

616.156.33—622.78—036.82:331.053.2

K OTÁZCE REKONVALESCENCE A PRÁČESCHOPNOSTI U INFEKČNÍ MONONUKLEÓZY

MUDr. K. KOUBA, CSc.

Infekční klinika na Bulovce Praha, přednosta: prof. dr. J. PROCHÁZKA, DrSc.

Infekční mononukleózy (dále v textu jen im) v celém světě přibývá, jak konstatuje řada autorů (Rollwagen,¹⁰ Bernard¹ aj.).

Samí pozorujeme tentýž jev.⁴ Jaké jsou příčiny přibývání nemoci, nelze ještě dnes bezpečně říci. Jednu z hlavních úloh tu bude také hrát zlepšující se diagnostika klinická i laboratorní a zvýšený zájem lékařů o toto onemocnění.

I když im probíhá z největší části benigně, přece jen není onemocněním zcela lehkým. Mimo případy úmrtí (zadušení z edému hrdla, laryngu, Landryho ascendentní paralýza při polyradikulo-neuritidě, komatózní encefalitis, ruptura sleziny atd.) má řadu možných a častých komplikací, které nesprávně diagnostikovány a léčeny mohou vést buď k následkům ireversibilním, nebo k značnému prodloužení nemoci a k dlouhé rekonvalescenci. Z 2043 pacientů s im z let 1951 až 1961 (infekční klinika Praha 8, Bulovka, infekční oddělení Thomayerovy nemocnice Praha-Krč) bylo 3,14 % vojáků základní služby, 0,36 % vojáků z povolání a 6,2 % dětí státních zaměstnanců (mimo ostatní povolání). Domníváme se proto, že je vhodné upozornit na některé současné názory na rekonvalescenci a posuzování práčeschopnosti u pacientů s im.

Průběh se poněkud liší u dětí a dospělých. U dětí bývá začátek obvykle náhlý — horečky, povlaková angína, lymfadenitida, hepatosplenomegalie. U dospělých nemoc začíná spíše pomaleji, únavou, malátností, nechutenstvím, subfebrilními teplotami, zduřením krčních uzlin. Krční nález nebývá tak hrozivý jako u dětí, časěji je možno nalézt jen faryngitidu, katarální

angínu; folikulární a pseudomembranózní formy s přibývajícím věkem jsou vzácnější. I u dospělých a hlavně mladistvých může však choroba začít náhle s celou symptomatologií. Průběh může být u dětí i dospělých dvoufázový.

Za normálních okolností u dospělých se nemoc (u neléčených případů) obvykle vleče několik týdnů, nemocní se nemohou „vzpamatovat“, trvají subfebrility, podčelistní lymfadenitis (méně axilární či inguinální), při vyšetření nacházíme přetrvávající hepatosplenomegalii. I když se nepřidruží komplikace, je úzdrava značně provleklá.

Projevili-li se onemocnění u dospělých hned od začátku vysokými teplotami (39 — 40° C), je naděje (bez úměrné terapie) na brzké uzdravení malá. Zde obvykle dochází k některé z komplikací, která si vynutí hospitalizaci.

Výskyt komplikací a následků im je v praxi nerozlučně spjat s včasnou a správnou diagnózou a včasnou a vhodnou terapií. Jde hlavně o srdeční poruchy, hepatální lézi a prolongovaný subfebrilní typ onemocnění.

Kardiální poruchy u im se vyskytují poměrně často. Na ekg můžeme více než u čtvrtiny nemocných nalézt určité změny; u 5 % pacientů jde o typickou myokarditidu se všemi laboratorními i klinickými projevy (Mágrová a spol.⁸).

Hepatální léze je přítomna prakticky u všech případů im (Kouba a spol.⁵, Wadsworth a spol.¹², Nelson a spol.⁹ aj.). Jelikož maximum hepatálních poruch je ve II. a III. týdnu nemoci, nepostačuje k jejímu zjištění jednorázové vyšetření jaterních testů na počátku nemoci. Dále

je nutno použít jemnějších a citlivějších metod, protože jen těžké poškození mívá např. pozitivní reakci Takatovu. Nejlépe se hodí ke sledování obě transaminázy, chininoxidáza, Thymolová zákalová reakce, kefalín-cholesterová zkouška, Kunkelova reakce (Zn SO_4); Bilirubin přímý i nepřímý bývá negativní, s výjimkou ikterických forem nemoci.

