

362.11(356.33):616-002.771

REVMATICKÁ HOREČKA VE VOJENSKÉ NEMOCNICI V PLZNI V DESETELETÉM OBDOBÍ (1966—1975)

Pplk. MUDr. Václav JANKOVÝCH, plk. MUDr. Rad. MATOUŠEK, MUDr. Ladislav ŠPIŠÁK
Vnitřní oddělení vojenské nemocnice v Plzni
(náčelník: plk. MUDr. Radoslav Matoušek)

V posledních letech došlo u lékařské veřejnosti k poklesu zájmu o problematiku revmatické horečky (RH). Řada autorů prokázala zřetelné snížení incidence tohoto onemocnění (2, 3, 7, 11, 12) i změnu klinického obrazu RH (1, 3, 9, 10, 11). RH probíhá dnes často atypicky, subklinicky, a nemusí být proto vždy správně rozpoznána.

Ve vojenském zdravotnictví byla RH zejména v padesátých letech velmi častým onemocněním (4) a je jí věnována zvýšená pozornost i dnes. Zajímalo nás, jak často se i za dnešních podmínek ve vojenských kolektivech vyskytuje typická forma RH a současně, jak jsou v praxi dodržovány směrnice pro profylaxi RH. Rozhodli jsme se proto vyhodnotit chorobopisy našich nemocných s akutní atakou RH v letech 1966—75 a pomocí anketního šetření získat podklady k posouzení stavu dispenzární péče u této skupiny nemocných.

Materiál a metodika

Do souboru jsme zařadili 168 nemocných. 98 % z nich jsou mladí muži ve věku 18—23 let. U každého jsme měli k dispozici chorobopis s podrobnou propouštěcí zprávou. Zevrubně jsme vyhodnocovali údaje z anamnézy, objektivního nálezu, laboratorních a pomocných vyšetření, údaje o léčbě a průběhu onemocnění. Všem nemocným jsme zaslali dotazník k vy-

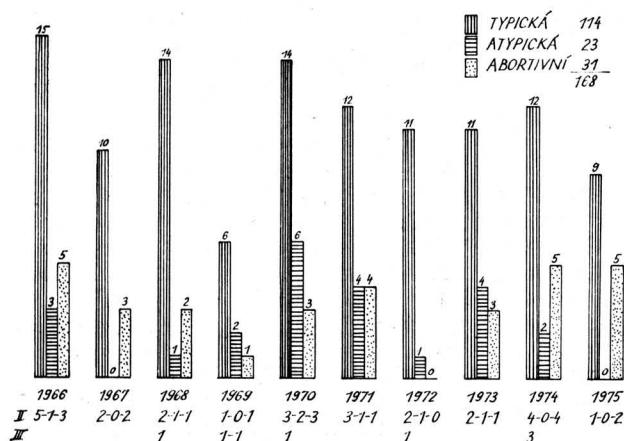
hodnocení dispenzarizace po propuštění z ústavního ošetřování a z činné vojenské služby. Vyzvali jsme je, aby se při vyplňování dotazníku obrátili na svého ošetřujícího lékaře a současně jej požádali o zhodnocení nálezu na srdci — zda svědčí pro chlopenní vadu či nikoliv.

K potvrzení diagnózy RH jsme použili modifikovaných Jonesových kritérií. Tam, kde jsme našli alespoň 1 „velký“ znak těchto kritérií a byly splněny i ostatní podmínky, označili jsme onemocnění za typickou formu RH. Nemocné s monoartritidou — i přesto, že udávali artralgie jiných kloubů — jsme řadili mezi atypické formy RH (5) a u třetí skupiny nemocných, kde v klinickém nálezu byly jen „malé“ a „ostatní“ znaky, použili jsme označení „abortivní forma“ RH. U atypických a abortivních forem, pokud vznikly diagnostické pochybnosti, použili jsme kritérií doporučených Köllem (8, 10).

Výsledky a rozprava

Absolutní hodnoty počtu nemocných v jednotlivých letech jsou uvedeny v grafu č. 1. Typická RH je vyznačena svislým šrafováním, těchto nemocných bylo 114 — tj. 68 % souboru. V horizontálně šrafovaném sloupci jsou atypické formy (13 % souboru) a ve třetím sloupci — abortivní formy (18 %). Ve spodní části grafu jsou údaje o početním zastoupení

Graf 1



II. ataky (50krát) a v poslední řádce 8 nemocných s III. atakou. Pozoruhodné je, že během 10 let nedošlo k podstatnějšímu poklesu počtu nemocných v jednotlivých skupinách, ani ke snížení počtu recidiv. Poměrně vysoký počet recidiv je právě u atypických a abortivních forem onemocnění.

