356.33:616.24-002.5-036.87

RECIDIVY TUBERKULOSY PLIC U VOJÁKŮ ČS. LIDOVÉ ARMÁDY

Plukovník MUDr. František PŘEBOROVSKÝ, major MUDr. V. ŠEDIVÝ – ÚVN,
major MUDr. A. RAKAY, VÚCHP, Nová Polianka

Je dobře známou a neblahou vlastností tuberkulosy člověka její význačná tendence ke zhoršování, která se obvykle děje v nárazech. Dříve bylo toto nárazovité zhoršování téměř pravidlem.

V posledních letech zájem ftiseologů je upoután k jednomu druhu zhoršování tbc. a sice k recidivám. Příčinou tohoto zvýšeného zájmu je stále širší uplatňování antimikrobiální léčby, která je příčinou převratných úspěchů a která u značné části nemocných dovede tbc. onemocnění dovést k zastavení a podstatnému ústupu choroby. Recidivy jsou proto v posledních letech problémem, jímž se zabývá velmi mnoho odborná literatura. Je to pochopitelné, neboť jsou to právě recidivy, které nám kalí velmi radostné počáteční úspěchy prováděné antimikrobiální léčby.

Je nutno ovšem říci, že recidiva tbc. není nějak jednoznačně vymezený pojem. V širším slova smyslu znamená znovuobjevení choroby po jejím přechodném úplném zhojení. Avšak u choroby tak chronicky a nárazovitě probíhající jako tbc. je těžko hovořit o takto stanoveném pojmu – z několika důvodů.

Předně proto, že klinicky nedovedeme přesně rozpoznat anatomicky zhojený proces od nezhojeného, nedovedeme z klinického a laboratorního vyšetření s určitostí rozpoznat anatomickou fázi procesu.

Proto klinicky zhojený proces nemusí vždy zna-

menat anatomicky zhojený proces. Dále, že úplné zhojení procesu by musilo znamenat nejen úplné morfologické vymizení procesu, ale i humorálních a bakteriologických známek. To je však u tbc. zřídka kdy možné. K tomu ještě přistupuje to, že dnešní chemoterapie nám mnohdy zkresluje klinický obraz.

Proto se dnes u většiny autorů pokládá za recidivu znovuobjevení procesu, jeho známek po předchozím klinickém zhojení. Za klinicky zhojený proces považujeme takový, u něhož opakovaným rtg. vyšetřením, včetně tomografického, zjišťujeme vymizení kaverny a ústup ostatních rtg. známek, bakteriologicky pak debacilisaci zjištěnou opakovaně i kultivačně. Dále normalisaci ostatních laboratorních výsledků. Při tom musí být určitá doba, po kterou zhojení trvá. Recidiva procesu se nám může projevit novými rtg. známkami v místě starého onemocnění plic, na jiném místě téže plíce, v druhé plíci, nebo konečně v jiném orgánu jako extrapulmonální metastasa.

Abychom získali představu o recidivách u vojáků, shromáždili jsme nemocné s recidivami, kteří byli léčeni s těmito recidivami v letech 1957 a 1958 na tbc. oddělení ÚVN a ve VUCHP Nová Polianka. Do sestavy jsme pojali všechny nemocné, kteří prodělali též ústavní léčení pro původní onemocnění. V klidovém mezidobí nebyly prokázány žádné známky aktivity procesu, ani klinicky či laboratorně, takže mohli být považováni za klinicky zhojené.

Za dobu těchto dvou let jsme zjistili celkem v obou ústavech 26 nemocných s recidivou, odpovídající shora uvedené charakteristice. Bylo mezi nimi 20 vojáků z povolání a 5 vojáků základní služby, 1 voják v záloze. Podle věku bylo zde zhruba stejnoměrné rozvrstvení od 20 do 35 let. Po 40. roce jsme nezjistili žádnou recidivu.

Trvání klidného mezidobí klinického zhojení od skončení léčení původního onemocnění bylo zjištěno takto: nejkratší doba byla 1 rok u 1 nemocného, do 2 let u 2 nemocných, do 3 let u 5 nemocných, do 4 let u 9 (34,6 %), do 5 let u 4 a u 5 nemocných přes 5 let. Nejčastější doba klidného mezidobí byla tedy do 4 let.

