

POSUDKOVÁ ČINNOST U EPILEPSIÍ SE ZVLÁŠTNÍM ZŘETELEM K VOJENSKÉ SLUŽBĚ*)

Major MUDr. Hypolit DRAHOZAL, podplukovník MUDr. Lubomil ŠETLÍK
Neurologické oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze,
náčelník plukovník MUDr. František PLESKOT

Pohlédneme-li do předpisu Zdrav-2-1 o posuzování schopnosti vojáků k vojenské službě, vidíme, že otázka epilepsie je tam jasně a jednoznačně rozřešena: epilepsie u vojáků základní služby je příčinou neschopnosti k vojenské službě, ať jde o záchvaty časté nebo řídké, u vojáků z povolání při častých záchvatech je rovněž neschopnost k vojenské službě, u řídkých záchvatů jde o omezení II. stupně. Za války jsou kritéria méně přísná a vojáci s řídkými záchvaty slouží s klasifikací schopen neřadové služby.

Předpis „Preventivní a léčebné zabezpečení útvarů Čs. lidové armády“ Zdrav-1-1 nařizuje odeslání každého nemocného s padoucníci na pozorování do vojenské nemocnice s oddělením nervovým. Pozorování nemá trvat déle než 1 měsíc. Při tom musí být dotázán též okresní ústav národního zdraví posledního bydliště vojáka, zda trpěl záchvaty ještě před vojenskou službou a jak často. Děje se tak dotazníkem podle předpisu „Vojenské léčebné ústavy“ Zdrav-1-2. Tak by mohl vlastně tento článek konstatováním těchto fakt začít a tím také skončit.

Bylo by tomu tak v případě, kdyby v životě byly věci tak jasné a jednoznačné jako v předpise. Máme však za to, že věci zdaleka tak jasné nejsou a že bychom se měli nad otázkou epilepsie a posuzování schopnosti k vojenské službě zamyslet.

Předpis Zdrav-2-1 hovoří totiž o epilepsii jako chorobě a my přece víme, že každý, kdo dostane epileptický záchvat, není ještě epileptik. Víme, že nelze dělat rovnítko mezi epileptickým záchvatem a epilepsií. Nemyslíme tím případy sekundárních epilepsií při mozkovém nádoru, zánětlivých nebo cévních lézích. Chceme tu uvažovat jen o ojedinělých epileptických záchvatech, o nichž se domníváme, že je nutno odlišovat je od epilepsie jako nemoci. Je nám jasné, že neříkáme nic světoborného a nového, že tytéž zásady hlásá akademik Henner již desítky let. Je však třeba podle našeho názoru aplikovat toto stanovisko i na naši posudkovou činnost.

Henner zdůrazňuje, že pro charakteristiku epilepsie jako nemoci zůstává stále ještě jediným a jistým znakem opakování epileptických záchvatů bez zřetelné příčiny. Servít k tomu dodává, že jde o periodické opakování epileptických záchvatů, které vznikají nikoli za mimořádných okolností, ale za situací, na které normální zdravý člověk epileptickým záchvatem nereaguje. Izolovaný epileptický záchvat, zvláště vznikne-li

za mimořádných okolností, nemusí tudíž být a zpravidla také není projevem nemoci epilepsie. Epileptický záchvat je totiž syndrom, kterým může reagovat mozek každého obratlovce, je-li podrážděn určitým způsobem. Některé situace a stavy zvyšují záchvatovou pohotovost. Náhodným střetnutím dvou či více příčin může pak vzniknout epileptický záchvat. Při epilepsii jako nemoci je záchvatová pohotovost zvýšena trvale nebo v cyklických výkyvech, takže záchvat je vybavován běžnými podněty ze zevního a vnitřního prostředí organismu (potud volně podle Servíta).

Každý z nás se občas setkal s lidmi, kteří dostali ojedinělý epileptický záchvat a kteří epileptiky nejsou. Henner vždy cituje nemocnou Wilsonovu, která měla v životě dva záchvaty, při prvních a posledních menses, a vzpomíná na nemocné, kteří za 25 let měli 2–3 záchvaty, většinou noční, po excessu in Baccho, po zvláštní fyzické a psychické námaze, nepravidelném spánku, ale často i bez zjevné příčiny.

Zkonfrontujeme nyní to, co jsme řekli, s naší denní praxí na ambulanci i na lůžkovém oddělení. Za rok projde rukama každého z nás řada lidí s epileptickými záchvaty. Přitom většinou neběží o zcela jasné epilepsie, protože nemocní epilepsií jsou vyřazováni již při odvozech a k vojenské službě nejsou povoláni. Na našich ambulancích jde převážně o pacienty, kteří mají jen ojedinělé záchvaty, nebo jde o záchvat, který se vůbec poprvé dostavil až na vojně. Nejde také vždy o typický epileptický záchvat s křečemi, pomočením a pokousáním a areflexií zornic, ale o různé synkopy a nejasné stavy bezvědomí. Často chybí nebo je zcela naprosto nedostatečný popis záchvatu i okolností při vzniku a pacient sám obvykle není schopen něco bližšího o záchvatu říci.

