

355.212.2(047.3):616.1/.4-079:355.253.1

ZKUŠENOSTI S POSUDKOVOU PROBLEMATIKOU U BRANCŮ Z HLEDISKA INTERNISTY

Plk. doc. MUDr. J. KVĚTENSKÝ, CSc., MUDr. L. VLČEK,
MUDr. M. DZAMKO, MUDr. A. LACKO

Interní oddělení vojenské nemocnice SNP v Ružomberku
(náčelník: plk. doc. MUDr. J. Květenský, CSc.)

Posoudit schopnost brance vykonávat vojenskou službu je závažnou činností. Lékaři, kteří takovou činnost vykonávají musí rozhodnout, zda zdravotní stav posuzovaného dovoluje absolvovat náročné požadavky vojenského výcviku, ale dávají svým posudkem formální podklady pro to, aby z eventuálního nesprávného posouzení mohl nemocný uplatňovat určité nároky, které by mohly vyplynout z dalšího poškození či zhoršení jeho narušeného zdravotního stavu během vojenské služby.

Každý odborný kolektiv, který posudkové závěry pro potřeby naší armády provádí, má před sebou dva hlavní cíle: 1. na jedné straně zajistit trvalé doplňování armády zdravými jedinci, kteří mohou plnit náročné úkoly, 2. vyloučit z této činnosti ty, u kterých bylo zjištěno poškození jejich zdravotního stavu různého charakteru. Tato činnost je velmi zodpovědná, někdy velice obtížná. Zvláště u hraničních nálezů může i odborný lékař stát někdy před problémem, jaký posudek vydat. Jde totiž o to, že na

základě posudku o zdravotním stavu brance se stanovuje zdravotní klasifikace, která je podkladem pro odvodní rozhodnutí o povinnosti občana splnit vojenskou službu a pro jeho zařazení k určitému druhu vojska.

V poslední době se nároky na posudkovou činnost značně zvýšily. Bylo konstatováno, že dochází k některým diskrepancím mezi odbornými nálezy, které byly pro účely ČSLA prováděny v odborných zařízeních civilního zdravotnictví, a mezi závěry vojenských nemocnic. Všeobecně se dá říci, že nálezy civilních odborných pracovišť obsahují více patologických závěrů, mnoho branců je uznáváno za nemocné, což má za následek trvalý nárůst jedinců, kteří jsou pak klasifikováni jako neschopni vykonávat vojenskou službu. To bylo zřejmě jedním z podnětů pro rozhodnutí ministra národní obrany, který vydal příkaz k novému odbornému přezkoušení ve vojenských nemocnicích všech branců, kterým byla přiznána klasifikace neschopen vojenské služby a trvale neschopen vojenské služby. Bylo také zabezpečeno přezkoumání zdravotního stavu i u některých dalších jedinců, u kterých se lišila opakovaně prováděná odborná vyšetření ve svých závěrech.

nici se tento počet snížil na 235. Mohli jsme tedy potvrdit klasifikaci neschopen vojenské služby jen u 48,35 % vyšetřených (viz tab. 2). To jsou závažné výsledky. Více jak polovina původně neschopných byla uznána schopnými vojenské služby, ovšem s různými stupni zdravotní klasifikace.

Zajímalo nás, se kterými chorobnými stavy branci do nemocnice na posouzení nejčastěji přicházejí. V tabulce 3 je přehled o chorobných stavech, které jsme u branců posuzovali. Kardiovaskulárních diagnóz bylo daleko nejvíce: 238, tj. 48,9 %. S podezřením na choroby zažívacího ústrojí jsme vyšetřili 87 osob, tj. 17,86 %, z oblasti nefrologie 80, tj. 16,42 % a hepatologie 33, tj. 6,78 %. Diagnózy dalších chorobných stavů jsou uvedeny v tabulce.

V tabulce 4 uvádíme přehled o jednotlivých diagnózách, které jsme srovnali podle výskytu.

