

356.33:616.2-002.5-07

PŘÍSPĚVEK K SYMPTOMATOLOGII NOVĚ ZJIŠTĚNÉ TUBERKULÓZY DÝCHACÍHO ÚSTROJÍ U VOJÁKŮ

Podplukovník MUDr. V. ŠEDIVÝ, M. DOMINEC, prom. lékař, z tbc odd. ÚVN a kliniky tuberkulózy ÚDL v Praze 8

Včasné rozpoznání tuberkulózy rozhoduje nejenom o výsledku léčení, ale má také, obzvláště ve vojenských podmínkách kolektivního ubytování, velký epidemiologický význam.

Přestože po druhé světové válce ve většině hospodářsky vyvinutých zemí tuberkulózy ubývá, přicházejí dosud na tuberkulózní oddělení nemocní, u nichž bylo toto onemocnění zjištěno v pokročilém stadiu. Je to často způsobeno tím, že prvním příznakům tbc onemocnění není přikládán patřičný význam, neboť se někdy příliš spoléháme na vyhledávání tuberkulózy hromadným vyšetřením. Tímto způsobem bylo však v ČSSR v r. 1960 zjištěno jen 31,3 % nových onemocnění. Ostatních 70 % bylo objeveno tím, že nemocní vyhledali lékaře pro obtíže.

Vlastní sdělení

Abychom zjistili, jak časté jsou příznaky nově zjištěných onemocnění tuberkulózou dýchacího ústrojí u mladých osob, prostudovali jsme anamnestické údaje nemocných vojáků, kteří byli pro nově zjištěnou tbc přijati na oddělení tuberkulózy Ústřední vojenské nemocnice v období od 1. 8. 1959 do 31. 12. 1961. Šlo o 181 nemocných, z nichž bylo 159 (88 %) vojáků v základní službě a 22 (12 %) vojenských osob z povolání.

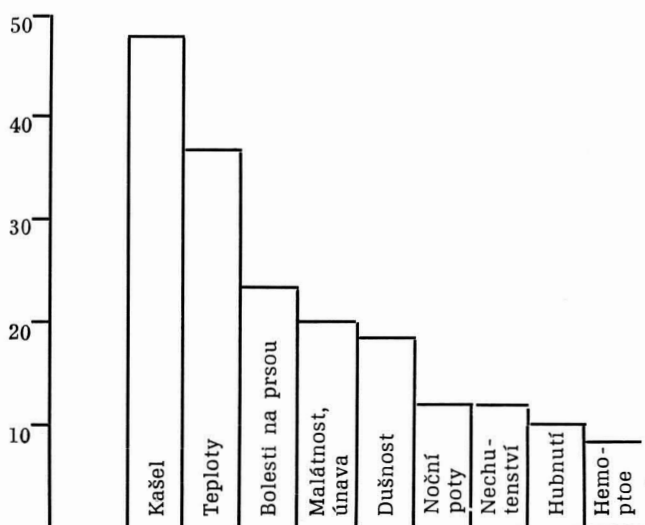
Pokud šlo o věkové rozdělení, bylo 172 (95 %) mladších 30 let, 6 nemocných bylo ve věku do 35 let, 2 do 40 let a 1 nemocný byl starší 40 let.

Pokud šlo o způsob zjištění, bylo 99 (54 %) nálezu objeveno při snímkování ze štítu, 40 nemocných se hlásilo pro obtíže; ostatní nálezy byly zjištěny jiným způsobem, např. při rtg vyšetření během léčby jiných chorob (tonsilitis, otitis ac., periproktální absces, lumbago), před tonsilektomií, při rtg vyšetření dárců krve a při depistáži v okolí dříve zjištěného zdroje.

Pokud šlo o klinickou formu, mělo 89 nemocných infiltrativní tbc převážně ve fázi rozpadu. 44 nemocní trpěli diseminovanou plicní tbc, ložiskovou tbc mělo 29 osob. U 8 nemocných šlo o kaseózní pneumonii a u 8 o exsudativní pleuritis. 2 osoby trpěly tbc mízních uzlin hilových a jedna primárním komplexem tbc. Převaha infiltrativních forem ve fázi rozpadu byla částečně způsobena tím, že na naše oddělení byli přijímáni převážně nemocní, u nichž byla neodkladně indikována ústavní léčba, ostatní nemocní s méně závažnými a nekavitárními procesy byli odesíláni na léčení do jiných vojenských ústavů. Šlo tedy do jisté míry o skupinu výběrovou.

Pokud šlo o laboratorní vyšetření, Mycotbc jsme prokázali u 97 (54 %) nemocných, a to u 45 v přímém nátěru ze sputa, u ostatních 52 jenom kultivací sputa nebo laryngeálních výtě-

rů. Sedimentace červených krvinek byla u 104 nemocných do 9/hod., u ostatních 77 byla zvýšená, z toho u 10 nemocných nad 50/hod. Subjektivní potíže v době zjištění tbc procesu ani před tím nemělo 98 (54 %) nemocných. U ostatních se potíže vyskytovaly buď jednotlivě nebo v kombinaci. Udávané obtíže sestavené podle četnosti ukazuje graf 1.