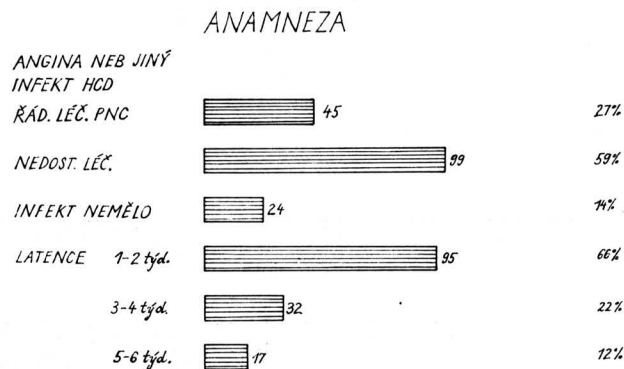
V poměru k celkovému počtu hospitalizovaných nemocných na vnitřním oddělení v uvedených letech činí RH 1 % — což významně nepřevyšuje výskyt RH v celostátním měřítku.

Tabulka č. 1 uvádí diagnostická kritéria podle Kölleho. Jejich význam vidíme především v tom, že dovolují myslet na RH i u nemoc-

ných bez „velkých“ znaků Jonesových kritérií. Kölle používá označení — „specifické“, „semi-specifické“ a „nespecifické“ znaky RH. Diagnóza RH je velmi pravděpodobná, jsou-li přítomny dva semispecifické a dva nespecifické znaky. Průkaz beta hemolytického streptokoka bakteriologicky či sérologicky (ASLO) je však vždy nutný.

Streptokoková infekce horních cest dýchacích předcházela vzniku onemocnění u 86 % nemocných v souboru, z toho však u 60 % nebyla vůbec, nebo jen nedostatečně léčena PNC. Doba latence — [druhá inkubační doba] — byla u 2/3 nemocných 1–2 týdny. Polyarthritida se v našem souboru vyskytla ve 46 %, monoarthritida u 23 % nemocných.

Graf 2

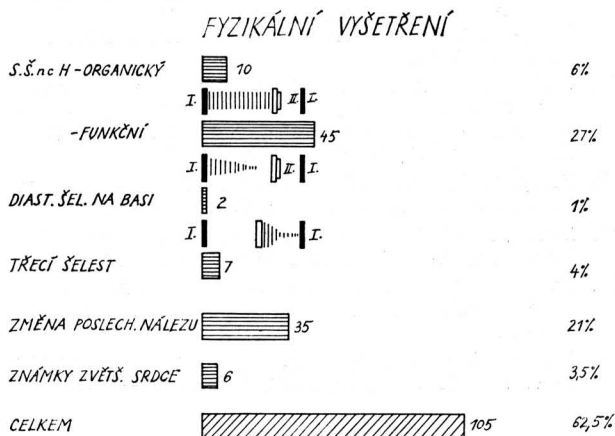


Tab. 1

DG. KRITÉRIA RH (KÖLLE)		
HLAVNÍ SPECIFICKÁ	VEDLEJŠÍ I. ŘÁDU = SEMISPECIFICKÁ	II. ŘÁDU = NESPECIFICKÁ
1. JISTÁ KARDITIS ENDOKARDITIS MYOKARDITIS PERIKARDITIS 2. POLYARTHRITIS 3. CHOREA MINOR 4. ERYTHEMA ANULARE	1. PODEZŘENÍ NA KARDITIS a) PRODL. PQ EV. OS. I. OZVY b) TF > 80/min VE SPÁNKU c) PRODL. QT d) ZVĚŠENÍ SRDCE e) PRAEKORDIAL. BOLEST f) HYPODYNAMIE 2. PRCHAVÉ ARTHRALGIE 3. PODKOŽNÍ UZLY 4. RH V ANAMNÉZE	1. HOREČKA 2. ↑ SE 3. CRP (+) 4. PATHOL. ELFB 5. ↑ CPK, LDH, GOT, Cu 6. ANEMIE ↑ Le 7. ↑ MUKOPROTEINY
PRŮKAZ β HEMOL. STREPTOK. BAKTERIOLOGICKY ČI SEROLOGICKY (ASLO) DG. JISTÁ: 2 HLAVNÍ KRITÉRIA, NEBO 1 HLAVNÍ A 2 VEDLEJŠÍ I. ŘÁDU DG. PRAVDĚPODOB. 2 VEDLEJŠÍ KRITÉRIA I. ŘÁDU A 2 VEDLEJŠÍ KRITÉRIA II. ŘÁDU		

