356.33:362.16.075.5(437.1 Slapy)

CHARAKTERISTIKA VOJENSKÉ OZDRAVOVNY SLAPY

Podplukovník MUDr. Vincenc DANĚK, náčelník VO Slapy

Diskusní příspěvek

Vzhledem k nadmořské výšce (401 m) je naše ozdravovna na přechodu mezi nížinným a podhorským klimatickým místem. Položena je na jižním svahu severní části dosti rozlehlé kotliny na pokraji malého lesíka s kulturou borovic. Celkový charakter klimatu lze hodnotit jako mírně tonisující. Možno tedy spojit ve Voj. ozdravovně (VO) Slapy indikace nížinné i podhorské. Počtem lůžek náš ústav vyhovuje velmi dobře. Cituji z článku prof. MUDr. Frant. Lenocha „Několik slov o sovětských lázních" příslušnou stať: „existuje celkem 7 kategorií, a to sanatoria s 250 lůžky, s 200 lůžky, se 150 lůžky, se 125 lůžky, se 100 lůžky, se 75 lůžky, s 50 lůžky. Rozsáhlá zkušenost na tisících takových ústavech ukázala, že 150lůžkové sanatorium je nejvhodnějším typem léčebného ústavu a v budoucnosti se budou budovat jen takové ústavy." Náš ústav má plánovanou kapacitu 146 lůžek.

Doléčování hepatitid ve VO Slapy.

Hepatitis epidemica v loňském roce se stávala již méně významnou chorobou pro zdravotní stav armády. Většina nemocných, kteří se v loňském roce u nás doléčovali, byla postižena velmi benigní formou této, na potíže velmi nesourodého rázu bohaté choroby. Vzhledem k benignitě průběhu jsme nemocné zapojovali téměř všeobecně do aktivních forem rehabilitace, stále jsme však sledovali přísně individuálně každý případ. Od letošních zimních měsíců pozorujeme jednak větší výskyt, a to poměrně těžších případů, proto považuji za vhodné sdělit naše dosavadní zkušenosti s touto chorobou v našem ústavu. Ve své sestavě jsme porovnávali tyto klasické příznaky epidemické hepatitidy popsané v monografii „Infekční hepatitis. – Botkinova nemoc" od kolektivu autorů:

V prodromálním stadiu: gastrointestinální projevy, chřipkové obtíže, kloubní, svalové a kožní příznaky. V období lokalisace choroby v játrech jednak subjektivní obtíže: celkovou tělesnou slabost, zažívací obtíže, bolesti hlavy, svědění kůže. Jednak objektivní nález: teploty, změny na kůži, ikterus, změny na sliznicích, změny na játrech, změny na slezině a kromě toho i laboratorní vyšetření, celkem u 175 rekonvalescentů, tak jak časově přicházeli, tedy bez výběru.

Většina byla přijata ve 4 až 10 týdnech po začátku choroby – 75 %; s delší dobou než 10 týdnů (nejdelší 100 týdnů) 18,2 %; v 6,2 % šlo o nemocné s dobou kratší než 4 týdny – (nejméně 2 týdny).

Mezi prodromálními příznaky byly udávány gastrointestinální obtíže v 85,1 %. Příznaky chřipkového charakteru se projevily v 47,7 % případů. Jako velmi častý příznak v době rekonvalescence nacházíme palpační citlivost 2 prsty vpravo od pupku, (ve 45,7 % případů). Tyto potíže odcházely po podání pepsin pankreolanu či isocholu.