Graf 1. Obtíže nemocných podle četnosti výskytu

Dále jsme se zaměřili na sledování četnosti výskytu potíží v závislosti na formě tbc, rozsahu procesu (tabulka 1 a 2), vylučování Mykotbc a přítomnosti rozpadů.

U nemocných vylučujících Mykotbc vyskytly se potíže u více než poloviny nemocných, kdežto u negativních byly jen u 1/3 nemocných. U rozpadových procesů byly potíže přítomny u 60 % nemocných, kdežto u nekavitárních jen u 30 % nemocných.

Tab. 1. Vztah mezi výskytem potíží a formou tbc

	Primární komplex tbc	Tbc mízních uzlin hilových	Diseminovaná tbc	Ložisková tbc	Infiltrativní tbc	Kaseózní pneumonie	Exsudativní pleuritis
Celkem	1	2	44	29	89	8	8
Potíže byly	1	—	11	9	46	8	8
Potíže nebyly	—	2	33	20	43	—	—

Tab. 2. Vztah mezi výskytem potíží a rozsahem procesu

	Celkem	Potíže byly	Potíže nebyly
Jednostranný	125	62	63
Oboustranný	56	21	35

Z tab. 1 vyplývá, že zatímco u diseminovaných a ložiskových forem se vyskytovaly potíže u $\frac{1}{3}$ nemocných, byly u infiltrativních forem u $\frac{1}{2}$ nemocných. Nemocní s kaseózní pneumonií a exsudativní pleuritidou udávali potíže všichni.

Skupinu nemocných s primárním komplexem a tbc mízních uzlin hilových nelze pro malý počet hodnotit. Rozbor vztahu mezi rozsahem procesu a výskytem potíží ukázal relativně častější výskyt potíží u procesů jednostranných.

Protože 95 % našich nemocných bylo mladších 30 let, vybrali jsme ke srovnání skupinu 74 nemocných starších 40 let, léčených na klinice tuberkulózy ÚDL v Praze 8 na Bulovce. Šlo rovněž o nově zjištěnou tuberkulózu dýchacího ústrojí. U nich byl výskyt potíží daleko častější. U diseminovaných forem v 69 %, u infiltrativních v 81 % a u kaseózních pneumonií ve 100 %.

Diskuse

První projevy tuberkulózy dýchacího ústrojí bývají povšechného rázu a přivádějí nemocného obvykle do ordinace praktického lékaře. Znalost příznaků tuberkulózy a jejich správné hodnocení jsou velmi důležité i v období technického rozvoje medicíny.

Tuberkulóza dýchacího ústrojí může začít několika způsoby:

1. Plíživě: Choroba se vyvíjí nepozorovaně, bez význačnějších příznaků, které by upoutaly pozornost nejen nemocného, ale i lékaře. Celkový stav nemocného zůstává dlouho nezměněn, nemocní často vykonávají těžkou práci a různé sporty. Jeden z našich nemocných cvičil na II. celostátní spartakiádě na metacích stolech a 1 nemocný ve skladbě „Budeme vás bránit“. Mnozí nemocní si tyto potíže uvědomí teprve potom, když jsou již vyšetřováni při přijetí na tbc oddělení. O tom svědčí v našem souboru nízký počet nemocných, kteří se pro potíže hlásili u lékaře. Z celkového počtu těch, kteří při přijetí potíže udávali, hlásilo se jenom asi 50 %.

2. Pneumonický nebo chřipkový začátek: Odlišení těchto forem od nespecifických procesů je možné jen na základě opakovaného vyšetření sputa na BK. To je jediná spolehlivá diferenciální diagnostická známka. Počáteční příznaky, jako teplota a kašel, ustoupí i po aplikaci nespecifické léčby. Je proto nutné všechny plicní infiltráty sledovat rentgenologicky i bakteriolo-

gicky, dokud se infiltrace nevstřebá. (Část kaseózních pneumonií byla léčena zpočátku jako nespecifický proces).

3. Náhlá hemoptoe: Tento dříve častý příznak je v našem souboru až na posledním místě. Rovněž Levinský a spol. uvádějí, že ve 3 sledovaných obdobích hemoptoi ubylo.

4. Začátek pohrudničním výpotkem.

V časných stadiích tuberkulózy dýchacího ústrojí bývají subjektivní příznaky důležitější než příznaky objektivní, které v počátcích, kromě rtg změn, mohou chybět.

Nejdůležitějšími příznaky tbc dýchacího ústrojí jsou: kašel, vykašlávání, kašláním krve, bolest na prsou, únava, horečky, noční poty, hubnutí a nechutenství. První 4 z nich souvisí přímo s postižením plicní tkáně.

Kašel v časném období je suchý a je podmíněn překrvením onemocnělého okrsku plicní tkáně. Bývá často podceňován a označován jako kuřácký kašel.

Vykašlávání je spíše v pozdějších obdobích.