Nejčastějším izolovaným chorobným stavem vůbec je vředová choroba dvanáctníku (tabulka 5). S touto diagnózou přišlo do nemocnice 80 branců, tj. 16,40 %. U 97 % z nich byla stanovena před příchodem do nemocnice klasifikace „D“ nebo „Dv“. Po podrobném vyšetření v naší nemocnici (rtg kontrastní vyšetření

CELKOVĚ VYŠETŘENO 513 BRANCŮ (ROKY 1979–1981)

27 ZE SESTAVY VYLOUČENO

486 HODNOCENO

V ROCE 1979 HOSPITALIZOVÁNO	= 44;	AMBULANTNĚ = 40;	CELKOVĚ = 84
V ROCE 1980 HOSPITALIZOVÁNO	= 253;	AMBULANTNĚ = 57;	CELKOVĚ = 310
V 1.–6. MĚSÍCI 1981 HOSPITALIZOVÁNO	= 82;	AMBULANTNĚ = 10;	CELKOVĚ = 92
	379	107	486

HOSPITALIZOVÁNO 379 = 77,98 %

AMBULANTNĚ VYŠETŘENO 107 = 22,02 %

Tabulka 1

Vnitřní oddělení posuzují více než 40 % celého kontingentu branců, kteří přicházejí do vojenských nemocnic.

Celkově jsme na interním oddělení vojenské nemocnice SNP v Ružomberku vyšetřili v roce 1979, 1980 a za první půlrok 1981 513 branců. Z toho 27 nebereme do naší sestavy, protože jejich dřívější dokumentace nebyla úplná a také posudkové závěry před příchodem do nemocnice nebyly úplné. Jak vyplývá z tabulky 1, vyšetřili jsme celkově 486 branců. Většina z nich byla ve věku 18–21 let. Z celkového počtu bylo nutno 379 jedinců (tj. 77,98 %) přimout k hospitalizaci a u 107 (22,02 %) jsme mohli posudkové závěry stanovit na základě kompletního ambulantního vyšetření.

Diagnózu, se kterou byli branci posláni do nemocnice, jsme potvrdili u 301 osob (61,93 %), jinou diagnózu jsme stanovili u 185 vyšetřených (38,05 %). Celkový počet nositelů klasifikace neschopen — „D“ nebo trvale neschopen — „Dv“ byl před příchodem do nemocnice 478, tedy 98,35 %. Po vyšetření v naší nemoc-

DIAGNÓZA NÁMI POTVRZENA U 301 OSOB = 61,93 %

ROZDÍLNÉ DG. ZÁVĚRY U 185 OSOB = 38,07 %

Dv + D STANOVENÁ JINDE = 478 = 98,35 %

Dv + D U NÁS = 235 = 48,35 %

JINÉ KLASIFIKAČNÍ ZÁVĚRY

PŘED PŘÍCHODEM DO NEMOCNICE U 9 = 1,65 %

JINÉ KLASIFIKAČNÍ ZÁVĚRY U NÁS U 251 = 51,64 %

i s dvojitým kontrastem, fibroskopické vyšetření s cílenou biopsií, vyšetření žaludeční sekrece atd.) jsme diagnózu potvrdili jen u 32 branců. Shoda v konečných posudkových závěrech byla jen u 41 % vyšetřených. Podle našich předpisů uznáváme za neschopné vojenské služby jen ty osoby, u kterých jsou přítomné klinické nebo morfológické příznaky aktivity vředové choroby, nebo významné morfológické

Tabulka 2

Tabulka 3

KARDIOVASKULÁRNÍ CHOROBY	238 - 48,9 %
GASTROINTESTINÁLNÍ ONEMOCNĚNÍ	87 - 17,86 %
CHOROBY LEDVIN	80 - 16,42 %
CHOROBY JATER A ŽLUČNÍKU	33 - 6,78 %
PORUCHY METABOLISMU	16 - 3,28 %
PNEUMOLOGIE	14 - 2,87 %
REVMATOLOGIE	11 - 2,24 %
CHOROBY KRVÉ	5 - 1,02 %
ENDOKRINOPATIE	2 - 0,4 %

změny chronického charakteru. Jak je na tabulce vidět, ostatní onemocnění trávicího ústrojí tvořila jen malou část.

