

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik: prof. dr med. Alfred. R. Tuskiewicz

i

Z Kliniki Gruźlicy Płuc Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik: doc. dr med. Helena Mysakowska

Czesława KISIEL-MILEWSKA
i Eugeniusz PIETROŃ

Porównanie odległych wyników leczenia przeciwprątkowego i leczenia objawowego chorych na gruźlicze wysiękowe zapalenie opłucnej

Сопоставление контроля, проведенного спустя несколько лет, результатов лечения противотуберкулезными антибиотиками и симптоматического лечения больных, туберкулезным эксудативным плевритом

Comparison of Remote Results of Anti-bacillus Treatment and of Symptomatic Treatment of Patients Suffering from Tuberculous Exudative Pleuritis

Piśmiennictwo krajowe i zagraniczne zajmuje się od wielu lat zagadnieniem wysiękowego zapalenia opłucnej, jego występowaniem, rozpoznawaniem i leczeniem. Wysiękowe zapalenie opłucnej jest w znacznej większości przypadków schorzeniem gruźliczym.

Opłucna, mimo swej dużej odporności, jest narażona na duże niebezpieczeństwo w przebiegu zakażenia gruźliczego zarówno z uwagi na swą rolę immunologiczną i dużą ilość naczyń chłonnych, jak również ze względu na strukturę anatomiczną z dużą ilością zachyłków, szczelin i załamek, co stwarza korzystne warunki do przetrwania resztkowych wysięków lub resztkowych ognisk serowacenia i tłumaczy przechodzenie sprawy gruźliczej na miąższ płucny (Garbiński i Randowa). Większość badaczy (Garbiński, Misiewicz i inni) przyjmuje, że gruźlica płuc rozwija się w 25—35% przypadków w okresie pięciu lat po przebyciu pierwotnego wysiękowego zapalenia opłucnej, z tym że większość zachorowań występuje w pierwszych trzech latach.

Pierwsze badania porównawcze wyników leczenia wysiękowego zapalenia opłucnej lekami przeciwprątkowymi i leczenia bez leków przeciwprątkowych przeprowadzili Mackay-Dick i Rothnie w roku 1954. Autorzy ci zaobserwowali, że zarówno wysięk opłucnowy, jak

i zmiany w mięszu płucnym, cofały się znacznie szybciej u chorych leczonych lekami przeciwprątkowymi aniżeli u chorych nie leczonych tymi lekami; również spadek ciepłoty ciała do normy występował w grupie pierwszej w przeciągu tygodnia, natomiast w grupie drugiej dopiero po 3—6 tygodniach (G r u n e c h).

Podobne badania przeprowadził w roku 1955 E m e r s o n. Badanych 65 żołnierzy R. A. F. podzielono na dwie grupy: 40 z nich leczono bez stosowania leków przeciwprątkowych a 25 streptomycyną i PAS-em. Z wyjątkiem 8 osób w każdej z tych grup, wszyscy inni chorzy byli obserwowani przez okres dłuższy niż dwa lata. Spośród 17 chorych leczonych lekami przeciwprątkowymi żaden nie zachorował na gruźlicę płuc w okresie dwuletniej obserwacji, podczas gdy w grupie kontrolnej wystąpiła gruźlica płuc u 9.

W leczeniu wysiękowego zapalenia opłucnej nie stosuje się leków przeciwprątkowych miejscowo, podając zarówno streptomycynę jak i hydrazyd ogólnie. Streptomycyna przenika bowiem w dostatecznej ilości poprzez zapalnie zmienioną opłucną przy podawaniu ogólnym, a hydrazyd przedostaje się do jam surowiczych jeszcze lepiej niż streptomycyna. Z uwagi na możliwość powstawania lekooporności celowe jest leczenie skojarzone dwoma lub trzema lekami przeciwprątkowymi. Jakkolwiek zasadniczo wysiękowe zapalenie opłucnej winno być leczone w klinikach ftyzjatrycznych (S z y m a ń s k i), w rzeczywistości większość tych chorych przechodzi leczenie w klinikach internistycznych.

BADANIA WŁASNE

W II Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Lublinie leczono w okresie od 1950 do 1954 roku 110 chorych z wysiękowym zapaleniem opłucnej. Na podstawie obrazu klinicznego przyjęto tło gruźlicze schorzenia. Z 60 wykonanych posiewów płynów wysiękowych wyhodowano tylko w jednym przypadku prątki gruźlicy. Również zaszczepienie świnki morskiej, wykonane w 5 przypadkach, dało wynik ujemny.

Wiek chorych wahał się od 14 do 65 lat, z tym że 85% chorych było w wieku od 16 do 30 lat. Mężczyzn było 75%, kobiet 25%.