Porovnávali jsme také klinický nález, laboratorní výsledky a subjektivní stesky nemocných. Potvrdilo se, že stupeň poškození jater vyjádřený laboratorními testy není vždy úměrný klinickému obrazu a subjektivním potížím. Tak při palpační citlivosti v krajině jaterní s hepatomegalií, která byla v 61,1 % případů, chyběly stesky na tlak v krajině jaterní nebo žaludeční ve 23,2 %, naproti tomu 10,8 % nemocných pociťovalo tento tlak, aniž byla játra zvětšená nebo palpačně citlivá. U uvedených 61,1 % nemocných s klinickými změnami na játrech nebyla zvýšena hladina přímého bilirubinu nad normál v 38 %. Thymolová reakce zákalová (nad 5 jednotek) u 60 %, ostatní testy byly negativní v 65 %. Naproti tomu byla hladina bilirubinu zvýšená (nad 2 mg) u 8 % nemocných bez klinického nálezu na játrech, thymolová zákalová reakce ve 14 % nad 10 jednotek, ostatní testy byly positivní v 41 % (z toho 14 % takata, 27 % zlatosol –). Aniktericka forma hepatitidy byla u nás ve 13 % všech případů, je to podstatně méně než udává ve své sestavě O. Soušek (Časopis lékařů českých č. 48, 1958), naopak zase je to značně více než udává dr. V. Palisa (Praktický lékař, č. 3, 1957) jen 4 %. I naše sestava nám plně potvrzuje, že aniktericka forma HE nám dosud dělá stále největší diagnostické obtíže a má největší podíl na vzniku epidemií (uznávaný poměr 1:1, sovětští autoři dokonce 1:2 ve prospěch aniktericke formy).

V celku tedy můžeme říci v souhlase se závěry z literatury nám dostupné, že u HE nemáme dosud spolehlivou metodu laboratorní ani spolehlivá klinická vyšetření, která by nás objektivně informovala o skutečném stavu choroby, a že tedy zůstává (Hořejší) stále platnou zásada, že jen komplexní pohled na nemocného může dát odpověď; v otázce HE konkrétně pohled z hlediska epidemiologa, klinika a laboratorního pracovníka.

V léčení klademe důraz na dietoterapii. Dieta je chudá na tuky. Z nich podle závažnosti případu a délky choroby dáváme jen čerstvé máslo 50—60 g denně. Velmi přísně dodržujeme malé množství vajec, lépe řečeno žloutků, pro velký obsah cholesterolu. I když 2 náhodné dietní chyby při pobytu mimo ústav (jednou míchaná vajíčka, po druhé vejce natvrdo jako hlavní jídlo) neměly za následek ani subjektivní, ani objektivní známky zhoršení i u opakovaných jaterních testů. Dbáme na co největší pestrost v rámci dietních možností. Dobré zkušenosti máme i s podáváním dietně upraveného zelí, které bylo u nás donedávna zakázané.

Dbáme také na relativní klidovou terapii, nemocné s obtížemi nenutíme ani do kondičního ranního tělocviku a povolujeme jim podle chuti polehávat i přes den. Nemocným bez obtíží naopak ranní kondiční tělocvik doporučujeme. Zdá se nám totiž, že nemocní hepatitidou jsou přílišným zdůrazňováním nadměrného klidu přímo traumatisováni. Proto zavádíme přísně individuálně, s přihlédnutím k pracovní anamnese, kromě léčebného tělocviku i léčbu prací. Domníváme se, že vyřazení z práce na dlouhou dobu působí zvlášť nepříznivě na duševní, a proto také i na

tělesný stav zejména u mladých pacientů, kteří u nás tvoří většinu. Také se snažíme hned po příchodu odstranit u nemocných traumatisující vliv nevhodné zdrav. osvěty, v níž v některých nemocnicích příliš zdůrazňují dlouhodobé, často i smrtelné komplikace IHE.

Medikamentosně v poslední době u těžších ležících nemocných podáváme s velmi dobrým výsledkem Extractum hepatis Spofa, intramuskulárně obden, později jednou týdně. Běžně podáváme ještě C vitamin a B komplex (3 ×2 denně). Jinak podle druhu obtíží podáváme Pepsin – pankreolan, nebo HCl + pepsin (pepsini, 5,0, acidi hydrochlorici 10,0, aquae destil. 100,0), při pocitu plného žaludku; Peropa nasu, je-li v popředí potíží plynatost či zácpa. Methionin nepodáváme, protože v dietě je nejméně 150 g. tvarohu v různé formě. Glukosy nepodáváme velké množství, protože její nadbytek podporuje avitaminosu B_1 (Taszycká, Poznaň). Z fysikální terapie s velmi dobrými výsledky používáme analgetického působení diatermie. U těžších nervových příznaků, při jinak dobré chuti k jídlu se nám dobře osvědčila i sedativní vodoléčba, při jejíž aplikaci se dokonce snižovaly i positivní testy.