Z celého komplexu všech vyšetřených bylo 238 odesláno do nemocnice s různými diagnózami poruch kardiovaskulárního ústrojí. Z tabulky 6 je patrné, že nejčastěji se vyskytovaly v této skupině diagnózy chorobných stavů, které jsou charakterizovány výskytem systolického šelestu v prekordiu (tab. 7). Podezření na insuficienci mitrálních chlopní bylo vysloveno u 46 osob, defekt septa předsíní byl diagnostikován u 36 osob, další diagnózy jsou uvedeny v tabulce. Diskrepance našich závěrů se závěry jiných pracovišť z civilního sektoru byla v této skupině největší. Ze 135 jedinců, kteří byli posláni do nemocnice s některou z uvedených diagnóz, jsme mohli i my tyto diagnózy potvrdit jen u 52 osob.

Diskrepance v diagnostikovaných závěrech se vyskytly u 75 nemocných (55,5 %). Na diagnóze nedomykavosti dvojčipé chlopně jsme se shodli jen u 19 % nemocných.

Konečná diagnóza je v praxi většinou stanovována jen na základě poslechového nálezu a sice z přítomnosti systolického šelestu. Při diagnóze jde tedy o správnou diferenciaci a interpretaci systolických prekordiálních šelestů. Je třeba konstatovat, že posuzování těchto šelestů nebývá vždy jednoduché. Není však možné stanovit tak závažné diagnózy jen na základě jednoho poslechového vyšetření.

Stanovení klasifikace „D“ a „Dv“ u srdečních nálezu spouští pro nemocného řadu nepříjemností z hlediska nutnosti opakovaných vyšetření, ale může znamenat i závažnou jatrogenizaci nemocného. Chceme proto upozornit na důležitost fyzikálního vyšetření srdce zkušeným lékařem, který umí posoudit charakter šelestu.

Pro přesnou diferenciaci šelestů používáme řadu vyšetření. U všech branců, které jsme posuzovali, jsme podrobně hodnotili anamnézu, porovnávali poslechový nálezu s výsledky komplexního polygrafického vyšetření. Za samozřejmost považujeme podrobnou diferenciaci EKG křivky a speciální kardiologické rentgenologické vyšetření. U těch pacientů, kde jsme nemohli těmito způsoby stanovit diagnózu, jsme nechali provést echokardiografické vyšetření a eventuálně i katetrizační vyšetření. Diagnostické

