

616-006.6—036.3:616-006.04—036.8]082:362.147

NAŠE ZKUŠENOSTI S DISPENZARIZACÍ PREKANCERÓZ A STAVŮ PO LÉČBĚ ZHOUBNÝCH NÁDORŮ

Podplukovník MUDr. Jaroslav FAJSTAVR, CSc.
otolaryngologické oddělení Ústřední vojenské nemocnice, Praha
(náčelník: plukovník doc. MUDr. Ervín ČERNÝ)

V roce 1962 byly vydány „Směrnice pro dispenzární péči o vojáky trpící prekancerózou“ (příloha k čj. 23515 NT/ZS), v nichž je uloženo odborným oddělením vojenských nemocnic zavést dispenzární způsob kontrol osob, trpících chorobami v těchto Směrnících vyjmenovanými. Na tomto podkladě jsme na našem oddělení založili začátkem roku 1962 dispenzární kartotéku. Zahrnuli jsme do ní kromě prekanceróz též nemocné po léčbě zhoubných nádorů.

V současné době máme v této dispenzární péči 66 nemocných, z nichž 49 (74,2 %) je civilních osob, 5 vojáků základní služby, 8 vojáků z povolání, 2 vojáci ve výslužbě a 2 příslušníci MV, tedy celkem 17 (25,8 %) vojenských osob. Můžeme je rozdělit do 2 skupin:

1. Vlastní prekancerózy,
2. Stavy po léčbě zhoubných nádorů.

1. skupina zahrnuje 27 nemocných, z toho 16 civilních osob, 11 vojáků. Charakteristika této skupiny je vyjádřena v 1. tabulce.

Smíšených tumorů slinných žláz různé lokalizace je 8, všichni nemocní jsou dosud bez recidivy. Chronických hypertrofických laryngitid je 7. U jednoho nemocného došlo k malignímu zvrhnutí po roce sledování. V tomto období mu byla 4krát provedena probatorní excize. Poslední uká-

zala výrazné známky malignity. Vzhledem k důležitosti klinického nálezu nebylo možné provést parciální výkon, proto byla vykonána totální laryngektomie.

Papilomů nebo papilomatóz hrtanu sledujeme 6, z nich u 5 již byly odstraňovány po recidivě. Dále je v naší péči 1 nemocný s papilomem nosního vchodu s 1 recidivou; 1 nemocný s cylindromem nosní dutiny, nosohltanu a paranazálních dutin, u něhož byl radikálně odstraňován po recidivě 4krát. Jen díky těmto revizím je dosud schopen vykonávat odpovědnou funkci jako voják z povolání.

Dalším je nemocný s hlenotvorným epitelio-mem parotis, 1 nemocný po odstranění rozsáhlého lipomu hypofaryngu a 1 nemocná po operaci paragangliomu spánkové kosti.

K recidivě došlo celkem u 8 našich nemocných, z toho 6krát opakovaně.

Je zajímavé posoudit pravidelnost kontrol: pravidelně k ordinované kontrole přichází 16, nepravidelně 11 nemocných. Spontánně jich přichází 15, 12 jich musíme písemně zvat.

2. skupina zahrnuje 39 nemocných po léčbě zhoubných nádorů. Civilních osob je 33, vojáků 6.

Rakovinou hrtanu trpělo 35 nemocných, 2 kar-

Tabulka 1

I. Vlastní prekancerózy

Druh	Počet	Recidiva		Maligní zvrát
		1×	opak.	
Smíšený tumor slinných žláz	8	—	—	—
laryngitis chron. hypertroph.	7	—	—	1
papilom hrtanu	6	1	5	—
papilom jiný	1	1	—	—
cyldrom	1	—	1	—
hlenotvorný epitelium	1	—	—	—
lipom hypofaryngu	1	—	—	—
lipom řasy ventrikulární	1	—	—	—
paragangliom	1	—	—	—
celkem	27	2	6	1

cinomem maxily, 1 rakovinou čelní dutiny a 1 sarkomem tonzily.

Základní operace byla provedena podle rozsahu nálezu, u hrtanových tumorů od laryngofisury s chordektomií přes parciální laryngektomie k laryngektomiím totálním s revizí krčních uzlin.

