

REUMATINĖS PLEUROS LIGOS

Gabrielė Kučinskaitė

VšĮ Vilniaus universiteto Santaros klinikų Pulmonologijos ir alergologijos centras

Pleuritas gali išsivystyti dėl daugelio priežasčių. 2010 m. Britanijos krūtinės ligų asociacijos rekomendacijose nurodoma, kad pleuritu sergančių pacientų tyrimas turėtų būti sisteminis. Nuo to laiko maligninių ir infekcinių pleuritų atvejai pradėti tyrinėti klinikiniuose tyrimuose. Nedidelė dalis pleuritų išsivysto dėl jungiamojo audinio ligos (JAL).

JAL sukeltas pleuritas atsiranda dėl padidėjusio kapiliarų tinklo pralaidumo, kai skystis iš plaučių intersticinio audinio per mezotelį skverbiasi į pleuros ertmę. Pleuros ertmėse atsiradę imuniniai kompleksai gali suaktyvinti komplemento sistemą ir sukelti endotelio pažeidimą. Šio proceso metu baltieji kraujo kūneliai išskiria fermentus bei laisvuosius radikalus, kurie suaktyvina uždegiminį procesą.

JAL sukelti pleuritai yra reti, todėl jų diagnostikos metodai nėra apibrėžti. Dažniausiai

pleuritą sukelia reumatoidinis artritas ir sisteminė raudonoji vilkligė.

Nesenai atlikta septynerių metų prospektyvioji studija, į kurią buvo įtraukti 356 nemaligniniai pleuritai. Iš jų 9,8 proc. diagnozuotas uždegimo sukeltas pleuritas, 7,6 proc. – kitos priežastys (chilotoraksas, reumatinės ligos, trauma arba vaistų sukeltas pleuritas).

Sergančiuosius pleuros ligomis turėtų tirti specialistų komanda: respiratologai, onkologai ir slaugos specialistai. Daugelyje pleuros ligų centrų dirba komanda, kuri kartu tiria pacientus dėl reumatologinių ir intersticinių plaučių ligų. Publikuotų patikimais įrodymais pagrįstų multidisciplininių tyrimų apie JAL sukeltus pleuritus nėra.

2019 m. Šv. Tomo ligoninėje Londone atliktas retrospektyvinis tyrimas, kuriame nagrinėti pacientai, sergantys JAL ir pleuritu. Į šį tyrimą buvo įtraukta 11 pacientų (1 lentelė).

1 lentelė. Demografiniai tirtų pacientų duomenys

Charakteristikos	Kiekis, n (proc.)
Lytis	
<i>Vyrai</i>	8 (73 proc.)
<i>Moterys</i>	3 (27 proc.)
Amžius	23–77 metų
<i>Vidutinis amžius</i>	50 metų
Jungiamojo audinio liga	
<i>Reumatoidinis artritas</i>	3 (27 proc.)
<i>Su IgG4 susijusi liga</i>	2 (18 proc.)
<i>Suaugusiųjų Stilio liga</i>	2 (18 proc.)
<i>Vaskulitas</i>	1 (9 proc.)
<i>Sisteminė raudonoji vilkligė</i>	1 (9 proc.)
<i>Vaistų sukelta vilkligė</i>	1 (9 proc.)
<i>Behčeto liga</i>	1 (9 proc.)

Dažniausiai pacientai siunčiami į pleuros ligų centrą bendrosios praktikos gydytojo arba gydytojo reumatologo esant neaiškiai skysčio pleuros ertmėse etiologijai.

Diagnozei nustatyti pagal tarptautines rekomendacijas buvo atliekamos pleuros ertmės intervencinės procedūros (2 lentelė).

2 lentelė. Pleuros ertmės intervencijos

Pleuros intervencijos	Kiekis, n (proc.)
Neatlikta	1 (9 proc.)
Pleuros ertmės punkcija	3 (27 proc.)
Pleuros ertmės drenavimas	2 (18 proc.)
Pleuros ertmės punkcija ir drenavimas	1 (9 proc.)
Pleuros punkcija ir pleuros biopsija	1 (9 proc.)
Pleuros punkcija, biopsija, drenavimas ir VATS	1 (9 proc.)
Pleuros ertmės punkcija ir medicininė torakoskopija	1 (9 proc.)
VATS, torakoskopija, perikardiektomija	1 (9 proc.)