Tabulka 4

VŘEDOVÁ CHOROBA DVANÁCTNÍKU	80 - 16,46 %
INSUFICIENCE MITRÁLNÍ CHLOPNĚ	46 - 9,46 %
DEFEKT SEPTA PŘEDSÍNÍ	36 - 7,40 %
AORTÁLNÍ STENÓZA (CHLOPNÍ + SUBVALV.)	35 - 7,20 %
CHRON. GLOMERULONEFRITIDA	30 - 6,17 %
CHRON. PYELONEFRITIDA	25 - 5,14 %
STAV PO RH S POSTIŽENÍM SRDCE	22 - 4,52 %
KOMBINOVANÁ AORTOMITRÁLNÍ VADA	21 - 4,32 %
DEFEKT SEPTA KOMOR	18 - 3,70 %
CHRONICKÁ HEPATITIDA	17 - 3,49 %
PROTEINURIE	16 - 3,29 %
STAV PO INF. H-E S NÁSLEDKY	15 - 3,09 %
HYPERTONICKÁ CHOROBA	13 - 2,67 %
ÚPLAVICE CUKROVÁ	11 - 2,26 %
VROZENÉ SRDEČNÍ VADY	11 - 2,26 %
CHRONICKÝ KATAR PRŮDUŠEK	9 - 1,85 %
NEUROCIRKULAČNÍ ASTÉNIE	7 - 1,44 %
ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDEČNÍ	6 - 1,23 %
KARDIOMYOPATIE	6 - 1,23 %
KREVNÍ CHOROBY	5 - 1,02 %
PRŮDUŠKOVÉ ASTMA	5 - 1,02 %
STENÓZA MITR. CHLOPNÍ	5 - 1,02 %
CHRON. PROGRESIVNÍ POLYARTRITIDA	5 - 1,02 %
BECHTĚREVOVA CHOROBA	4 - 0,82 %
RENÁLNÍ GLYKOSURIE	4 - 0,82 %
OBEZITA	4 - 0,82 %
W - P - W SY.	3 - 0,60 %
NEFROPATIE	3 - 0,60 %
VŘEDOVÁ CHOROBA ŽALUDKU	3 - 0,60 %
ARTRALGIE	2 - 0,40 %
INSUFICIENCE AORTÁLNÍCH CHLOPNÍ	2 - 0,40 %
DYSPEPTICKÝ SYNDROM	2 - 0,40 %
CHRON. MYOKARDITIDA	2 - 0,40 %
MOČOVÉ KAMENY	2 - 0,40 %
ENDOKRINOPATIE	2 - 0,40 %
STENÓZA ART. PULMONALIS	1 - 0,20 %
CHOLELITIÁZA	1 - 0,20 %
JINÉ	3 - 0,60 %

ký závěr jsme někdy odkládali až po opakovaných vyšetřeních s časovým odstupem nejméně půl roku.

Uvádí se, že diagnózu nedomykavosti dvojčipé chlopně lze stanovit již na základě posle-

Tabulka 5

DIAGNÓZA	POČET	DIAGNÓZA POTVRZENA		„D“ POČET	„D“ POTVRZENA	
		POČET	%		POČET	%
VŘEDOVÁ CHOROBA DVANÁCTNÍKU	80	69	86,25	78	32	41,02
VŘEDOVÁ CHOROBA ŽALUDKU	3	2	66,66	3	1	33,33
DISPEPTICKÝ SYNDROM	2	2	100,00	2	—	—
ULCERÓZNÍ KOLITIDA	1	—	—	1	—	—
CHRONICKÁ PANKREATITIDA	1	—	—	1	—	—
	87	73	84,30	85	33	38,82

Tabulka 6

DIAGNÓZA	ABSO- LUTNÍ POČET	DIAGNÓZA POTVRZENA		„D“ OÚNZ	„D“ VN	
		POČET	%		POČET	%
INSUFICIENCE MITR. CHLOPNĚ	46	4	8,69	46	9	19,56
DEFEKT SEPTA PŘEDSÍŇÍ	36	20	55,55	34	20	58,00
AORTÁLNÍ STENÓZA	35	20	57,14	35	23	65,71
STAV PO RH. S POSTIŽ. SRDCE	22	13	59,00	22	8	36,00
KOMBINOVANÁ AO – MITR. VADA	21	13	61,90	21	13	61,90
DEFEKT SEPTA KOMOR	18	10	55,55	18	10	55,55
HYPERTONICKÁ CHOROBA	13	8	61,53	13	4	30,76
VROZENÉ SRDEČNÍ VADY	11	11	100,00	11	11	100,00
NEUROCIRKULAČNÍ ASTÉNIE	7	4	57,14	4	1	25,00
KARDIOMYOPATIE	6	3	50,00	6	3	50,00
ICHS	6	1	16,66	6	1	16,66
STENÓZA MITR. CHLOPNĚ	5	4	80,00	5	4	80,00
SRDEČNÍ ARYTMIE	4	4	100,00	4	4	100,00
W – P – W SY.	3	3	100,00	3	1	33,33
AORTÁLNÍ INSUFICIENCE	2	2	100,00	2	2	100,00
CHRONICKÁ MYOKARDITIDA	2	2	100,00	2	2	100,00
STENÓZA ART. PULMONALIS	1	1	100,00	1	1	100,00
	238	119	50,00	233	113	48,49