Prolongovaný horečnatý typ nemoci přichází nejčastěji u mladistvých či dospělých, kde není včas správně stanovena podstata onemocnění. Horečky mohou trvat řadu týdnů; subfebrility mohou přetrvávat u těchto nemocných i několik měsíců, stejně tak jako lymfadenitis, hepatosplenomegalie a adynamicko-depresivní syndrom. Tento prolongovaný průběh je typický u pacientů těžších, kteří v akutní fázi nebyli léčeni širokospektrými antibiotiky a steroidy. Jde o nemocné s těžším průběhem od počátku, či o stavy, kde při klidu na lůžku a antibiotikách nedochází během 1–3 dnů k znatelnému zlepšení a není použita další vhodná léčba steroidy.

Není-li v akutní fázi nemoci stanovena správná diagnóza a zavedeno úměrné léčení, může dojít k prolongovanému průběhu s následky, jak uvedeme na stručném příkladu:

Dne 7. června 1960 byl přijat na naši kliniku 21letý J. Z., který byl nemocen již od 26. 5., a přestože měl trvale vysoké horečky a další příznaky (angínu, lymfadenitis atd.), byl ponechán v ambulantním léčení. Ekg, zhotovený druhý den po přijetí u nás, ukázal typické akutní myokardiální změny. Nález přetrvával i při klidu na lůžku a léčbě 6 týdnů. Předpokládáme, že by se tento případ, od začátku správně léčený, nebyl rozvinul v poruchu myokardu.

V dalším ukážeme možnost pozdní komplikace ve vztahu k terapii v akutním stadiu:

P. H., nar. v r. 1942, byl léčen na interním oddělení jedné nemocnice od 8. 8. 1962 do 18. 10. 1962. V rodinné anamnéze nic pozoruhodného, v osobní časté angíny, v r. 1960 TE. Onemocněl 5. 8. 1962 bolestmi hlavy, byl unaven, malátný, dostal třesavku, den na to teplotu $39,8^\circ\text{C}$. Po dobu 14 dnů přetrvávaly horečky septického charakteru, přes použitá antibiotika (ChMC, STM, PE, AU, Neo- per os). Jaterní testy opakované v průběhu nemoci ukázaly hepatální lézi. Na ekg (po jednorázovém vyšetření) nebyly změny. Diagnózu im stanovil klinické konziliární vyšetření; po celou dobu hospitalizace byla v rozpočtu bílé krevní složky nápadná lymfomonocytoza. Subfebrilní teploty přetrvávaly řadu týdnů, nemocný byl unaven, malátný. Byl po přezkumném řízení propuštěn ze základní služby a předán do ambulantní péče, odkud byl poslán na naši kliniku k vyjádření o pracovní schopnosti.

Subjektivně udával typické potíže: nápadnou únavu (po výstupu do I. patra nemůže dále), nechutenství, bolesti v krajině jater, depresivní stavy. Paleta jaterních zkoušek prokázala přetrvávající hepatální lézi (transaminázy OT 37 jK., PT 96 jK, Weltm. reakce 0,150 %, Ca Cl_2 , ZnSO_4 9,3 j).

Na ekg jasné změny svědčící pro odeznívající myokarditidu. Pacient je dodnes v léčení (únor 1963), práce neschopen. Nutno říci, že jedinou

úspěšnou léčebnou metodou, dnes známou u těžkých či komplikovaných případů, je aplikace steroidů a antibiotik tetracyklinové řady (pokud jde o ChMC, v cizině je velmi často podáván i u banálních infekcí, i u nás se tvrdí často, že aplikace ChMC nemívá následky. Na našem pracovišti ChMC u inf.mononukleóz nepodáváme pro jeho negativní vliv na krvetvorbu. I u nás Čáp² v r. 1957 zaznamenal 2 případy im, kde došlo k agranulocytóze. U obou byl podáván ChMC, byla přítomna jaterní léze), event. používána iv. plazma a im. gama-globulín. Jen tato metoda může spolehlivě ovlivnit akutní stadium. Podle našich zkušeností⁷ po aplikaci steroidů klesá teplota u cca 21 % případů do 24 hodin (v kontrolní skupině u žádného případu), u 80 % pacientů se normalizuje teplotní křivka do 3 dnů (u kontrolní skupiny jen u 26 %). U 7 % nemocných neléčených steroidy přetrvávají horečky více než 10 dnů, u skupiny s glukokortikoidy v žádném případě.

