtinės ąstos rentgenograma – sumažėjo infiltracijos plotas dešiniojo plaučio vidurinėje skiltyje ir skysčio pleuros ertmėje kiekis. Paskirtas amoksicilinas vartoti dar 3 dienas ir pacientas išrašytas. Histologiniame tyrime – lėtinė aktyvi uždegiminė infiltracija. Po trijų mėnesių atlikta kontrolinė krūtinės ąstos kompiuterinė tomografija – dešiniojo plaučio vidurinės skilties infiltracija išnyko.

**Išvados.** Plaučio abscedavimas yra reta visuomenėje įgytos pneumonijos komplikacija. Jo rizikos veiksniai gali būti aspiracija, gretutinės ligos, bronchų drenažo sutrikimas. Svarbu laiku diagnozuoti ir pradėti gydyti absceduojančią pneumoniją, siekiant išvengti sunkių komplikacijų – plaučių gangrenos, sepsio. Nesant visuomenėje įgytos pneumonijos pradinio antibakterinio gydymo efekto, reikėtų pagalvoti apie pneumonijos komplikacijas, kitus sukėlėjus, alternatyvias diagnozes. Skiriant antibakterinį gydymą ir atliekant minimalias intervencijas – bronchų sanaciją, kateterizaciją, galima sėkminga gydymo išeitis. Chirurginių intervencijų gali prireikti, tik kai pneumonijos eiga sunki. Tikslingas ligonio stebėjimas ir kontrolinis kompiuterinės tomografijos tyrimas, jei baigus gydymą išlieka infekcinių pakitimų rentgenogramoje.

**Raktažodžiai.** Pneumonija; aspiracija; abscedavimas; bronchoskopija