Tabulka 7

DIAGNÓZA	POČET	DIAGNÓZA POTVRŽENA		„D“ POČET	„D“ POTVRŽENA	
		POČET	%		POČET	%
AORTÁLNÍ STENÓZA	35	20	57,14	35	23	65,71
INSUFICIENCE MITR. CHLOPNÍ	46	4	8,69	46	9	19,56
DEFEKT SEPTA SÍNÍ	36	20	55,55	34	20	58,00
DEFEKT SEPTA KOMOR	18	10	55,55	18	10	55,55
STENÓZA ARTÉRIE PULMONÁLNÍ	1	1	100,00	1	1	100,00
	136	55	40,44	134	62	46,26

Tabulka 8

DIAGNÓZA	POČET	DIAGNÓZA POTVRŽENA		„D“ POČET	„D“ POTVRŽENA	
		POČET	%		POČET	%
CHRONICKÁ GLOMERULONEFRITIDA	30	17	56,60	30	17	56,60
PROTEINURIE	16	10	62,50	16	6	37,50
RENÁLNÍ GLYKOSURIE	4	2	50,00	4	—	—
INTERSTICIÁLNÍ NEFRITIS	25	19	76,00	25	16	64,00
ZÁVAŽNÉ NEFROPATIE	3	3	100,00	3	3	100,00
NEFROLITIÁZA	2	2	100,00	2	—	—
	80	53	66,26	80	42	52,50

STAV PO INF. H-E S NÁSLEDKY	15	12	80,00	15	8	53,33
CHRONICKÁ HEPATITIDA	17	10	58,82	17	8	47,05
CHOLELITIÁZA	1	1	100,00	1	1	100,00

chového vyšetření. Někteří autoři, kteří se touto problematikou zabývali, uvádějí, že přítomnost mitrální insuficience se jako samostatné onemocnění u mladých jedinců nevyskytuje. Mimo stavů jako je myxom, prolaps mitrální chlopně atd. se organické poškození dvojčípé chlopně vyvíjí pomalu. Heidel ve své monografii udává, že u mladých lidí do 20 roků není čas, aby se organické poškození dvojčípé chlopně ve smyslu insuficience mohlo vyvinout [2]. Domníváme se tedy, že při diagnostice chlopních srdečních vad u branců musíme být s našimi závěry velmi opatrní.

Na třetím místě co do četnosti výskytu jsme zaznamenali diagnózy nefrologické (tabulka

8). Z nich nejčastějším problémem je izolovaná proteinurie a diagnostika pyelonefritid. Nález proteinurie bývá u mladých jedinců častý. Abychom mohli stanovit přesnou diagnózu je nutné vždy zajistit komplexní biochemické vyšetření, urografii, cílenou renovázografií a eventuálně i renální biopsii. Jestliže nenajdeme při těchto vyšetřeních žádný patologický nález, jsme se závěry opatrní. V běžné rutině stanovujeme klasifikaci neschopen vojenské služby v takových případech jen tehdy, jestliže v deseti vzorcích moče odebíraných ráno 10 dní za sebou najdeme nejméně 5krát bílkovinu, přičemž alespoň 1krát je odpad bílkoviny močí větší než 0,1 gramu. Diagnózu intersticiální ne-

fritidy stanovujeme podle běžných kritérií. U nemocných s klinicky vyhojenými formami bez poruchy funkce a při dobrém celkovém stavu po 3 letech od prodělaného onemocnění stanovujeme klasifikaci schopen vojenské služby různého stupně.

