

SOUČASNÝ STAV TUBERKULÓZY V ČSLA

B. FUCHS

oddělení tuberkulózy a respiračních nemocí Ústřední vojenské nemocnice
v Praze (náčelník: pplk. dr. B. Fuchs, CSc.)

Současná všeobecná epidemiologická tbc situace zatím neopravňuje k přílišnému optimismu. Přestože bylo v boji proti této nemoci dosaženo především zásluhou nových antituberkulotik nesporných úspěchů, lze říci, že problém tuberkulózy nebyl i přes podstatné zlepšení vyřešen ani ve světě, ani v našich podmínkách. Svědčí o tom i zpráva Světové zdravotnické organizace z poslední doby, podle níž je na světě asi 10 miliónů osob s nakažlivou formou tuberkulózy a asi 4 milióny osob na tuto nemoc ročně umírá. V mnohých zemích Asie, Afriky a Jižní Ameriky umírají i dnes mladí lidé na tuberkulózu dříve, než se vůbec podaří stanovit její diagnózu.

Základní epidemiologická situace v ČSR

Tab. 1

Tbc situace ve světě. Epidemiologické ukazatele za rok 1976 podle odhadu SZO

	Počet osob
Prevalence bacilární tbc	10 miliónů
Mortalita na tbc	4 milióny
Nově vzniklé tbc infekce	10 miliónů
Nově vzniklá tbc onemocnění	1 milión

i SSR vykazuje při retrospektivním hodnocení od začátku šedesátých let sestupný trend,

který se v průběhu let zpomalil. Tento pokles pokračoval i v roce 1976 ve všech ukazatelích, přičemž tbc situace se jeví obecně horší v SSR, o čemž svědčí téměř dvojnásobná prevalence bacilární tbc, tj. počet osob s infekční tuberkulózou, sledovaných ke konci roku v příslušné dispenzární skupině. Statistické údaje za rok 1976 dále ukazují, že tuberkulózy v populaci ubývá, i když pomalejším tempem než v první polovině šedesátých let. Přitom jsou podle závěru celostátní statistiky z roku 1976 ohroženy možnosti vzniku tbc ještě početné skupiny obyvatel.

Vlastní sdělení

Při snaze o objektivní posouzení tbc situace v ČSLA musíme vycházet z těch epidemiologických ukazatelů, jež odpovídají srovnatelným věkovým skupinám celkové populace.

V roce 1976 činila u věkové skupiny 15 až 24 let incidence tuberkulózy, tj. počet nových onemocnění a recidiv, v ČSSR 35,2 na 100 tisíc obyvatel, v ČSR 18,9 a ve SSR 63,1.

Tab. 2

Incidence tbc na 100 tisíc obyvatel. Věková skupina mužů 15 až 24 let

	1961	1975	1976
ČSSR	103,7	34,1	35,2
ČSR	91,8	21,9	18,9
SSR	131,1	55,3	63,1
ČSLA	119,0	55,1	41,0

Z tabulky 2 vyplývá, že ve sledovaných letech byla incidence tbc v těchto věkových skupinách méně příznivá v SSR, neboť převyšovala téměř o 80 % incidence v ČSSR a byla více než třikrát vyšší než incidence v ČSR. Obdobný údaj pro ČSLA činil v roce 1976 41 na 100 tisíc a byl o 16 % vyšší než údaj pro obdobnou věkovou skupinu celé populace, avšak ještě v roce 1975 byl srovnatelný údaj pro ČSLA vyšší o více než 60 %.

Pro srovnání uvádíme vedle epidemiologických ukazatelů ze dvou posledních let, jež jsou již celostátně statisticky zpracována, i údaje z roku 1961, a to jak pro celkovou populaci, tak i pro ČSLA. Z těchto údajů vyplývá, že i v roce 1961 byla incidence tbc v armádě ve srovnatelné věkové skupině vyšší než celostátní údaj, v průběhu následujících 15 let se snížila jak v celkové populaci, tak i v ČSLA přibližně o dvě třetiny.

V roce 1961 jsme požádali organizačně-metodické oddělení Výzkumného ústavu tbc a respiračních nemocí v Praze, aby nám vypočetlo pravděpodobný vývoj nemoci aktivní tuberkulózou u vojáků v základní službě

i z povolání až do roku 1980. Z výpočtu statistika vyplynulo, že incidence tbc v ČSLA se měla v tomto období snížit ze 119 na 17 na 100 tisíc, tj. přibližně o 86 %. Tento předpoklad se nesplnil, pokles počtu nově zjišťovaných aktivních tbc se zpomalil, neboť v roce 1976 činila incidence 42,7 a byla tedy proti původnímu předpokladu 23 na 100 tisíc téměř dvojnásobná. Přitom se zároveň ukázalo, že od roku 1969 je incidence aktivní tbc v ČSLA trvale vyšší než předpokládaná.