Závěrem bych chtěl zdůraznit, že IHE je nemocí, kterou nesmíme ani přeceňovat, ani podceňovat. Vždyť ani pro akutní průběh, ani pro posthepatální stavy nemáme objektivní měřítka jak v klinice, tak v laboratorních vyšetřeních, o to více se proto musíme těmto nemocným věnovat, omezovat všechny traumatisující momenty včetně nesprávné zdravotnické osvěty. Musíme dbát především na správnou dietoterapii, na správné dosování klidového režimu. Sám považuji za nejdůležitějšího ukazatele stavu choroby nechutenství. Vracející se chuť k jídlu nám nejdříve ohlásí zlepšení, a to jak v akutním stadiu choroby, tak u posthepatálních stavů. Nechutenství pak je nejjistějším ukazatelem chronicity onemocnění. Důležité je i po zlepšení chuti k jídlu dodržovat ještě delší dobu přísnou dietu.

Několik poznámek k doléčování chorob nervových:

Pro naši potřebu si dělíme nervové choroby do tří skupin:

a) funkční poruchy nervové soustavy,

b) motorické poruchy organického charakteru,

c) bolestivý syndrom.

Využívám našeho dnešního shromáždění k několika připomínkám k první skupině, kterou pro různý způsob léčby rozdělujeme na neurosy eretické a depresivní, z nichž největší obtíže nám dělají anxiosní formy, jichž podle našeho mínění přibývá. Po vstupní prohlídce klademe největší důraz především na důkladný pohovor, jehož vhodně využíváme i k psychoterapii, při níž se nám často podaří zúžit pestrou paletu kortikoviscerálních poruch. V léčbě považujeme za nejdůležitější odstranit všechny záporné emoce. Zde mám připomínku, aby nebyly podceňovány nevhodným způsobem stesky nemocného. Těžko se nám získává zpět důvěra, kterou rozbil lékař nevhodným chováním k nemocnému; někdy třeba i dobře míněný výrok, kterým chce odvést pozornost nemocného od obtíží, může nadělat mnoho škod. Dále dbáme, abychom hned od počátku léčby u nás podporovali ochranný útlum, a tu je důležité, aby nebyla přerušena medikace, která byla nasazena v nemocnici. Někdy trvá i několik dnů, než se nemocný dostane z nemocnice k nám, nemá-li pak navíc ještě řádnou dokumentaci, těžko se od něho dovídáme, co užíval v nemocnici. Velmi vhodné by bylo tedy, kdyby mohl v nemocnici dostat léky na 5—7 dní. Jinak využíváme k léčbě všech místních zdrojů. U nás tedy hlavně klimatu a možnosti práce pod širým nebem v příjemném prostředí VO. Velmi dobře se nám osvědčuje práce ve tří až pětičlenných pracovních brigádách. Činnostní léčbu vhodně kombinujeme vodoléčbou a cvičením, v němž zdůrazňujeme vědomou aktivní účast nemocného při celkovém kondičním cvičení. U procedur dodržujeme u neurotiků přísný pořádek. Dbáme i na výběr filmů a literatury. U hypersthenik nasazujeme někdy i dietu.

Závěrem bych chtěl zdůraznit, že za nejdůležitější považujeme individuální výběr způsobu léčby, který nám umožní důkladný pohovor s nemocným, při sklonu k hypochondrii využíváme pohovoru k zdůraznění účinnosti procedury a poněkud širšímu zdůvodnění, proč právě tyto procedury aplikujeme a co od nich očekáváme. Nikdy neopomeneme zdůraznit aktivní účast nemocného na léčení a důležitost jeho snahy po dobrém výsledku léčení.