U onemocnění jater a žlučových cest (tabulka 8) se při diagnostice opíráme o výsledky biochemické, o závěry histologické, o nález pozitivy HBsAg a o závěry izotopického vyšetření. Chceme upozornit, že překonání infekční hepatitidy není důvodem ke stanovení paušální trvalé neschopnosti k vojenské službě. Jestliže po 2 letech od překonání choroby nebudeme závažné poruchy funkce jater, je posuzovaný schopen vojenské služby.

Měli jsme dosti diabetiků (tabulka 9). Juvenilní diabetici nejsou schopni vykonávat základní vojenskou službu. Chtěli bychom však upozornit, že nález glykosurie sám o sobě není důvodem ke stanovení neschopnosti k výkonu vojenské služby.

jsou při odvodech posuzování dosti benevolentně (tabulka 9). Je samozřejmé, že mladý jedinec, který denně vykouří 20—30 cigaret, bude mít příznaky kataru průdušek. To však není důvodem, aby nemohl absolvovat vojenský výcvik. Rovněž různé artralgie bez odezvy biochemické či morfologické nejsou důvodem ke změně zdravotní klasifikace.

U branců s diagnózami hematologickými a s diagnózou endokrinopatie se naše závěry 100% shodují.

Závěrem bychom chtěli zdůraznit, že armáda nemá žádný zájem na tom, aby nutila k absolvování vojenské služby jedince, který je nemocen. Naším cílem je naprosto objektivní posouzení zdravotního stavu jedince, který má nastoupit do vojenské základní služby. Chceme však zdůraznit, že osvobozením od povinnosti splnit základní povinnost každého občana může mít závažné důsledky pro celou naši společnost. U jedince samého může dojít k jatrogenizaci, mladý člověk ztrácí pocit jistoty, proto-

Tabulka 9

DIAGNÓZA	POČET	DIAGNÓZA POTVRZENÁ		„D“ POČET	„DD“ POTVRZENÁ	
		POČET	%		POČET	%
OBEZITA	4	4	100,00	4	—	0
ÚPLAVICE CUKROVÁ	11	10	90,90	11	10	90,90
DNA	1	1		1	—	—
CHRONICKÝ KATAR PRŮDUŠEK	9	5	55,55	9	5	55,55
ASTHMA BRONCHIALE	5	3	60,00	5	3	60,00
ARTRALGIE	2	1	50,00	1	—	0
BECHTĚREVOVA CHOROBA	4	4	100,00	4	4	100,00
CHRON. PROGRESIVNÍ POLYARTRITIDA	5	2	40,00	5	2	40

Přítomnost exogenní otylosti není důvodem ke stanovení posudkových závěrů „neschopen vojenské služby“. Jen otlí značného stupně (podle Brocova indexu více jak 30 %) se sníženou výkonností organismu nejsou schopni vykonávat vojenskou službu. Domníváme se, že u středně a málo otlých může naopak vojenský výcvik a celý režim vojenského života přispět k normalizaci jejich tělesné hmotnosti. Při našich sledováních jsme zjistili, že téměř 50 % branců má tělesnou hmotnost větší než + 10 % Brocova indexu.

Zdá se nám, že branci, kteří přicházejí s diagnózami pneumologickými a revmatologickými,

že se musí opakovaně podrobovat zdravotním prohlídkám a nástup na vojenskou službu v pozdějším věku mu může komplikovat i jeho postavení v zaměstnání a v rodině. V této souvislosti zdůrazňujeme zvlášť opatrný postup při posuzování branců vysokoškoláků. Student je během pobytu na vysoké škole posuzován podle sloupce 1 předpisu Zdrav-2-1. Jestliže je u posuzovaného přítomen některý chorobný stav, může být klasifikován jako „neschopen vojenské služby“. Nezúčastňuje se výcviku na vojenské katedře vysoké školy. Jakmile však úspěšně skončí vysokoškolské studium, je posuzován podle sloupce 2, tedy přísněji, a je ve

většině případů uznán schopným vojenské služby. To má pak za následek skutečnost, že místo jednoho roku vojenské služby jako absolvent, musí vykonávat dvouletou základní službu, většinou jako řadový voják. To může mít někdy dosti vážné důsledky.