U im může ovšem dojít i k řadě dalších komplikací a následků, které však nejsou časté, i když mohou být velmi závažné a nebezpečné; ovlivňují trvání choroby a délku rekonvalescence a tím i návrat práce schopnosti.

Jak bylo již v úvodu řečeno, může dojít k dušení z edému hrdla při těžké anginózní formě, dále k nejruznějším neurologickým projevům (meningoencefalitidy, parézy VII. nervu, atd.), ke krvácivým stavům (akut. hemolytická anémie či trombocytopenie), postižení ledvin (nephritis), plic (bronchopneumonie, zduření mediastinálních uzlin), ruptuře sleziny aj.

Po nemoci, v období rekonvalescence, lze pozorovat řadu drobnějších či vzácnějších projevů. (O otázce postižení jater se zmíníme zvlášť.) Především je nutno uvést recidivující katary horních cest dýchacích, angíny, periodické zduřování podčelistního lymfatického aparátu při všech banálních infekcích; u žen někdy poruchy cyklu; ojediněle jsme zaznamenali u dětí i dospělých postinfekční alopecie, vznik enuresis nocturna, u mužů poruchy potence. Charvát a spol.³ viděli po im vznik nárazových retencí vody z poruchy diencefalo-pituitární.

Rekonvalescence po im je zaměřena na hlavní problém, hepatální poruchu. Jak již bylo výše uvedeno, prakticky u každého případu im můžeme v určitém období jaterní lézi prokázat. Proto se nám plně osvědčil rekonvalescentní režim obdobný jako po infekční hepatitidě.

V zásadě platí, že po nemocničním léčení (cca 2–3 týdny) ponecháváme děti i dospělé v domácí ošetření asi 2 týdny, poté zkontrolujeme subjektivní i objektivní nálezy, jaterní testy, SE a podle převahy orgánového postižení provedeme event. vyšetření (ekg, eeg, KO, moč, neurolog. vyšetření apod.). Tělesný klid a dietu (jako po žloutence) doporučujeme 2–3 měsíce. Děti sice pouštíme do školy za 2–3 týdny po propuštění z ústavního ošetření, ale necvičí zprvu vůbec, poté jen lehké cviky. Sporty a namáhavé hry po dobu rekonvalescence nepovolujeme. U dospělých je situace obdobná. Po klidu v domácím oše-

tření (2—3 týdny) doporučujeme přechodné přeložení na lehčí práci, vykonával-li pacient předtím práci těžkou; tato opatření spadají přirozeně do kompetence závodního či obvodního lékaře. Také u dospělých nařizujeme dietu po dobu 2—3 měsíců. Šlo-li o závažnou jaterní lézi, podáváme v rekonvalescenci vitamíny ze skupiny B-komplexu (B-komplex Spofa, Lipovitan dražé apod.).

Měl-li nemocný v akutním průběhu nemoci některou z orgánových komplikací, nutno se i v rekonvalescenci zaměřit především tímto směrem. Kardiální poruchy sledujeme ve spolupráci s kardiologem. Po myokarditidách je nutno zabezpečit tělesný i duševní klid po delší dobu, nejméně 6—8 týdnů. Periodické sledování ekg, SE, transamináz a především klinického stavu umožní stanovit správný průběh a dobu údravy.

Sinusitidu obvykle vyléčíme již při ústavním pobytu. V rekonvalescenci kontrolujeme pacienta i po této stránce, zhotovíme kontrolní rtg dutin a radíme se o dalším ev. postupu s otorinolaryngologem.

Šlo-li o neurologické komplikace, nutno — ve spolupráci s neurologem — kontrolovat příslušné ukazatele. I když eeg. nálezy dlouho přetrvávají, je i zde hlavním vodítkem klinický stav rekonvalescenta. Po meningoencefalitidách nedovolujeme dlouhé čtení, duševní námahu omezujeme na minimum, doporučujeme klid a pozvolnou rehabilitaci. Někdy se osvědčuje B₁ vit., Erevit., atd. Šlo-li o parézu, nutno léčit fyzikální terapií, terapií podle Kenny, atd. Zde údrava trvá ovšem podstatně déle — několik měsíců.

U ledvinných komplikací (velmi vzácných) kontrolujeme moč, ZN, Addisův sediment, Clearance, TK, ve spolupráci s internistou. Stav se obvykle upraví ad integrum již v ústavním léčení; podobně plicní komplikace, kde nepropouštíme pacienta, pokud se nález nenormalizuje.