Wysięk występował u mężczyzn równie często w prawej i lewej jamie opłucnej, u kobiet częściej w prawej. Spośród 28 kobiet u 6 wysięk wystąpił w przebiegu ciąży (w III, IV i V miesiącu). U 2 chorych rozpoznano obustronne wysiękowe zapalenie opłucnej, u 2 *poliserositis*.

Do roku 1953 nie stosowano w tut. Klinice leków przeciwprątkowych w leczeniu wysiękowego zapalenia opłucnej. Chorych leczono objawowo (przetwory wapnia, witaminy C i D₂, nitrogranulogen, leki przeciwgorączkowe i inne) wykonując w razie potrzeby nakłucia odbarczające. Okres leczenia w Klinice chorych, którym nie podawano leków przeciwprątkowych, wynosił 10—75 dni, średnio 32.

Od roku 1953 rozpoczęto stosować streptomycynę i hydrazyd. Streptomycynę podawano dwa razy tygodniowo po 1 g dobowo, w dwóch dawkach dziennych, hydrazyd zaś doustnie przez trzy dni w tygodniu w dawce dziennej 5 mg/kg wagi ciała. U niektórych chorych stosowano z konieczności tylko hydrazyd lub tylko streptomycynę, zależnie od stanu posiadania tych leków. Równocześnie stosowano wyżej wymienione leczenie objawowe. Czas leczenia chorych, którym podawano leki przeciwprątkowe, wyniósł 20—30 dni i był średnio około 10 dni krótszy od okresu leczenia chorych nie leczonych lekami przeciwprątkowymi.

Okres czasu od chwili wypisania z Kliniki do chwili przeprowadzenia przez nas kontroli stanu zdrowia wyniósł około 4 lat u chorych nie leczonych lekami przeciwprątkowymi i około 3 lat u chorych leczonych nimi.

Przeprowadzona przez nas kontrola stanu zdrowia obejmowała: 1) dokładne wywiady (w szczególności dotyczące okresu od chwili opuszczenia kliniki), 2) badanie fizykalne, 3) badania radiologiczne (radioskopia, radiogramy płuc tylnoprzednie i boczne, a w razie potrzeby zdjęcia warstwowe), oraz 4) badanie cytologiczne krwi, badanie moczu, OB i badanie płwociny na obecność prątków gruźlicy.

W miarę możliwości korzystano z informacji przychodni i ośrodków zdrowia, pod których opieką kontrolowani przez nas chorzy pozostawali od chwili opuszczenia Kliniki.

Na 110 wezwanych chorych zgłosiło się do kontroli 58. Byli to w większości chorzy zamieszkali w Lublinie lub w najbliższych okolicach Lublina. Przeprowadzenie badań kontrolnych u osób zamieszkałych poza Lublinem natrafiało często na znaczne trudności. Część chorych zmieniła miejsce zamieszkania bez podania adresu, większość młodzieży opuściła Lublin po ukończeniu studiów. Zasadniczo objęto badaniem kontrolnym tylko tych chorych, którzy w czasie obserwacji klinicznej nie wykazywali zmian w miąższu płucnym. Przypadkowo zgłosiło się do kontroli dwóch chorych (leczonych lekami przeciwprątkowymi), u których rozpoznano wysięk oraz gruźlicę włóknisto-guzkową w płucu po stronie wysięku.

58 chorych, którzy zgłosili się do kontroli, podzielono na dwie zasadnicze grupy:

1) leczonych objawowo bez leków przeciwprątkowych (na 40 wezwanych chorych zgłosiło się 22),

2) leczonych lekami przeciwprątkowymi (na 70 wezwanych chorych zgłosiło się do badania kontrolnego 36, w tym: a) leczonych hydrazydem 13 chorych, b) leczonych streptomycyną 5 chorych, c) leczonych hydrazydem i streptomycyną 18 chorych).

Wszyscy chorzy leczeni lekami przeciwprątkowymi czuli się dobrze od czasu opuszczenia Kliniki, a badania fizykalne, laboratoryjne i radio-

logiczne nie wykazywały istotnych odchyień od stanu prawidłowego z wyjątkiem dwóch chorych, u których badaniem radiologicznym stwierdzono nieznaczne zmiany włóknisto-guzkowe w górnych polach płuc obserwowane już poprzednio, podczas pobytu tych chorych w Klinice. U 24 chorych (66,6%) stwierdzono niewielkie zrosty w kącie przeponowo-żebrowym po stronie przebytego wysięku. U 12 chorych (33,3%) badanie radiologiczne nie wykazało żadnych zgrubień lub zrostów opłucnej.