Santrumpa: VATS – *video assisted toracoscopy*

Buvo nagrinėjami 11 pacientų duomenys, kuriems buvo diagnozuota JAL. Devyniems pacientams pleuritas buvo pirmoji JAL išraiška.

Dažniausiai pleuritas pasireiškė dusuliu (74 proc.), krūtinės skausmu (54 proc.), kosuliu (36 proc.), rečiau karščiavimu, poliatralgija, nuovargiu, mialgija, svorio kritimu, pėdų ir delnų opomis (karbamezapino sukelta vilkligė).

Trims pacientams JAL diagnozė buvo patvirtinta iki pleurito atsiradimo. Kitų pacientų diagnozės buvo patvirtinamos įvertinus klinikinius požymius, autoimuninius kraujo tyrimus, pleuros arba perikardo biopsijos metu.

Aštuoniems pacientams buvo atliekama pleuros intervencija taikant vietinę anesteziją (punkcija, drenavimas, perkutaninė pleuros biopsija). Vienam pacientui pleuros intervencijos nebuvo reikalingos, vienam atlikta medicininė torakoskopija, dviem pacientams – krūtinės operacija.

Atlikus pleuros intervencijas procedūras, buvo paimta pleuros skysčio biocheminiam ir citologiniam tyrimui. Beveik visų pacientų gliukozės koncentracija pleuros skystyje yra >3,3 mmol/l (vidurkis 6 mmol/l).

Tyrimų, kuriuose būtų tyrinėjamas JAL sergančiųjų pleuros skystis, labai mažai. 2006 m. atliktame tyrime nurodoma, kad gliukozės koncentracija, esant daugiau nei 3,3 mmol/l tikėtina, kad pleuritas gali būti sukeltas reumatologinės patologijos.

Atliktame citologiniame tyrime nustatyta, kad pleuros skystyje vyrauja neutrofilai, limfocitai, makrofagai, rečiau mezotelio ląstelės (su IgG susijusi liga, suaugusiųjų Stilio liga, SRV, vaskulitas), histiocitai.

Aštuoniems pacientams buvo pradėtas gydymas prednizolonu (sergantiesiems vaskulitu, SRV, karbamezapino sukeltu vaskulitu, abiem pacientams, sergantiems Stilio liga, RA, Behčeto liga, vienam pacientui, sergančiam su IgG

susijusia liga). RA sergančiam pacientui pradėtas intraveninis gydymas metilprenizolonu, su IgG susijusia liga sergančiajam pradėtas metotreksatas, dviem Stilio liga sergantiesiems – kolhicinas, Behčeto liga – ciklofosfamidai.

Reumatologo dalyvavimas diagnozuojant plaučių ligas yra būtinas. Pleuros skysčio ir audinių tyrimas yra svarbus paneigiant infekcinės ir maligninės kilmės pleuritus.

JAL sukeltas pleuritas yra reta patologija, todėl aprašytų klinikinių atvejų yra itin mažai. Šiuo metu publikuota tik viena apžvalga apie JAL sukeltus pleuritus, kuri aptarta anksčiau.

Ši patologija kol kas mažai ištirta, pacientai, kuriems būtinas tyrimas dėl reumatinių ligų sunkiai identifikuojami.

Literatūra

1. Hugh I, Sivakumar P, McDermott EA et al. Multidisciplinary Approach to Connective Tissue Disease (CTD) Related Pleural Effusions: A Four-Year Retrospective Evaluation. *BMC Pulmonary Medicine*. 2019; 19(1): 161.
2. Porcel JM, Light RW. Diagnostic Approach to Pleural Effusion in Adults. *American Family Physician*. 2006; 73(7): 1211–1220.
3. Avendano M, Abril A, Burger CD et al. Interstitial Lung Disease and Other Pulmonary Manifestations in Connective Tissue Diseases. *Mayo Clinic Proceedings*. 2019; 94(2): 309–25.