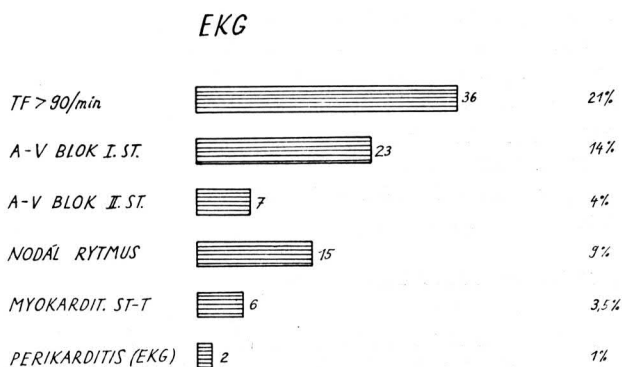
Systolický šelest na hrotě organického rázu jsme našli u 6 % souboru, funkční systolický šelest u 27 %. Diastolický šelest na bázi toliko u 2 nemocných a perikarditický třetí šelest u 4 % nemocných. Ke změně poslechového nálezu na srdci došlo za hospitalizace u 21 % pacientů. Fyzikální či rentgenologické známky zvětšení srdce byly zjištěny jen u 3,5 % souboru.

Graf 3



Graf č. 4 ukazuje změny EKG křivky. Sinusovou tachykardii mělo 21 % nemocných, A-V blok I. stupně 14 %, II. stupně — 4 %, junkční rytmus byl u 9 %. Jen 3,5 % nemocných mělo myokarditické změny ST-T a EKG obraz perikarditidy byl zjištěn jen v 1 %.

Graf 4



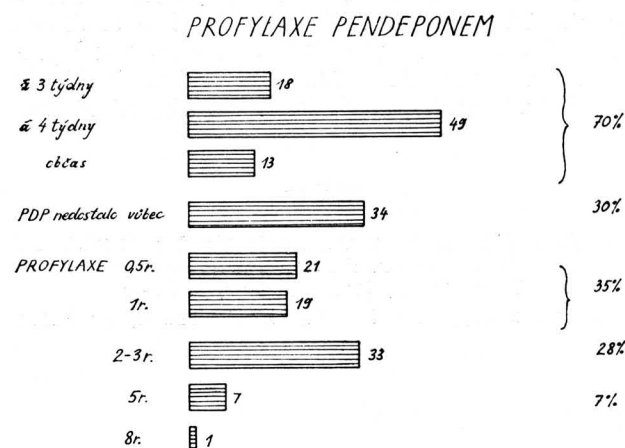
Karditidu se současnou polyartritidou jsme našli v 19 %, karditidu s monoartritidou v 8 % a karditidu bez současného zánětlivého postižení kloubů v 10 %. Polyarthritis bez karditidy byla ve 28 %. Nižší celkové procento karditid (40 %) si proti údajům jiných autorů (3) vysvětlujeme jen použitím přísnějších kritérií. Skutečnost, že není jednoty v klinické diagnostice karditidy, je z literatury dostatečně známa (1, 5, 10).

Choreu a ani podkožní uzly jsme nezaznamenali. Erythema marginatum s ne zcela přesvědčivým popisem bylo přítomno u 3 nemocných.

25 % nemocných mělo horečku nad 38 st., u 50 % teplota nepřekročila 38 st. C a u zbývajících 1/4 nemocných údaj o horečce chyběl. Polovina nemocných měla sedimentaci erytrocytů (SE) vyšší než 50/hod., 1/4 vyšší než 100/hod. U pacientů s karditidou byla SE ve 30 % vyšší než 100/hod. a jen u 2 nižší než 30/hod.