K recidivě nebo k metastáze došlo u 11 nemocných, z toho 6 bylo zachyceno v rámci dispenzarizace. Z nich 3 jen díky tomu, že byli písemně pozváni ke kontrole.

Pravidelně na kontroly chodí 20 nemocných, nepravidelně 19. Spontánně jich přichází 21, na výzvu 18.

Naše dosavadní zkušenosti ukazují, že při vedení dispenzarizace je třeba zajistit některé organizační zásady:

1. Pověřit vedením kartotéky a prováděním

kontrol trvale téhož lékaře. Ten musí být dokonale seznámen s problematikou dispenzarizovaných chorob jak obecně, tak v jednotlivých případech, tj. musí znát počáteční obraz onemocnění i jeho průběh včetně způsobů a výsledků léčby u každého dispenzarizovaného. To umožňuje při kontrolách vyšetřovat cíleně, s maximem pozornosti pro nejnebezpečnější místa možných metastáz, recidiv nebo zvrnutí.

K vedení administrativy by měla být rovněž určena stálá administrativní síla, která by odpovědně zachycovala karty všech osob patřících do dispenzarizace a vedla podrobně a přehledně všechny záznamy o kontrolách. Při střídatém administrativním vedení kartotéky několika pracovníky řada nemocných dispenzarizací uniká.

2. Další zásadou je stálá kontrola kartotéky a včasné zvaní těch, kteří se k plánované kontrole nedostavili. Jak jsem již uvedl, ze 66 dispenzarizovaných se 30, tj. 45 %, dostavovalo na kontrolám až po písemné výzvě, někdy i vícekrát opakovaně. Mnoho z nich bylo vojáků.

K dobrému přehledu o kontrolách jsme kartotéku rozdělili na 12 oddílů podle měsíců. Kartu zařazujeme vždy do toho měsíce, ve kterém se má nemocný dostavit ke kontrole. V dalším měsíci pak ty, jejichž karty v předchozím měsíci zbyly, písemně pozveme.

3. K tomu, aby bylo možno odpovědně kontrolovat všechny dispenzarizované, je třeba přesně a přísně vymezit choroby, které mají být do kartotéky zařazovány. Je k tomu nutná spolupráce všech lékařů na oddělení. Dále je třeba vyřazovat ty nemocné, kteří další kontroly nepotřebují nebo byli po odchodu do zálohy předáni do péče občanských zdravotnických zařízení.

4. Odpovědně chápat smysl a význam dispenzarizace musíme nejen my, lékaři, ale je naším úkolem vhodným a zejména taktním způsobem přesvědčit i dispenzarizované nemocné, že je plně v jejich zájmu aktivně s dispenzárním lékařem spolupracovat.

Závěrem bych chtěl zdůraznit, že jen dobře organizovaná a s plnou odpovědností vedená dispenzarizace splní svůj úkol zachytit recidivy, metastázy nebo maligní zvraty tumorů a prekanceróz ještě ve stadiu, kdy je možno s dobrým efektem vhodně léčebně zasáhnout.

Souhrn

Sdělení je shrnutím dosavadních zkušeností s dispenzarizací 66 nemocných, tvořících 2 skupiny: 1. vlastní prekancerózy (27 nemocných), 2. stavy po léčbě maligních nádorů (39 nemocných). Jsou uvedeny druhy dispenzarizovaných chorob. V první skupině došlo k recidivě u 8 nemocných. Nepravidelně na kontroly chodilo 11 nemocných, 12 jich bylo třeba zvát. Ve 2. skupině došlo k recidivě nebo k metastáze u 10 nemocných. Nepravidelně ke kontrole chodilo 19, na písemné výzvy 18 nemocných.

V závěru jsou uvedeny některé zásady organizace dispenzární péče.

Tabulka 2

II. Stavy po léčbě maligních tu

Tumor	Počet	Recidiva	
		1×	opak.
ca laryngis	35	9	1
ca maxillae	2	1	—
ca sin. frontalis	1	—	—
sa tonsillae	1	—	—
celkem	39	10	1