I u včas diagnostikovaných a správně léčených nemocných pozorujeme v malém počtu případů tendenci k pomalé reparaci hepatální léze či přímo přechod do chronických obtíží (posthepatální syndrom). V těchto řídkých případech jsme měli dobré zkušenosti s léčením lázeňským (Karlový Vary). Tam, kde po im dochází k opakovaným angínám a trvá hyperplazie krční lymfatické tkáně, doporučujeme TE. Mnohdy trvá řadu týdnů i měsíců, než zcela vymizí krční podčelistní lymfadenitida, zvláště u prolongovaných forem nemoci. Recidivy a relapsy im (při použití komplexní léčby) jsou vzácné (2—4 %).

Nutno počítat s tím, že u pozdě diagnostikovaných případů im či nesprávně léčených dojde k provleklému průběhu a velmi pomalé údravě. V r. 1957 Vymětal¹¹ na stránkách tohoto časopisu upozornil na tuto okolnost, když referoval o 5 nemocných im, kde choroba znamenala vyřazení dotyčného na řadu týdnů až měsíců z normálního způsobu života. Vymětal též správně připomenul, že předčasné zařazení do výcviku (šlo o vojáky základní služby) může zhoršit prognózu.

K diagnostice je vhodné připomenout, že k vy-

plavení atypických lymfoidních monocytů může dojít až koncem I. týdne nemoci (někdy i později) a z toho vyplývá nutnost u podezřelých případů opakovat laboratorní nálezy — Kouba a spol.⁶ aj. Sérologická reakce Paul-Bunnellova může i u typických případů zůstat asi v 15 % negativní — Wagner a spol.¹³ aj. Krevní obraz se normalizuje obvykle během 2—3 týdnů při řádném léčení. Značná postinfekční lymfocytóza není překážkou propuštění do domácího ošetření. Závěrem bychom chtěli shrnout:

a) Včasná diagnóza a vhodná léčba akutního stadia im zásadně ovlivňuje výskyt komplikací a délku rekonvalescence.

b) Tělesné šetření a dieta po dobu 2—3 měsíců (podle povahy případu) při sledování rekonvalescenta (klinicky i laboratorně) jsou základním požadavkem období údravy.

c) Práceschopnost či návrat k plnému zatížení jsou závislé na normalizaci stavu a vymizení následků nemoci a jejích komplikací; je nutno řešit případy individuálně, ve spolupráci s příslušnými odborníky (kardiology apod.).

d) IM podléhá hlášení jako choroba přenosná (od 1. ledna 1961) a případy nutno hospitalizovat na příslušném infekčním oddělení.

Souhrn

Autor upozorňuje na vzestupnou tendenci výskytu IM, možné komplikace, výskyt v ozbrojených složkách. Jsou zdůrazněny zásady včasné diagnózy, správného léčení a zvláště vyzdvíženy hlavní otázky rekonvalescence.

Резюме

Автор рассматривает проблематику инфекционного мононуклеоза в воинских частях, а именно — повышение частоты случаев данного заболевания и развивающиеся после него осложнения. Подчеркнута необходимость своевременной постановки диагноза, правильного лечения, а особое внимание уделено вопросам режима во время выздоровления.

Summary

Attention is drawn to the increasing incidence of infectious mononucleosis in army-personnel, then possible complications of this disease are discussed. The principles of early diagnosis, correct treatment and the problems arising during convalescence are dealt with.

Písemnictví

1. Bernard J.: Osobní sdělení, Paříž 1961.
2. Čáp J.: Brat. lékař. listy, 1, 11, 1957.
3. Charvát J., Holeček V.: Člč, 41 1127, 1956.
4. Kouba K.: Infekční mononukleóza, SZN, Praha 1961.
5. Kouba K., Mašek K.: Z. f. gess. inn. Med., 15, 244, 1960.
6. Kouba K., Šrámková L., Tichý V.: Prakt. lékař., 40, 11, 1960.
7. Kouba K.: Folia Haemat., 79, 4, 446, 1962.
8. Mágrová J., Kouba K.: Vnitř. lékař., v tisku.
9. Nelson R. S., Darragh J. H.: Amer. J. Med., 1, 26, 1956.
10. Rollwagen H. O.: Münch. med. Wschr., 46, 1773, 1956.
11. Vymětal J.: Voj. zdrav. listy, 2, 1957.
12. Wadsworth R. C., Keil G. P.: Amer. J. Path., 6, 1003, 1952.
13. Wagner V., Kouba K., Šrámková L., Malý J.: Z. f. gess. inn. Med., 17, 9, 400, 1962.