Další graf (č. 5) se již týká souboru 115 nemocných, kteří vrátili dotazník s údaji o dispenzarizaci. Směrnice pro profylaxi RH platí u nás od r. 1958. Zatímco v pediatrické praxi

Graf 5



nejdou téměř žádné problémy s dodržováním těchto směrnic a dosahované výsledky lze hodnotit jako velmi dobré (6, 7), u nemocných dospělého věku nebývá vždy význam těchto směrnic plně doceňován (6, 7). V terapii se nerespektují jednotné zásady, není zejména dodržován dostatečně dlouhý klidový režim u akutní ataky, není správně prováděna profylaxe Pendeponem, podniky nerespektují požadavky na přiměřené pracovní zařazení rekonvalescentů. V tomto smyslu vyzněla i diskuse k problematice profylaxe recidiv RH na pracovní schůzi revmatologické společnosti v prosinci 1976 v Praze. V našem souboru — 30 % nemocných nedostávalo po propuštění z činné vojenské služby vůbec Pendepon, u 35 % byla profylaxe Pendeponem ukončena během 1. roku po atace, necelých 30 % docházelo na Pendepon 2—3 roky a jen 7 % po dobu 5 let.

Průměrná doba neschopnosti po propuštění z hospitalizace byla necelé dva měsíce. Více než 1/3 nemocných nastupovala do zaměstnání prakticky ihned po propuštění z ústavního léčení, nebyla v dispenzární péči, nedostávala Pendepon.

K recidivě RH došlo u 13 nemocných, z toho jen 3 pacienti byli před touto recidivou dispenzarizováni a dostávali Pendepon. 1 nemocný zemřel.

Z uvedených 115 nemocných má celkem 17 — tj. 15 % tohoto souboru zjištěnou chlopenní vadu srdeční. 10 těchto nemocných nebylo řádně dispenzarizováno, nedostávalo Pendepon.

Souhrn

Autoři vyhodnotili klinická data, laboratorní nálezy a průběh onemocnění u souboru 168 nemocných s akutní atakou revmatické horečky. Typický klinický obraz akutní ataky s nejméně 1 „velkým“ znakem Jonesových kritérií našli v 68 %. Atypických forem RH bylo 13 %. Dalších 18 % nemocných uvedeného souboru řadí mezi abortivní formy RH. U atypických a abortivních forem onemocnění použili k potvrzení diagnózy RH kritérií podle Kölleho.

Ve druhé části sdělení uvádí výsledky anketního šetření o dispenzarizaci těchto nemocných. Odpovědělo 115 z uvedeného souboru. U celé 1/3 nebyla prováděna pendeponová profylaxe vůbec a další 1/3 nemocných dostávala Pendepon jen v prvním roce po akutní atace.

Literatura

1. Anschütz, F.: Über der Nachweis der Karditis bei dem akuten rheumatischen Fieber und bei Rezidiven. Wiss. Zschr., Jena, 16, 1967, s. 29—36.
2. Bošmanský, K. - Hajzok, O. - Urbánek, T.: Reální reumatismaci v dlhodobom pozorovaní, Prakt. Lék., 57, 1977, s. 48—51.
3. Cee, Č. - Hricková, M.: Revmatická horečka v nemocniční praxi [1958—1967], Prakt. Lék., 50, 1970, č. 6., s. 214—216.
4. Hauer, J.: Revmatická horečka ve vojenském zdravotnictví. Praha. Naše vojsko 1961.
5. Keitel, W.: Differentialdiagnostik der Gelenkerkrankungen. Jena, VEB Gustav Fischer Verlag 1976.
6. Jakubcová, I. - Michalko, J.: Niektoré aktuálne problémy detského reumatizmu. Přednáška na Revmatologickém dni v Praze 10. 12. 1976.
7. Kopecká, B. - Šrámek, J.: Výskyt revmatické horečky u dětské populace středočeského kraje v letech 1962—76. Přednáška na Revmatologickém dni v Praze 10. 12. 1976.
8. Kölle, G.: Diagnostische Schwierigkeiten des rheumatischen Fiebers im Kindesalter unter spezieller Berücksichtigung der dgg. zum Morbus Still. Wiss. Zschr., Jena, 16, 1967, s. 41—43.
9. Perry, C. B.: The natural history of acute rheumat. Ann. rheum. Dis, 28, 1969, č. 5, s. 471—476.
10. Seidel, K. - Müller, S.: Diagnostik des rheumatischen Fiebers. Z. inn. Med., 31, 1976, č. 16, s. 653—660.
11. Schattenkirchner, M.: Der chronische Streptokokkenrheumatismus. Therapiewoche, 19, č. 6, 1969, s. 238—239.
12. Sievers, J. - Hall, P.: Incidence of acute rheumatic fever Brit. Heart J., 33, 1972, č. 6, s. 833—837.