Tab. 3

Vývoj nemoci aktivní tuberkulózou (incidence a recidivy) u vojáků v základní službě i z povolání v roce 1961 až 1980 na 100 tisíc vojáků

	Předpoklad	Skutečnost		Předpoklad	Skutečnost
1961	119,0	119,0	1969	49,2	49,4
1962	107,2	108,4	1970	46,0	52,1
1963	96,2	110,3	1971	42,3	49,2
1964	87,1	73,6	1972	38,3	51,2
1965	78,2	86,2	1973	34,1	48,4
1966	70,3	63,7	1974	31,2	47,4
1967	63,2	71,2	1975	26,9	45,8
1968	56,2	46,7	1976	23,5	42,7

Pokud jde o způsob zjištění tuberkulózy, vyplývá z tabulky 4, že přes intenzivní snímkovací akce u vojsk, které zahrnují ročně kolem 150 tisíc osnímkovaných vojáků, objevujeme v posledních 5 letech téměř polovinu všech dosud neznámých aktivních tbc u I. ročníku a přibližně 40 % u II. ročníku až na podkladě subjektivních potíží, tedy z epidemiologického hlediska příliš pozdě. U těchto jedinců tak zůstává nezachyceno období akutního vzniku nemoci, kdy voják s nepoznanou aktivní tuberkulózou představuje značné riziko tbc infekce pro zdravé okolí.

Tab. 4

Způsob zjištění tbc

	I. ročník			II. ročník		
	Radiofotografie	Potíže	Jinak	Radiofotografie	Potíže	Jinak
1972	45,4	48,4	6,2	41,4	53,7	4,9
1973	50,0	44,7	5,3	57,8	36,8	5,4
1974	41,8	55,8	2,4	45,8	45,8	8,4
1975	60,4	33,5	6,2	46,3	29,2	24,5
1976	25,0	52,7	22,3	41,9	32,3	25,8
	46,9	45,6	7,5	48,6	39,3	12,1

Tab. 5
Způsob zjištění tbc v populaci ČSSR v 1976

Radiofotografie	45 %
Potíže	53 %
Jinak	2 %

Z tabulky 5 vyplývá, že obdobná situace v tomto ohledu je i v celé ostatní populaci ČSSR.

Určit jednoznačně příčinu této nepříznivé distribuce nově zjišťovaných případů tbc je obtížné. Pro poměry v ČSLA však nelze vyloučit, že tento stav, kdy zjišťujeme stále vyšší počet pokročilých a bacilárních tuberkulóz až na podkladě subjektivních potíží a nikoliv na podkladě hromadných snímkovacích akcí by bylo možno vysvětlit tím, že v posledních letech bylo zrušeno snímkování vojsk po roce služby.

Druhou nepříznivou zkušeností je to, že zvláště v posledních 2 letech vzrostl také počet těch zjišťovaných tuberkulóz, které jsou objevovány více méně náhodně, a to jinak než radiofotograficky nebo na podkladě subjektivních potíží. Jde o asymptomaticky probíhající aktivní a někdy velmi rozsáhlé bacilární tuberkulózy, které jsou u vojáků objevovány při ambulantním nebo ústavním přeshetření pro jiné základní onemocnění či podezření na ně a podobně. Při posuzování závažnosti tbc onemocnění jsou dnes respektována především dvě kritéria:

1. vylučování mykobakterií tuberkulózy,
2. přítomnost kaverny.

Zatímco vylučování mykobakterií, a to zvláště jejich mikroskopický průkaz, je významným epidemiologickým faktorem, představují kavernózní formy tuberkulózy rizikový faktor především z hlediska možné recidivy onemocnění.

Z tabulky 6 vyplývá, že počet bacilárních forem tuberkulózy je v posledních 5 letech stá-

Tab. 6
Bacilární a kavernózní tbc z počtu nově zjištěných onemocnění v ČSLA

	I. ročník		II. ročník	
	BK pozitivní v %	Kaverny v %	BK pozitivní v %	Kaverny v %
1972	51,4	33,3	38,9	33,4
1973	37,2	34,2	33,3	30,6
1974	35,0	37,5	44,4	38,0
1975	35,4	29,1	26,8	24,4
1976	30,6	20,5	32,3	41,9
	33,0	28,5	37,7	33,7

le vysoký a činí u vojáků v základní službě více než 30 % u všech nově zjišťovaných aktivních tbc. Obdobná situace je i u rozpadových forem této nemoci, kdy se podíl kavernózních forem rovněž pohybuje kolem 30 %.

Tab. 7
BK pozitivní tbc v populaci ČSSR v r. 1976

	Počet hlášených tbc	BK v %	BK na 100 tisíc
ČSSR	6924	52,9	24,6
ČSR	4152	51,3	21,0
SSR	2772	55,3	32,0

Tab. 8
Kavernózní tbc v populaci ČSSR v r. 1976
Počet hlášených tbc s kavernou

ČSSR	30,8 %
ČSR	26,9 %
SSR	37,6 %

Diskuse

Při zjišťování nových případů aktivní tuberkulózy v ČSLA musíme respektovat především dvě hlediska:

1. zda jde u nemocného jedince o onemocnění z civilního života, nebo
2. zda tuberkulóza prokazatelně vznikla až během vojenské služby

Při preventivních rtg vyšetřeních u osob před nástupem vojenské základní služby se setkáváme s chronicky se opakujícími nedostatky. Intervaly mezi rtg vyšetřeními při odvodu a vlastním nástupem jsou příliš dlouhé, a nejsou řídké případy, kdy časový odstup je delší než jeden rok, takže po tak dlouhém časovém intervalu ztrácí výsledek vyšetření svůj význam. Přitom nelze vyloučit, že u některých jedinců dojde během této doby ke vzniku tuberkulózy, která pak nepoznána pronikne do armády.