Podle doby zjištění během vojenské základní služby u 5 vojáků bylo zjištění recidivy rozloženo stejnoměrně po celou dobu jejího trvání. U týchž vojáků se pohybovala doba od prvého onemocnění do vzniku recidivy od 2 do 5 let.

Celkem souhlasně se v dosavadních pracích konstatuje, že rozsah recidiv a jejich početnost závisí na formě, fázi a rozsahu původního onemocnění. U našich nemocných značně převažovaly diseminované procesy, a to u 15 nemocných. Pouze u 6 to byla forma ložisková a u 4 infiltrátová. Rozpad, který se zdá být pro prognosu procesu, pokud jde o recidivu nejvýznamnější, byl zjištěn 6krát, fáze infiltrace 10krát a resorpce rovněž 10krát. BK bylo nalezeno pouze třikrát.

Jednostranný proces do $^1/_3$ plicního pole u poloviny nemocných, oboustranný do $^2/_3$ plicních polí rovněž u poloviny nemocných. Z toho je zřejmé, že původní onemocnění nebyla příliš rozsáhlá ani závažná.

Na počet recidiv má vliv i druh a trvání léčby původního onemocnění (8). Až na jednoho se léčili všichni naši nemocní ústavně, pouze jeden ambulantně antituberkulotiky. V ústavní léčbě více než $^2/_3$ nemocných se léčilo antituberkulotiky, zbývající třetina pouze hygienicko-dieteticky. Trvání ústavní léčby bylo u $^1/_3$ do 3 měsíců, u více než $^1/_3$ do 6 měsíců a u více než $^1/_3$ do 12 měsíců. Tedy z hlediska dnešních požadavků na trvání ústavní léčby se $^1/_3$ nemocných léčila nedostatečně dlouho a někteří ještě k tomu bez antituberkulotik.

Z vlivů vnějšího prostředí mohlo mít vliv na vznik recidiv zařazení ve vojenské službě. Podle toho konalo 14 našich nemocných řadovou službu po prvém onemocnění, 12 neřadovou. Podle stanovené klasifikace bylo správně zařazeno 16, náročnější službu než připouštěla stanovená klasifikace konalo 7 nemocných, 3 konali službu méně náročnou.

Až na 4 byli všichni v evidenci tbc. oddělení některé voj. nemocnice a byli kontrolováni. U většiny z nich poslední kontrola byla před 3 měsíci před zjištěním recidivy, asi u $^1/_4$ do 6 měsíců a u dvou kolem jednoho roku.

Ze vzniku recidiv se často obviňuje řada podpůrných momentů zevního prostředí, či některých nemocí. U 5 našich nemocných se nedaly zjistit žádné takové okolnosti. Polovina udávala značné pracovní vypětí. Služební konflikty, či rodinné nesnáze udávalo 5 nemocných, prochlazení 7 nemocných, 4 nemocní trpěli současně vředovou chorobou.

U $^2/_3$ nemocných se recidiva zjistila při pravidelné kontrole, asi u $^1/_3$ byla objevena na rtg. provedeném pro subjektivní potíže. Pouze u 2 zjištěna snímkováním ze štítu.

Co se týče závažnosti a rozsahu nálezu, tedy u recidiv na rtg. byl rozpad u $^2/_3$, nová ložiska zjištěna u poloviny nemocných a téměř u $^1/_2$ zvětšení stávajících ložisek. U 14 bylo BK positivní mikroskopicky nebo kultivačně.

Co se týče základní formy je zde proti prvému onemocnění mnohem více infiltrátových forem, přestože diseminované formy stále převažují. Ložisková forma zjištěna pouze 1krát. V rozsahu procesu nenastalo proti původnímu podstatnějších změn, pouze v jednom případě došlo k bilateralisaci. Došlo tedy ke zhoršení spíše v závažnosti než v rozsahu.