Naše situace je ztížena tím, že ani eeg nám někdy v diagnostice mnoho nepomůže. Nativní eeg. záznam je obvykle normální, po případě jsou v záznamu nespecifické změny ve smyslu theta vln bilat. synchronních a s typickými epileptickými změnami na eeg (hroty, ostré vlny a komplexy hrot a vlna) se setkáváme jen zcela výjimečně. Ani aktivační metody zde diagnózu bezpečně stanovit nemohou, protože metody je možno hodnotit jen v souvislosti s klinickým nálezem a správnou anamnézou.

V případech, kde na eeg je nespecifická aktivita, jednoduchým řešením pro nás by mohla být diagnóza epilepsie se svým důsledkem — propuštěním mimo činnou službu. Jsme však toho názoru, že tento postup není správný a že

*) Předneseno na konferenci vojenských neurologů 18. 5. 1962.

radě nemocných bychom však jen uškodili tím, že bychom je označili za epileptiky. Tato diagnóza nese s sebou určité důsledky i pro civilní život, znamená někdy potíže s nástupem původního zaměstnání, nemluvě o tom, že nemocný nesmí řídit auto a musí si klást různá omezení ve své životosprávě. Přitom jsme si vědomi, že celá řada těchto pacientů v dalším životě při běžných podmínkách záchvat dostat nemusí.

Proto se v těchto hraničních případech mezi synkopou a epilepsií přidržujeme názoru Kershmana, který razí pro takovéto záchvaty termín encefalosynkopa, a navrhuje klasifikace „schopen neřadové služby, ne pro strážní službu“. Tím se vyhneme diagnóze epilepsie, která ještě dnes pro mnoho lidí znamená něco nebezpečného, nekontrolovatelného, a proto bránícího vykonávat určitá zaměstnání.

Vyřešením tohoto problému nebudou ještě vyřešeny otázky posudkové činnosti u epilepsií. Je tu ještě řada bolavých bodů, např. otázka posttraumatických epilepsií. Stačí fakt, že někdo utrpěl lehké či větší trauma lbi a nyní po 1—3 letech dostal epileptický záchvat, k tomu, abychom vyslovili diagnózu posttraumatické epilepsie? Nebo jde o vazovagální synkopu tak častou u posttraumatických syndromů, která se bude třeba ještě několikrát opakovat a pak se už více neobjeví? Anebo budeme striktně vyžadovat k diagnóze posttraumatické epilepsie fokální eeg a pozitivní nález na peg, ať již symetrický nebo asymetrický hydrocefalus, trakční změny na komorách apod. Domníváme se, že nejsprávnější je poslední postup, a diagnózu posttraumatické epilepsie stanovíme jen tehdy, je-li klinický nález v souladu s patologickým nálezem elektroencefalografickým a pneumoencefalografickým.

Jinou spornou otázkou je, zda u důstojníků a praporčíků máme podle předpisu trvat na schopnosti s omezením II. stupně, když je epilepsie dobře kompenzována léky, takže nemocný záchvaty nemá vůbec, nebo jen jeden za 2 roky a jinak je plně výkonný.

Další nerozřešenou otázkou je fakt, že u řady lidí, kde jsme přesvědčení, že skutečně běží o epilepsii, kde postižení u útvaru mají za měsíc několik záchvatů, my v nemocnici nejsme s to diagnózu epilepsie ani potvrdit, ani vyloučit. Eeg tu zůstává i po nejrafinovanějších aktivitách normální, klinický záchvat postižený v nemocnici přes všechny aktivace nedostane. Co teď? Měli jsme nedávno opět podobný případ, který se táhl přes rok. Šlo o vojáka základní služby, v civilu krouželníka, anomální osobnost se zanedbanou výchovou, neurotika a také epileptika. Avšak při žádné hospitalizaci na psychiatrii a neurologii potvrzena epilepsie nebyla, přesto že jí trpěl od 13 let a v posledních měsících měl údajně záchvat 2—3× do měsíce. Nakonec jednou, když při výkonu služby v kuchyni nesl termos na ošetřovnu, dostal grand mal před ošetřovnou a lékař konečně mohl potvrdit typický záchvat s areflexií zornic, pomočením atd. Tyto těžkosti nás však nesmějí svádět k tomu, abychom diagnó-

zu epilepsie stanovili bez objektivních ať klinických, nebo elektroencefalografických podkladů, a musíme trvat na tom, aby záchvat byl pozorován nebo eeg. vyšetření prováděno opakovaně, až se zachytí patologická aktivita.

Neurologické objektivní vyšetření je u většiny lehčích epileptiků normální. Rozhodující pro stanovení diagnózy epilepsie je tedy anamnéza a nález eeg, vedle pozorování epileptického záchvatu. Ty však u sporadických záchvatů lékař vidí skutečně jen výjimečně.

