

K POSUDKOVÉ ČINNOSTI U TUBERKULÓZY PLIC

Plukovník MUDr. František PŘEBOROVSKÝ, oddělení tuberkulózy Ústřední vojenské nemocnice

Nesnáze při posudkové činnosti u tuberkulózy jsou z valné části zaviněny zvláštností průběhu tuberkulózního onemocnění u člověka. Tbc. je onemocněním vyznačujícím se velkou tendencí k vleklému průběhu, nárazovosti, exacerbacím a recidivám a značnou rozmanitostí forem a lokalizace. Má též svou dynamiku vývoje. Každé tbc. ložisko prochází vývojovými fázemi, které bychom mohli rozdělit vcelku na fázi progresivní, během níž dochází k rozvoji choroby, a regresivní, v níž choroba spěje k hojení. Početné vývojové fáze s rozmanitostí forem a lokalizace zavinují velmi pestrý morfologický obraz, který se odráží v pestrém obrazu klinickém.

Není proto možné, jak by bylo pro posudkovou službu jistě ideální, roztrždit všechny projevy tbc. onemocnění do několika málo skupin s jednoznačnými, vyhraněnými morfologickými, klinickými a posudkovými kritérii. Je zde pouze možné učinit pokus o všeobecné pokyny pro posudkovou činnost a v nejlepším případě hrubě roztrždit projevy onemocnění do několika obsáhlých skupin, pokud možno s jednotnými kritérii morfologicko-klinickými a prognostickými.

Vojenská služba má na jedné straně celou řadu momentů, které podporují vznik a vývoj tuberkulózy, na druhé straně pak okolnosti, které tomuto vzniku a rozvoji brání. Zkušenost nás naučila, že vzhledem k výkonu vojenské služby je nutno být při posuzování schopnosti velmi opatrný. Že pro odpovědné posouzení choroby je nepostradatelné předcházející velmi pečlivé vyšetření s použitím všech dostupných klinických a laboratorních metod. Nejspolehlivější může být posouzení, známe-li průběh onemocnění již delší dobu, nejlépe od počátku, abychom viděli vývojovou tendenci choroby. Zejména to platí u procesů málo rozsáhlých, kde z jednorázového vyšetření nemůžeme prakticky dělat spolehlivé závěry, nemáme-li k dispozici dokumentaci zachycující dosavadní průběh choroby, nebo jde-li o onemocnění poprvé zjištěné.

Pro posuzování je též důležité, že prognóza onemocnění se vlivem léčby antituberkulotiky značně zlepšila, i když recidivy nebo progresse choroby vidíme i po léčbě antituberkulotiky. Zde ovšem podle nejnovějších zkušeností úspěch a trvalost výsledků záleží na dostatečně dlouhé léčbě a léčbě kombinací nejméně dvou i více léků současně. Jestliže jsme dříve považovali léčbu antituberkulotiky trávající půl až jeden rok za dostatečnou, zkušenosti ukázaly, že dnes ji můžeme považovat za dostatečně dlouhou, trvá-li osm až čtyřicet až více měsíců nepřetržitě od zahájení léčby, podle závažnosti nálezů. Monoterapií nebo nesprávnou kombinací léků, pře-

rušovanou léčbou můžeme snadno vypěstovat rezistentní kmeny mykobakteria tuberkulózy, což samozřejmě zhoršuje prognózu choroby, zejména jde-li o formy rozsáhlejší, rozpadové.

Je jistě velmi výhodné, že náš předpis o posuzování schopnosti k vojenské službě je přizpůsoben naší klasifikaci tuberkulózy, užívané u nás od roku 1952. Předpis z této klasifikace vychází, používá jejich pojmů a kritérií. Tím se věc značně zjednodušuje. Je to tím důležitější, že odvodní komise a přezkumná komise, zejména v těch krajích, ve kterých je péče o tuberkulózu nemocné vojáky decentralizována na civilní zdravotnická zařízení, dostávají charakter choroby vyjádřen ve formě této klasifikace. A mnohdy jsou lékaři těchto komisí odkázáni pouze na tuto diagnózu, která ve velké stručnosti vyjadřuje charakteristiku onemocnění. To je jeden z hlavních důvodů pro toto krátké sdělení.

Naše klasifikační schéma tuberkulózy, zavedené u nás v roce 1952, roztržuje tuberkulózu na podkladě morfologicko-klinickém, laboratorním vyšetření a na podkladě dynamiky onemocnění.

Klasifikační schéma sestává z těchto součástí:

1. základní forma (0—9)
2. vývojová fáze (0—5)
3. lokalizace a rozsah
4. stupeň kompenzace (A, B, C)
5. vylučování BK.