V pracích o recidivách se obyčejně udává, že léčení recidivy bývá obtížnější než původního onemocnění. Z našich nemocných se všichni až na 2 léčili v sanatoriu a většina s použitím antituberkulotik. Též 2 nemocní léčení pouze ambulantně byli léčeni antimikrobiálně. Operativní zákrok bylo nutno provést 5krát, z toho 4krát resekci, 1krát thpl. Touto léčbou bylo 12 ze 14 positivních debacilisováno, jeden zůstal BK positivní, u 5 nemocných výsledek dosud neznám.

Konečný celkový výsledek léčby byl tento: 19 značně zlepšeno, 2 nezlepšeni, 5 dosud v ústavním ošetřování.

U více než poloviny vedla recidiva k neschopnosti vojenské služby, u 1 klasifikace snížena, u ostatních nezměněna.

Diskuse

Recidivy tbc. jsou za dnešní léčby závažným problémem. Vyplývá to mimo jiné např. z toho, že v našich civilních sanatoriích se dnes léčí 80—90 % nemocných opětovaně (8). Údaje o počtu recidiv v literatuře se dosti liší, a to hlavně proto, že jsou srovnávány soubory nerovnocenné. Tak s délkou doby od

původního onemocnění vzrůstá počet recidiv. A právě tato pozorovací doba u srovnávaných sestav nebývá vždy stejná. Zhruba se udává, že vznikne kolem 20 % recidiv do 3 let po prvém onemocnění (1,5,11).

Z našeho materiálu nemůžeme stanovit, kolik procesů tbc. plic recidivuje u vojáků. Přestože jen nemnoho případů nám může uniknout z léčení v ÚVN nebo v Nové Poliance, nemůže si sestava činit nárok na úplnost tím spíše, že do sestavy nebyli zahrnuti nemocní, u nichž nebyla řádná dokumentace z prvého onemocnění. Přesto se domníváme, že počet recidiv za 2 roky je poměrně malý. Vyplývá to z toho, že nálezy, s nimiž vojáci zůstávají ve vojenské službě, jsou málo rozsáhlé a málo závažné. Po té stránce není také možné srovnávat naše nemocné s civilními sestavami (8). Z prací různých autorů vyplývá souhlasně, že častost recidiv je závislá právě od rozsahu původního onemocnění a od rozsahu zbytkových lésí po klinickém zhojení nemoci (3, 4, 7, 8).

Na častost recidiv má vliv též správná interpretace rtg. snímků při posuzování klinického zhojení tbc. plic. Zde podle Böszörmenyiho a Elsasera retrospektivním srovnáváním tomogramů u recidiv zjistíme nejednou, že proces považovaný původně za zhojený nebyl zhojen. Že původně existující dutina se stala při objevení recidivy pouze zřetelnější tím, že lépe vystoupí její lem apod. Tak za recidivu byla označena řada onemocnění, která vlastně nebyla recidivami, ale zhoršením pouze stabilisovaného procesu.

To, že mezi našimi nemocnými bylo pouze 5 vojáků základní služby a ostatní vojáci z povolání, má příčinu v tom, že u vojáků z povolání máme klasifikační měřítko přísnější . . .

Průměrná délka klidného mezidobí je u různých autorů udávána přibližně shodně, v trvání asi 4 roky. Jedna třetina našich recidiv vznikla do 3 let, zatímco jinde ukazují výsledky, že tato jedna třetina jich vzniká již do dvou let (3, 12). Tento pozdější vznik našich recidiv souvisí pravděpodobně s menší závažností a menším rozsahem zbytkových lésí u vojáků. To, že mezi recidivami byla původně značná převaha diseminovaných procesů, by potvrzovalo zjištění Polánského a spol., že diseminované formy mají větší tendenci k recidivování než ostatní formy.

Z okolností, které mohly mít u našich nemocných vliv na výskyt recidivy, to byla především u značné části krátká doba ústavní léčby a antimikrobiální léčby. Přes polovinu nemocných bylo léčeno po dobu kratší než ½ roku a tato doba se dnes považuje za nedostatečnou. Kromě toho $^1/_3$ nemocných nebyla léčena antimikrobiálně.

Závažné je, že více jak jedna čtvrtina nemocných konala namáhavější službu, než připouštěla stanovená klasifikace. Je též nápadné, že 4 nemocní trpěli vředovou chorobou a že pouze 5 nemocných neudávalo žádné okolnosti, které podle některých autorů mohou mít vliv na vznik recidiv (8). Je ovšem těžko stanovit, v jaké míře se tyto jednotlivé vlivy uplatňují, neboť jejich účinek se může kombinovat.