Na našich ambulancích i odděleních jsme proto odkázáni na popis záchvatů ve zprávě staršího lékaře. Ale zde se setkáváme s celou řadou nedostatků hlavně v tom, že popis záchvatů někdy chybí úplně, jindy je velmi povšechný, omezí se na konstatování, že šlo o záchvat bezvědomí, aniž byly udány bližší podrobnosti. Pacient sám, pokud je epileptik, o záchvatu neřekne téměř nic.

Musíme proto na starších lékařích bezpodmínečně požadovat, aby, pokud záchvat nevidí sami, zjistili u svědků záchvatu jeho přesný průběh, dále aby zjistili všechny okolnosti, které záchvatu předcházely (nevyspání, hladovění, tělesné vyčerpání, požití alkoholu, konflikty s nadřízenými nebo s jinými lidmi, rodinné starosti, konflikty s děvčetem apod.). Při popisu záchvatu je nutno si všimnout chování pacienta, charakteru eventuálních křečí (tonické, klonické, bizarní válení celým tělem apod.), výkřiků, chytání se za hlavu, způsobu probuzení ze záchvatu, délky záchvatu, poranění při záchvatu, pomočení, pokálení, pokousání, reakcí zornice při záchvatu, barvy obličeje, charakteru dýchání apod. Nejen záchvat sám, ale i pozáchvatové stadium je velmi důležité (spavost, bolesti hlavy, zmatenost apod.).

Pečlivým zjištěním okolností kolem záchvatu i průběhu samotného záchvatu mohou starší lékaři velmi přispět k správné diagnóze různých záchvatovitých onemocnění a urychlit rozhodnutí o schopnosti k vojenské službě u těchto osob.

Je nutno mít výhrady ke znění předpisu Zdrav-1-1 str. 79, jež jsme citovali vpředu. Tento odstavec neodpovídá dnešnímu názoru na etiopatogenezu epilepsie. Dotazník z místa bydliště nemůže otázku správné diagnózy ani potvrdit, ani vyloučit. Jeho vyžádání jenom zdržuje a prodlužuje nutnou dobu k hospitalizaci. Nejdůležitější metodou pro stanovení diagnózy epilepsie je dnes nesporně eeg. vyšetření, a proto se diagnóza epilepsie vedle přímého pozorování záchvatu musí především opírat o elektroencefalografický nález. Eeg. vyšetření vzhledem k vybavení nervových oddělení vojenských nemocnic není již problémem tak, jako to bylo ještě před několika lety. Požadavek pozorování záchvatu během hospitalizace trávající až jeden měsíc je většinou bezcenný, protože zvláště u řidších záchvatů nikdy negativní výsledek pozorování nemůže epilepsii vyloučit. Proto bychom pokládali za správné tento požadavek předpisu vypustit a nahradit jej požadavkem eeg. vyšetření. Tímto způsobem

lze velmi výrazně zkrátit průměrnou ošetrovací dobu u záchvatovitých onemocnění a většinu nemocných bude možno řešit i ambulantně.

Souhrn

Autoři se zabývají problematikou posudkové služby u záchvatovitých onemocnění se zvláštním zřetelem k výkonu vojenské služby. Poukazují na obtíže při diagnostice epilepsie a zdůrazňují velký význam správné anamnézy a popisu záchvatu útvarovým lékařem. Navrhují postup při řešení sporných případů a změnu předpisů Zdrav-1-1 a soudí, že pozorování v nemocnici lze nahradit požadavkem pozitivního eeg. vyšetření.

Резюме

В работе освещена проблематика экспертизы при припадочных заболеваниях с учетом несения больными военной службы. Подчеркнуты трудности, с которыми связана диагностика эпилепсии, указано на большое значение правильного собирания анамнеза и описания припадков врачом части. Предложен способ решения спорных случаев и рекомендовано изменить инструкцию Здрав-1-1. Авторы считают, что пребывание больного в госпитале в целях наблюдения за его состоянием не

обязательно, поскольку у больного выявляется типичная для эпилепсии электроэнцефалографическая картина.

Summary

The authors deal with the medical board problems regarding cases of convulsive states. They draw attention to the difficulties encountered in the diagnosis of epilepsy and stress the great importance of a carefully recorded case history and of a precise description of the fits by the regimental medical officer. Advice is given how to decide controversial cases and an appropriate amendment of the Regulations is recommended. Finally the opinion is expressed that observation in hospital is not necessary provided the electroencephalographic record is positive.

Písemnictví

1. Předpis „Preventivní a léčebné zabezpečení útvarů Čs. lidové armády, evid. zn. Zdrav-1-1, Praha 1959.
2. Předpis „Lékařské posuzování schopnosti k vojenské službě, evid. zn. Zdrav-2-1, Praha 1961.
3. Henner K.: Speciální neurologie, SZN, Praha 1961.
4. Henner K.: Epilepsie a paraepilepsie, Mladá generace lékařů, Praha 1947.
5. Servít Z.: Epilepsie. Kap. 5. v Neurologii praktického lékaře, SZN, Praha 1961.
6. Kershmann J.: Syncope and seizures. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 12, 25, 1949.