Bolest na prsou není charakteristickým znakem tbc. Je pociťována pouze při procesech uložených subpleurálně nebo při zánětu pohrudnice.

Druhá příznaková skupina je projevem toxémie. Patří sem teploty, které bývají subfebrilní a vyskytují se v odpoledních hodinách. U pokročilejších, neléčených procesů se dostavuje kontinua nebo teploty hektické s večerní teplotou až 40° a s ranními remisemi.

Noční poty se dostavují obvykle rovněž v pokročilejších stadiích, jsou k ránu a nemocného značně vysilují.

Únava je jedním z nejčastějších příznaků tbc. Začíná zcela pozvolna, takže jí nemocný nevěnuje dostatečnou pozornost. Nemocného počnou unavovat výkony, které dříve prováděl zcela bez potíží. Rovněž důležitá je nemotivovaná únava, kterou nelze vysvětlit namáhavější činností.

Úbytek na váze je příznak spíše pozdní. Rozhodně na váze vyloučit tbc, jestliže nemocný dobře vypadá.

U našich nemocných vyskytly se všechny shora uvedené příznaky. Rovněž v práci Levinského a spol. a Altmana a spol. jsou uvedeny příznaky ve stejném pořadí jako v našem souboru. Ve 3 sledovaných obdobích zůstávají rovněž na stejné výši.

Z prací Altmana a spol. a Levinského a spol. vyplývá, že většina jejich nemocných byla zjištěna na základě udávaných obtíží. Tento počet se ve 3 sledovaných obdobích neměnil. Procento onemocnění zjištěných abreografií činilo v r. 1959/60 16,5 %. Vyšší procento abreografií zjištěných v našem sdělení je důsledkem toho, že soubor je tvořen vojáky, u nichž se hromadně vyšetření vzhledem k zvláštnostem vojenské služby a ubytování provádí častěji než v celostátním měřítku.

Příčinu toho, že pro obtíže vyhledalo lékaře jen 50 % těch, kteří potíže měli, je možno nejspíše vidět v tom, že šlo většinou o osoby mladší, které drobným potížím nevěnovaly pozornost. Na

to ukazuje i ta skutečnost, že u osob nad 40 let, rovněž s nově zjištěnou tuberkulózou dýchacího ústrojí, byly potíže u $\frac{3}{4}$ nemocných.

Přítomnost potíží byla, jak se ukázalo, závislá na formě procesu; u méně závažných forem bylo potíží méně. Rovněž byla patrná závislost na výskytu Mykotbc. V práci Levinského a spol. mělo potíže 80—90 % nemocných, v našem souboru byly potíže asi u $\frac{1}{2}$ pozitivních, kdežto u negativních se potíže vyskytly jen asi u $\frac{1}{3}$ nemocných.

Obraz neléčené tuberkulózy dýchacího ústrojí se nezměnil. Přibývá jenom asymptomatických forem, protože častým hromadným vyšetřením se tuberkulóza zjišťuje v méně pokročilých stadiích. Na druhé straně jsme však měli i nemocné s dosti pokročilou tuberkulózou, kteří potíže neměli (např. asymptomatické rozsáhlé exsudativní pleuritidy zjištěné abreografií).

Dále je patrné, že přes značnou frekvenci hromadného vyšetření, vyskytlo se ještě dosti pokročilých i epidemiologicky závažných procesů, jako např. kaseózních pneumonií. U nich se zřejmě nevěnovalo dosti pozornosti příznakům, které nemocní udávali.

Je proto třeba věnovat pozornost všem potížím, na které si nemocní stěžují. Jde hlavně o dlouhotrvající kašel, dále teploty, které sice

ustoupí po antipyretické léčbě nebo léčbě antibiotiky, ale po jejich vysazení se znovu objeví. Velmi závažná je i nemotivovaná únava, která je dosti častým počátečním příznakem tuberkulózy. U všech těchto nemocných je třeba neprodleně provést rtg vyšetření plic.

Závěr

Z naší studie frekvence a povahy příznaků u nemocných s nově zjištěnou tuberkulózou dýchacího ústrojí je patrné, že téměř 50 % nemocných mělo alespoň jeden z klasických příznaků tuberkulózy dýchacího ústrojí. Přesto, že více než 50 % onemocnění bylo zjištěno hromadným vyšetřením, je třeba věnovat pozornost i méně výrazným příznakům, které nemocní udávají. Obzvláště ve vojenských podmínkách je z epidemiologického hlediska důležité včasné rozpoznání všech tuberkulóz, než dojde k infekci okolí.

Písemnictví

- Křivinka: Plicní tuberkulóza — v učebnici Vnitřní lékařství, vydání V., r. 1957.
Rist: Les symptomes de la tuberculose pulmonaire et de ses complications, Paris 1949.
Vojtek: Rozhl. Tuberk. 22, 5, 369—379, 1962.
Levinský L., Altman V.: Prakt. lékař 42, 9, 395—397, 1962.
Altman V., Čermáková M., Jírová M.: Rozhl. tuberk. 21, 9, 699—706, 1961.