Zjištění trojnásobného počtu rozpadů u recidiv než u původních onemocnění potvrzuje známou skutečnost, že recidivy jsou závažnější než původní onemocnění. Z větší závažnosti vyplynula také náročnější léčba, o čemž svědčí též 5 operativních zákroků.

Přestože je ve vojenské službě ponechávána řada vojáků z povolání po resekci plic pro tbc., nezjistili jsme dosud u žádného z nich recidivu. Nutno ovšem zdůraznit, že jsou ponechávány ve vojenské službě pouze osoby, u nichž nezbyly v plicích žádné zbytkové lése a že tyto musí být léčeny dostatečně dlouho antimikrobiálně před i po zákroku.

Závěr

Za rok 1957 a 1958 bylo léčeno na tbc. oddělení ÚVN a v sanatoriu Nová Polianka 26 nemocných s recidivami plicní tbc. Je to počet příliš malý, aby z něho mohly být činěny všeobecně platné závěry. Povaha vojenské služby nese sebou skutečnost, že jde o nálezy podstatně menšího rozsahu a závažnosti, než to bývá v obdobných sestavách civilních osob.

Průměrná doba klinického zhojení, od prvního onemocnění do zjištění recidivy zjištěna stejná jako v obdobných sestavách civilních osob. V prvých třech letech však vznikla pouze jedna třetina recidiv, zatímco u jiných autorů do té doby již polovina všech recidiv. Potvrzena skutečnost, že recidiva je závažnější onemocnění než původní onemocnění. Závažnost byla větší co do fáse procesu, méně co do rozsahu. Bylo zjištěno 3krát více rozpadů a 4krát více na BK positivních než u původních procesů. 5 nemocných s recidivou musilo být operováno. Polovina nemocných byla z vojenské služby vyloučena. Nezjištěna žádná recidiva po resekci plic pro tbc.

K omezení vzniku recidiv u léčených onemocnění tbc. plic nutno věnovat pozornost těmto opatřením:

1. posuzování rtg. dokumentace při rozhodování o tom, zda možno onemocnění pokládat za klinicky zhojené;
2. u procesů prvně léčených nutno provádět dostatečně dlouhou léčbu ústavní a antimikrobiální;
3. hodnotit správně jednotlivá kritéria při stanovení schopnosti k vojenské službě u vojáků po skončené léčbě. Dbát na správné zařazování vojáků se sníženou klasifikací, aby nekonali náročnější službu, než je přípustno;
4. dbát na to, aby vojáci se sníženou klasifikací po prodělané léčbě byli uchráněni nepříznivých vlivů. Věnovat pozornost nemocným se současnou vředovou chorobou.

Písemnictví

1. *Dissmann, E.:* Wien. med. Wschr., 6, 1956.
2. *Böszörményi, M.:* Tuberk. Kerd., 7, 2m, 17—24, 1954.
3. *Mitchell, R. S., Knudson, J. R.:* Amer. Rew. Tuberc., 61, 809—825, 1950.
4. *Bourgeois, P., Rollin, S.:* Sem. Hop. (Paris), 33, 38, 1536—1540, 1957.
5. *Blumer, W.:* Schw. Z. Tuberk., 8, 1, 47—48, 1951.
6. *Oyama, T.:* Amer. Rew. Tuberc., 5, 613—632, 1955.
7. *Bernou, A., Tricoire, J.:* Rev. Tuberc., 12, 1173, 1954.
8. *Šembera, R.:* Rozhledy v Tbc., 18, 174—189, 1958.
9. *Váňa, D., Synek, M.:* Rozhl. v Tbc., 18, 169—173, 1958.
10. *Elsasser, W.:* Z. f. Tbc, 112, 129—138, 1958.
11. *Douady, D., Cohen, R., Ezra, P.:* Rev. Tuberc., 16, 940, 1952.
12. *Lincoln, N. S., Bobsworth, E. B., Alling, P. W.:* Amer. Rew. Tuberc. 70, 1, 15—31, 1954.