

## ХРОНІЧНИЙ ПЛЕВРИТ ПРИ ХЛАМІДІЙНІЙ ІНФЕКЦІЇ

*І.Д. Дужий, І.Я. Гресько, Р.З. Еластал, С.О. Чумак*

*Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми*

*У статті наводяться дані літератури стосовно збільшення останнім часом інфекцій, що передаються статевим шляхом. Хламідії, що уражають різні внутрішні органи, втягують у патологічний процес і серозні покриття. Автори діляться випадком хламідійного плевриту, що розвинувся на тлі простатиту такого самого генезу. Надійно виключити неопластичний процес плеври вдалося лише шляхом торакоскопії.*

### ВСТУП

Простатити на даний час мають досить значне поширення. Вважають, що у чоловічій популяції простатити уражають кожного четвертого чоловіка [1,2]. Серед хворих на даний патологічний процес значний відсоток займають хронічні простати. За даними національного інституту здоров'я США, хронічний простатит виявляють у 25% чоловіків, що страждають на урологічні захворювання [1,2]. Серед чоловіків репродуктивного віку на хронічний простатит страждає 40-70% [7,8]. Бактеріальні простатити спричиняють як однотипні види мікроорганізмів, так і їх асоціації. Останнім часом серед збудників багатьох хвороб, у т.ч. і простатитів, починають превалювати мікроорганізми, які передаються статевим шляхом. Найбільше значення поміж них мають хламідії, уреоплазми, мікоплазми та трихомонади [5,6,7].

### ОГЛЯД ОСТАННІХ ДАНИХ ЛІТЕРАТУРИ

Встановлено, що найбільшу питому вагу в етіології цих захворювань мають хламідії. Найчастіше збудником патологічного процесу сечостатевої системи бувають *chlamidia trachomatis* [7,8,9]. У більшості випадків хламідійна інфекція асоціюється з іншими патогенними та умовно-патогенними мікроорганізмами. Особливо треба підкреслити значну частоту поєднання хламідійної інфекції з іншими захворюваннями, що передаються статевим шляхом. Такі поєднання спостерігаються до 67,1% випадків [7]. Та все ж хламідіоз є превалюючою інфекцією такого типу. Так, за своєю питомою вагою він трапляється у 5-10 разів частіше від гонореї [6]. При захворюванні цього генезу завжди уражається уретра, рідше – парауретральні залози, сечовий міхур. Здебільшого випадків при цих процесах висхідним шляхом уражається і передміхурова залоза. Разом з тим відомо, що за такої етіології клінічна картина захворювання не має специфічних ознак і проявляється в одних випадках незначними суб'єктивними відчуттями і скаргами, в інших – досить відчутними об'єктивними проявами. Так, запалення передміхурової залози хламідійної природи нерідко супроводжується проявами з боку інших органів і систем, оскільки хламідії мають схильність до розвитку аутоімунних процесів та ураження серозних оболонок [3,4]. З огляду на це хламідійна інфекція у значному відсотку випадків, незалежно від основної локалізації патологічного процесу, супроводжується поліартритами, при яких можуть мати місце прояви як з боку великих, так і дрібних суглобів [8]. Описані випадки ураження капсули печінки, що супроводжується значними болями, але без втягнення в процес її паренхіми [5]. Відомі випадки хламідійного асциту [6,9].

## НЕВИРШЕНІ ЧАСТИНИ ПРОБЛЕМИ

Нас зацікавило повідомлення, що стосувалося хламідійного плевриту. Діагностувати останній складно з двох позицій. По-перше. Потрібно своєчасно встановити синдромний діагноз плеврального випоту, що не дуже легко, оскільки інфекція проходить у значній частині випадків субклінічно і нетипове. По-друге. Необхідно довести, що даний синдром не є симптоматичним, а є проявом саме запалення плеври – плевриту. В останньому випадку необхідно верифікувати його етіологію. За відсутності запалення необхідно вирішити не менш складне питання: симптомом якого захворювання є даний плевральний випіт. Особливо важливо при цьому підтвердити чи відкинути наявність онкологічного і туберкульозного процесів, оскільки останні є найбільш поширені, що накладає відповідальність на лікаря. Усі ці питання можуть бути вирішені при торакоскопії, яка обов'язково закінчується плевробіопсією з подальшим цитогістологічним дослідженням часточок плеври [ 1]. Ігнорування цієї технології ускладнює не тільки процес верифікації хвороби та її лікування, а й робить проблематичним майбутнє пацієнта і його сім'ї, оскільки хламідійна інфекція у значному відсотку випадків веде до чоловічої та жіночої неплідності [ 2, 4].

## МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Із огляду на перелічене наведемо власне спостереження клінічного випадку хронічного плевриту, який був складним у діагностичному плані. Хворий В. 32 років звернувся до лікаря-уролога районної лікарні зі скаргами на кволість, субфебрильну температуру ( до 38° С), болі у крижовій ділянці, болі у тазостегнових суглобах, сверблячку у сечовипускальному каналі, порушення виділення сечі, болі над лоном після сечовипускальному, незначні слизові виділення із сечовипускального каналу, тяжкість у правій половині грудної клітки, там же тупий біль та незначну задишку. Наведені симптоми з'явилися 2 місяці тому. Нежонатий. Близько 4 місяців тому знайшов статеву партнершу. При ректальному пальцевому обстеженні – помірно збільшена болісна передміхурова залоза. УЗД встановило збільшення її об'єму до 42,82см<sup>3</sup>. Оскільки на наступний день були отримані результати профілактичної флюорографії, за якими визначався «запаяний» правий костодіафрагмальний кут з можливою наявністю в ньому рідини, хворий був консультований терапевтом. Цей фахівець, користуючись нашими рекомендаціями стосовно подібних випадків, порекомендував ультрасоноскопічне дослідження плевральних порожнин. Під час останнього встановлено наявність випоту у правій плевральній порожнині у кількості 800см<sup>3</sup>. У випоті визначались у помірній кількості фібринні «нитки». З огляду на наявність «захворювання» передміхурової залози з болями у крижах і тазостегнових суглобах за наявності плеврального випоту у порожнині запідозрене злоякісне переродження передміхурової залози з метастазами у плевру. Враховуючи це, пацієнта направили на консультацію до нашої клініки з метою верифікації патологічного процесу плевральної порожнини. Хворий був оглянутий нами на 6-й день після первинно виконаної флюорографії. Скарги залишалися попередніми, але біль у грудній порожнині та задишка збільшилися. Справа у задніх відділах від середини лопатки та від 2-го ребра у передніх відділах голосове дрижання не проводилося, там же визначалася тупість і відсутність дихальних шумів. При плевральній пункції відчуття щільної пристінкової плеври, при цьому отримано рідину, насиченого бурштинового кольору з питомою вагою 1018. При торакоскопії із плевральної порожнини видалено 1800см<sup>3</sup> випоту. Клітинний вміст останнього був таким: 60% лімфоцитів, 25% нейтрофілів, 5% еозинофілів. Глюкоза випоту – 3,6ммоль/л. Рівень ЛДГ-

1,8 ммоль/(1Чгод). Мікроскопічно – кислотостійкі мікобактерії та посівом МБТ і банальна мікрофлора не виділені. За даними ЕКГ – тахікардія, тиск у легеневій артерії 37 мм рт.ст., явища дистрофії міокарда. При візуальному вивченні плевральної порожнини додаткових утворень на нутрощевому та пристінковому листках плеври не виявлено. Пристінкова – рівномірно гіперемована, набрякла, міжреберні проміжки та їх судини не проглядаються. Виконана щипцева біопсія плеври у трьох місцях. При цитологічному дослідженні мазків переважали лімфоцити. Висновок гістолога – елементи неспецифічного запалення.

#### ОБГОВОРЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Таким чином, візуально, бактеріоскопічно, бактеріологічно та цитогістологічно даних про онкопроцес та туберкульозне запалення не встановлено. Наведені дані більше відповідали неспецифічному запаленню плеври. Поряд із цим через декілька днів були отримані результати ІФА простатичного соку, за яким виявлено антитіла до антигенів хламідій, а ПЛР підтвердила наявність ДНК останніх. На підставі повного клінічного обстеження встановлено діагноз: підгострий перебіг простатиту хламідійної етіології, хронічний правобічний плеврит. Хворому проведена етіопатогенетична терапія ципрофлоксацином за методикою лімфотропного введення препаратів, спрямована на обидва патологічні процеси. Застосовані розсмоктувальні засоби. Суб'єктивні скарги з боку передміхурової залози зникли впродовж 2-3 діб. Зменшення залози досягнуто впродовж 7. Але лікування плевриту за цією ж методикою проводилося до 1 місяця. Незважаючи на ефективність методики при гострих плевритах, у даному випадку досягнуто лише стабілізації процесу, але плевра ущільнилася, почала зменшуватися. На ЕКГ – тиск у легеневій артерії залишився понад 30 мм рт. ст.

Констатована хронізація процесу на рівні II стадії, що змусило нас вдаватися до оперативного втручання – плевректомії.