Při posuzování nutno přihlížet ke všem těmto součástem. Nejdůležitější však pro posuzování bývá vývojová fáze procesu. V klasifikačním schématu je zachyceno celkem 5 fází:

- 0 — fáze infiltrace
- 1 — fáze rozpadu
- 2 — fáze rozsevu
- 3 — fáze resorpce
- 4 — fáze indurace
- 5 — fáze kalcifikace.

Tím není řečeno, že každý proces musí projít všemi těmito fázemi. Např. nemusí dojít k rozpadu ložiska, nemusí dojít k induraci nebo kalcifikaci, proces se může též zhojit „ad integrum“. Též trvání jednotlivých fází může být značně rozdílně dlouhé.

Prvé 3 fáze představují progresivní fázi vývoje, další 3 fáze regresivní, přičemž poslední 2 fáze pokládáme za zhojení procesu.

Není jistě potřeba podrobnějšího výkladu, že procesy, které jsou v některé z prvních tří fází, vylučují schopnost k vojenské službě u všech kategorií vojáků. Při tom je opodstatněné, aby u vojáků základní služby, u nichž je bezpečně prokázána fáze rozpadu a u nichž je jisté, že jde

o tbc., zejména s opakovaně pozitivním BK, byl proveden výmaz z evidence.

Schopnost k vojenské službě možno připustit pouze u procesů ve fázi indurace a kalcifikace. Předpokladem při tom je, že tyto procesy indurované jsou málo rozsáhlé a že schopnost je pouze se sníženou klasifikací. U vojenských osob z povolání možno připustit i schopnost ve fázi pokročilé resorpce, je-li tato fáze plně potvrzena. Negativní nález mykobakterií při bakteriologickém vyšetření je k tomu samozřejmým předpokladem.

Pro spolehlivé posouzení onemocnění je důležité stanovení vývojové fáze. Ve většině případů to nečiní potíží. Někdy však může působit potíže rozlišení fáze infiltrace od resorpce nebo dokonce od indurace. Velmi důležité je stanovení fáze rozpadu, neboť to znamená vždy nebezpečí dalšího šíření procesu bronchogenní cestou. Zde se někdy opomíjí tomografické vyšetření, které by odhalilo rozpad, skiaskopicky nebo skiagraficky neprokazatelný. Takový případ nepoznaného rozpadu znamená pak příchod nebo setrvávání zdroje nákazy v armádě.

Spolehlivé stanovení fáze resorpce můžeme provést tehdy, jestliže již delší dobu pozorujeme nemocného, nebo máme-li k dispozici pro posouzení rtg. dokumentaci z delšího, alespoň 1 rok trvajícího období.

Jinak můžeme zaměnit tuto fázi za infiltrativní, nebo, což může být osudné, za fázi indurace.

Při posuzování schopnosti u tbc. přihlížíme též ke stupni kompenzace. Kompenzací rozumíme způsob, jakým reaguje organismus na daný tuberkulózní proces, jak se organismus s tímto procesem vyrovnává. Stupeň kompenzace se hodnotí souhrnně příznaky charakterizujícími klinický stav nemocného. Je vyjádřen počtem a závažností všech funkčních příznaků celého organismu odvozených z tbc. procesu. Stupeň kompenzace se posuzuje podle příznaků v tomto pořadí: teplota, kašel s expektorací, ubývání na váze, labilita tepu a dechu, noční poty, sedimentace červených krvinek, diferenciální bílý obraz krevní.

V klasifikaci jsou zafixovány 3 stupně kompenzace:

A kompenzovaný, B subkompenzovaný, C dekompenzovaný. Je nutné si uvědomit, že pojem kompenzace se nekryje s pojmem aktivity procesu. V dnešní fthizeologické praxi je tendence nahrazovat nepřesný pojem aktivity procesu dispenzárními skupinami. Naši nemocní, kteří jsou dnes povinně evidováni na tbc. odděleních poliklinik OÚNZ nebo tbc. odděleních voj. nemocnic, jsou podle závažnosti onemocnění roztrženi do jednotlivých dispenzárních skupin. Podle vývoje procesu jsou pak též přerazováni z jedné skupiny do druhé.

Jsou to tyto skupiny:

P I (M I) — sem patří všichni nemocní ve fázi infiltrace, rozpadu a rozsevu bez ohledu na stupeň kompenzace (nebo fáze pleurální exsudace), všechny případy s pozitivním BK. Za rok od počátku debacilizace nebo za 2 roky od vymizení

rozpadu se pacient přerazuje do dispenzární skupiny.

P II (M II) — sem patří všichni nemocní ve fázi resorpce, subkompenzace a kompenzace s negativním nálezem BK. Zůstanou-li 1 rok negativní, mohou být zařazeni do další skupiny.