Natomiast w grupie chorych nie leczonych lekami przeciwprątkowymi (22 osoby) wystąpiła w 6 przypadkach gruźlica płuc po przebyciu wysiękowego zapalenia opłucnej i w jednym przypadku gruźlica kręgosłupa. Szczegółowe wyniki badań przedstawiają się następująco: u 4 chorych stwierdzono gruźlicę włóknisto-guzkową w górnych polach płucnych (u 3 po stronie wysięku, u 1 po stronie przeciwnej), u 2 gruźlicę płuc przewlekłą włóknisto-jamistą z większymi zmianami i rozpadem po stronie przebytego wysięku, u 1 chorego gruźlicę kręgosłupa oraz drobne zmiany włókniste w obu szczytach. Ponadto stwierdzono radiologicznie u 3 chorych rozległe zrosty i zgrubienia opłucnej, upośledzające ruchomość klatki piersiowej. Tylko u 5 chorych nie stwierdzono zmian chorobowych.

U 7 chorych nie leczonych lekami przeciwprątkowymi wystąpił ponowny wysięk opłucny, a mianowicie: 1) po tej samej stronie, po której wysięk był poprzednio u 4 chorych (po 2, 3 i 8 miesiącach), 2) po stronie przeciwnej u 3 chorych (po 8 miesiącach, 3 i 6 latach).

Wśród chorych kontrolowanych przez nas zasługuje na uwagę chora, która była leczona w Klinice dwukrotnie z powodu wysiękowego zapalenia opłucnej: po raz pierwszy w roku 1950 bez leków przeciwprątkowych z powodu lewostronnego zapalenia opłucnej i po raz drugi w roku 1953 streptomycyną i hydrazidem z powodu prawostronnego zapalenia opłucnej. W roku 1955 leczona była ambulatoryjnie hydrazidem z powodu stwierdzonych zmian w mięszu płucnym. Przeprowadzone przez nas badanie kontrolne wykazało gruźlicę włóknisto-guzkową w obu górnych polach płucnych.

Wyniki przeprowadzonych przez nas badań są zgodne z wynikami innych autorów. Wskazują one na to, że stosowanie leków przeciwprątkowych stanowi istotny postęp w leczeniu wysiękowego zapalenia opłucnej na tle gruźliczym, zapobiegając rozwojowi gruźlicy płuc, którą obserwowano w znacznym odsetku przypadków nie leczonych lekami przeciwprątkowymi.

P I S M I E N N I C T W O

1) Emerson P. A.: Quarterly Journal of Med., 1955, XXIV, 61. 2) Garbiński T., Randowa D.: Gruźlica, 1954, 22, 19. 3) Gruneh L.: Przegląd Lekarski, 1957, 12, 357. 4) Mackay-Dick J., Rothnie H.: Tubercle, 1954, XXXV, 182. 5) Misiewicz J.: Gruźlica, PZWL, Warszawa 1954.

Р Е З Ю М Е

Авторами был проведен клинический контроль 58 больных туберкулезным экссудативным плевритом, пробывавших на излечении во II Клинике Внутренних болезней Медицинской Академии в Люблине в 1950 — 1954 гг. Из указанного выше общего числа 58 больных к 22 больным было применено симптоматическое лечение, а остальные лечились противотуберкулезными средствами.

Период времени контроля за этими больными с момента выхода их из клиники до момента проведения клинического контроля составлял в группе больных леченных симптоматически около 4 лет, а в группе больных, к которым применялось медикаментозное лечение антибиотиками, около 3 лет.

У больных, не леченных противотуберкулезными антибиотиками, в 7 случаях был обнаружен туберкулез легких или внелегочный туберкулез (31,6%). В группе же больных, к которым было применено противотуберкулезное лечение, у 34 больных не обнаружено никакой формы туберкулеза, а у 2 больных удерживались лишь очень минимальные изменения фиброзного характера в верхушках легких, имевшиеся у этих больных уже во время их пребывания в клинике.

Применение противотуберкулезных средств представляет существенный прогресс в лечении туберкулезного экссудативного плеврита и предупреждает развитие туберкулеза, что наблюдалось у значительного количества больных, не леченных противотуберкулезными средствами.

SUMMARY

In the 2nd Internal Clinic, Medical Academy of Lublin, the authors followed up 58 patients treated in the years 1950—1954 for tbc. exudative pleuritis; 22 of them received symptomatic treatment only, 36 were treated with anti-bacillus drugs.

The period of observation, which began when the patients were leaving the Clinic, was about 4 years in the group of patients treated symptomatically, and about 3 years in those treated with anti-bacillus drugs.

In the group of patients who did not receive anti-bacillus drugs, 7 persons (31.6 per cent) developed pulmonary or extrapulmonary tuberculosis. In the group of patients treated with anti-bacillus drugs, on the other hand, 34 persons were found to be free from any form of tuberculosis, and in 2 patients there were present slight fibrous lesions in the lung apices which had existed during their stay in the Clinic.

The application of anti-bacillus drugs is a real advance in the treatment of exudative pleuritis of tuberculous origin; it prevents the development of tuberculosis, which was found in a considerable percentage of cases not treated with anti-bacillus drugs.