Nezřídka se také stává, že jedinci s přítomným tbc onemocněním jsou z hlediska schopnosti k vojenské službě posuzováni příliš benevolentně a jejich předčasné uschopnění má později během vojenské služby, a to zvláště po nezvyklé zátěži v počátečním období, za následek aktivaci plicního procesu.

Dnes se na tuberkulózu všeobecně málo myslí a tato zkušenost platí i pro podmínky v ČSLA. Mladí lékaři tuto nemoc z vlastní zkušenosti už neznají, ale přitom často podceňují její význam. Malá pozornost je ze strany hlavních lékařů věnována příznakům, které jsou často nesprávně interpretovány, přestože by měly vzbudit podezření na možnou přítomnost tbc onemocnění.

Udává se, že v posledních 20 letech zůstává u tuberkulózy s příznaky interval mezi jejich objevením a bakteriologickým ověřením prakticky nezměněn. To ale také znamená, že se u bacilárních forem nezkrátila epidemiologicky důležitá perioda, kdy je riziko infekce od tohoto nepoznaného zdroje pro okolí největší.

Někteří hlavní lékaři také podceňují význam snímkovacích akcí u vojsk, neboť jenom tak si lze vysvětlit, že odesílají vojáky s podezřením na tbc nebo jiné závažné onemocnění plic velmi líknavě a často až po několika urgencech.

Velký nebezpečím pro zdravý kolektiv vojáků jsou asymptomaticky probíhající a epidemiologicky závažné tuberkulózy, které bývají někdy objeveny u vojáků až při výstupním vyšetření před odchodem z vojenské služby. Přitom nelze ani vyloučit tu možnost, že bezpříznaková tbc vznikne během vojenské služby a není během jejího dvouletého trvání vůbec zachycena.

Procento těchto bezpříznakových tbc se podle literárních údajů pohybuje mezi 10 až 40 %, ale naše zkušenosti svědčí o tom, že u vojáků v základní službě budou tyto údaje mnohem vyšší.

Současnou tbc situaci ve světě i u nás je třeba posuzovat se střízlivým optimismem. Z evropských zemí je v tomto ohledu nejpríznivější situace v Holandsku, ale i tady se předpokládá, že eradikace tuberkulózy bude dosaženo v této zemi až v roce 2100. Pro ostatní evropské země pak platí, že tuberkulóza se v nich stane koncem tohoto století řídkým onemocněním. Ve statistice mortality hraje už dnes tuberkulóza podřadnou roli. To potvrzuje i ta skutečnost, že v ČSSR odpovídá mortalita na tbc frekvenci přibližně 5 na 100 tisíc obyvatel.

Dosavadních úspěchů v boji proti tuberkulóze se dosáhlo především zásluhou antituber-

kulotické léčby, jež je charakterizována těmito parametry:

1. antituberkulotika rychle redukuje počet mykobakterií
2. tato rychlá debacilizace podstatně zkracuje dobu nakažlivosti pacientů
3. moderní léčba vede k vyhojení tbc
4. redukuje počet relapsů
5. radikálně snižuje mortalitu

O úspěchu racionální léčby svědčí i ta skutečnost, že zatímco v roce 1950 byly podle odhadu SZO plicní léčebny v evropských zemích obsazeny z 98 % tbc nemocnými, činil jejich podíl v roce 1975 už necelých 25 %.

Přestože v současné době dovedeme vyléčit takřka každou tuberkulózu, nedovedeme dosud zabránit vzniku nových tbc infekcí a tím ani manifestním případům onemocnění. Bylo by proto chybou propadat neoprávněné euforii a problém tbc podceňovat, neboť není vyloučeno, že i v oblasti tuberkulózy by mohlo nastat nové krizové období.

Závěr

Tuberkulózní situace v podmínkách ČSLA je paralelním obrazem situace v celé populaci ČSSR. Od roku 1960 je v armádě zaznamenán prudký pokles incidence tohoto onemocnění, ten se však v posledních letech zpomalil a od roku 1969 je incidence tbc v ČSLA vyšší než odpovídá předpokládanému statistickému trendu.

Tuberkulóza sice ztratila svůj charakter hromadného onemocnění, ale občasné mikroepidemie této nemoci svědčí o tom, že tuberkulóza ještě není v podmínkách armády pod zcela účinnou kontrolou a nepřestává být ani při užití moderní a účinné antituberkulotické léčby lékařským problémem. Současná tbc situace v ČSLA také zatím nenavědčuje tomu, že by se v nejbližších letech podařilo tuto nemoc v armádě zcela eradikovat.