P III (M III) — do této skupiny náleží nemocní s procesem ve fázi indurace a zvápenatění a s negativním nálezem BK. Při neměním se procesu může být zařazen po 3 letech do další skupiny.

P IV (M IV) — sem jsou zařazeny osoby s procesem ve fázi indurace nebo kalcifikace, vyřazené ze skupiny III. Tyto osoby se potom sledují po dobu 10 let.

Místo pojmu aktivní tbc. je snaha užívat označení jednotlivých dispenzárních skupin, a to P I (M I) a P II (M II).

Místo pojmu inaktivní tbc. je snaha užívat označení dispenzárních skupin P III (M III) a P IV (M IV).

Při posuzování je nutno znát též vylučování mykobakterií tbc. Pozitivní nález mykobakteria ve sputu, v laryngeálním výtěru neb v jiném materiálu, prokázaný kultivačně nebo biologickým pokusem, nepřipouští výkon vojenské služby ať se jedná o jakoukoli formu, fázi či rozsah procesu. Pochybnost by mohla vzniknout u případů s malými rtg. nálezy, u nichž bychom podle zkušenosti pozitivitu nečekali, nebo kde nejsou vůbec žádné známky tbc. na rtg. obraze a kde ještě nálezy BK jsou ojedinělé (tzv. paucibacilární formy). Zde nám však někdy odhalí bronchoskopie specifický nález v průdušce nebo ganglio- bronchiální píštěl, ačkoliv tyto bronchoskopické nálezy jsou již dnes vzácné.

Je třeba se ještě zmínit o schopnosti k vojenské službě u tbc. procesů po resekci plic pro tuberkulózu. Nebylo by jistě vhodné ponechávat ve vojenské službě vojáky základní služby po resekci. Je však možné ponechat ve vojenské službě vojáky z povolání, u nichž byla provedena parciální resekce plic, tj. subsegmentu, segmentu nebo nejvýše vynětí jednoho laloku plic, a to jedině za těch podmínek, že operace vedla k debacilizaci, k dekavernizaci a že byla odstraněna rtg. prokazatelná ložiska, že hodnoty spirometrického vyšetření jsou dobré a operaci nijak neutrpěly, že je dobrá funkce kardiovaskulárního aparátu a že je též dobrý celkový stav nemocného. Náš předpis Zdrav-2-1 „Lékařské posuzování schopnosti k vojenské službě“ počítá s posuzováním těchto stavů. Je to zcela odůvodněné, neboť počet resekovaných stále roste. Necháváme-li ve vojenské službě osoby s konzervativně zhojenými nálezy, kde jistě zbývá někdy dosti tbc. ložisek a kde nebezpečí recidivy nemůžeme s určitostí vyloučit, je logické, že necháváme sloužit vojáky z povolání po resekci pro tuberkulózu, kde množství ložisek zbylých po operaci je jistě menší než u konzervativně léčených, nebo nejsou dokonce žádná. A proto je též lepší jejich prognóza, pokud se týče recidiv. To nám ostatně potvrdily početné statistické zkušenosti. My sami necháváme takové případy ve službě a všem vojákům z povolání, které máme

v dispenzární péči, se daří velmi dobře. Někteří mají dokonce povoleno létat do nižších výšek, ovšem po několikaletém odstupu po operaci.

Při posuzování choroby po skončeném ústavním léčení je nutno přihlížet též k tomu, zda nemocný na konci své léčby prodělal rehabilitaci, a jak na tuto rehabilitaci reagoval. Tam, kde prošel nemocný zátěží rehabilitace bez jakékoli odezvy a adaptoval se tak na pracovní vypětí, možno usuzovat na příznivější prognózu.

Z uvedených skutečností vyplývá, že pro spolehlivé posouzení tbc. plicního onemocnění vzhledem k vojenské službě je nutné, aby podkladem pro toto posouzení bylo předcházející

všestranné odborné vyšetření a aby toto vyšetření bylo provedeno vždy kvalifikovaným, zkušeným odborníkem. Jinak je nebezpečí, že na jedné straně budou vyřazeny z vojenské služby osoby, jejichž choroba je takového stupně, že by klidně připouštěla výkon vojenské služby a na druhé straně budou pronikat do armády osoby se stupněm nemoci, který tam rozhodně nepatří a které dokonce ohrožují své okolí. Je dále nutné, aby lékař rozhodující o schopnosti měl k dispozici úplný lékařský nález, výstižně popisující chorobu, a aby vždy takto úplný a srozumitelný nález od lékařů požadoval a nespokojil se jen s diagnózou nebo kusým nálezem.