#### ВИСНОВКИ

Хламідійна інфекція, уражаючи різні органи уrogenітального тракту, зокрема, передміхурову залозу, може супроводжуватися втягненням у процес серозних оболонки. Найчастіше уражаються серозні сумки суглобів. Значно рідше – плевральні листки, що накладає на лікаря тим більшу відповідальність, оскільки хламідійна інфекція у значному відсотку випадків проходить нетипово та субклінічно, а часто і асимптоматично. Наведене потрібно мати на увазі при обстеженні хворих із подібними скаргами. Особливо про це потрібно думати при будь-яких порушеннях сечовипускання та при порушеннях функції зовнішнього дихання, оскільки правильно діагностує лише той, хто чітко уявляє, що шукає. Інший випадок нагадував описаний, але клініка простатиту мала асимптоматичний перебіг. Плевральний же процес мав субклінічний характер, що і призвело до його хронізації з подальшою операцією. Таким чином, дана етіологія плевриту спостерігалась у 2 (0,09%) випадках на 2285 випадків СПВ.

#### ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК

При визначенні будь-яких ознак уретриту чи простатиту, у т.ч. і хронічного, та за наявності супутніх артралгій, особливо ж при їх поєднанні із торакальними скаргами чи кон'юнктивітом, необхідно використати об'єктивні методи дослідження передміхурової залози: пальцьове ректальне та ультрасоноскопічне. Одночасно із цим в обов'язковому порядку цим самим методом (УЗД) необхідно вивчити плевральні порожнини на можливість вмісту у них плеврального випоту,

але від появи скарг грудного характеру до ультрасоноскопії повинно пройти не менше 5 днів, інакше випоту може іще не бути. З метою верифікації плеврального синдрому провести торакоскопію з плевробіопсією і цитогістологічним дослідженням біоптату. Паралельно з цим доцільне вивчення плеврального випоту та соку передміхурової залози шляхом ІФА та ПЛР. Зіставлення результатів дослідження випоту і соку, випоту та гістологічних даних, соку і гістологічних даних та порівняння усіх отриманих даних зможе дати клініцисту більш надійні діагностичні критерії для встановлення причини СПВ та характеру простатиту. Все перелічене дозволить провести обґрунтовану терапію з відповідними додатковими курсами, що зможе попередити перехід простатиту та плевриту у хронічні форми з відповідними наслідками. Простатит ускладнюється сімейною неплідністю, а хронічний плеврит потребує плевректомії для попередження розвитку легеневого серця та легенево-серцевої недостатності.

## SUMMARY

### CHRONIC PLEURISY AT CLAMIDIOSIC INFECTION

*I D.Duzhyi, I.Ya.Gresko, R.Z. Elastal*

*The article deals with the received from literature information concerning latest increase of infections that communicate through reproductive tracts. Affecting internal organs chlamidia involve serous integument into the process. The authors describe the case of chlamidiosis pleurisy that developed on the basis of prostatitis of the same genesis. To exclude neoplastic process effectively is possible only by thoracoscopy.*

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бойко Н.И. От чего страдает «второе сердце» мужчины // Доктор.-2001.-№ 5.-С.90-91.
2. Горпинченко И.И., Клиенко П.М., Павловский Ю.Э. Гемодинамическая классификация простатитов //Здоровье мужчины. – 2004. – № 1. – С.44-48.
3. Дужий І.О. Клінічна плеврологія .– К. : Здоров'я, 2000.-482с.
4. Козлова В.І., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. Руководство для врачей. – Санкт-Петербург, 2000. – 574 с.
5. Мавров И.И., Чиков Г.П. Применение ципрофлоксацина и кларитромицина в комплексном лечении супружеских пар с генитальным хламидиозом и трубным фактором бесплодия //Репродуктивное здоровье женщины . – 2003. – №2. –С.80-82.
6. Мавров И.И. Состояние проблемы заболеваний, передающихся половым путем //Дерматология и венерология. – 2002. –№2. – С. 4-9.
7. Якімова Т.П., Бужко Н.О., Якімов Д.Д., Шевченко О.В. Клініко-морфологічні аспекти діагностики хламідіозу// Лабораторна діагностика.- 2005.-№ 1 .- С.53-58.
8. Diqelou J. Y., Pia P., Tescquierl. Etall // J.Gynec.-1988. –Vol. 17. –P. 325-332.
9. Henry-Suchet J., Askienazy – Elbner V., Orbita J. // Inbect. Dis. Obstet. Gynec. – 1996.– Vol. 4. –P. 171-175.

*Дужий І.Д.*, д-р мед. наук, професор, Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми;

*Еластал Р.З.*, асистент, Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми;

*Гресько І.Я.*, аспірант, Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми;

*Чумак С.О.*, Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми.

*Надійшла до редакції 2 липня 2008 р.*