Nechceme tvrdit, že naše diagnostické závěry jsou vždy naprosto správné a spolehlivé a že není možné, abychom se dopustili nějakého omylu. Snažíme se však využít při stanovení diagnózy i zdravotní klasifikace všech dostupných metod a založit naše závěry na objektivních podkladech. Nemůžeme zatím posoudit, kolik se u odvodů udělá chyb v diagnostických závěrech, kdy při běžném rutinním vyšetření unikají některé chorobné stavy. Víme, že i to se stává, jak ukazují nálezy některých chorobných stavů u vojáků základní služby po nástupu do vojenské služby. Tady je pak úkolem zdravotnické služby v armádě co nejdříve tyto osoby zachytit a správně je posoudit s příslušnými návrhy opatření.

Naším sdělením jsme chtěli ukázat na některé zkušenosti a problémy při provádění posudkové služby u branců s tím, že je třeba na tuto problematiku upozorňovat lékaře vojenské, ale i naše kolegy v civilním zdravotnictví. Jen přísné, přesné a spravedlivé posuzování branců,

kteří jsou vyšetřováni pro podezření na choroby interního charakteru, zajišťuje cíle, které jsou stanoveny pro tento úsek naší činnosti.

Souhrn

Zdravotnická posudková problematika u mladých jedinců je složitá. Zvláště u branců se někdy setkáváme v civilním zdravotnictví s mírnějšími kritérii hodnocení zdravotního stavu

jedinců, kteří mají nastoupit k výkonu vojenské základní služby. V práci jsou srovnávány výsledky vyšetření u těch mladých mužů, kterým byla v civilním zdravotnictví stanovena před odvodem klasifikace „neschopen vojenské služby“ s výsledky vyšetření ve vojenské nemocnici. Ve skupině 486 hodnocených byl shodný posudkový závěr „neschopen vojenské služby“ stanoven jen ve 48,36 %. Posudky o schopnosti či neschopnosti k výkonu vojenské základní služby je třeba provádět přesně a přísně objektivně.

Literatura

1. Hamr, V.: Postavení posudkového lékařství v systému ochrany zdraví u nás. *Prakt. Lék.*, 56, 1976, č. 14 s. 521—523.
2. Heidel, W.: Wert und Grenzen ambulanter Diagnostik bei Herzfehlerkranken. Jena, VEB G. Fischer Verlag 1976, 212 s.
3. Hrbáč, I. - Novotný, L. - Tupý, R.: Zdravotní stav branců. *Prakt. Lék.*, 56, 1976, č. 19, s. 697—700.
4. Makovický, E. a i.: Sociálne lékařstvo a organizácia zdravotníctva. Martin, Osveta 1978, 479 s.
5. Malý, K. - Borovička, J. - Flach, A.: Hypertenze u branců a vojáků základní služby. *Prakt. Lék.*, 56, 1976, č. 19, s. 708—710.
6. Navrátil, J.: Čestný úkol našich lékařů — pečlivý přístup k posudkové problematice u mladých lidí. *Prakt. Lék.*, 56, 1976, č. 19, s. 701.
7. Polomis, V. - Klíma, J. - Michálková, D. - Mottlová, R.: Vředová choroba dvanáctníku u vojáků základní služby. *Prakt. Lék.*, 56, 1976, č. 19, s. 705—707.
8. Tupý, R. - Jelínek, V. - Miko, P.: Základní právní normy při posuzování schopnosti k vojenské službě. *Voj. zdrav. Listy*, 50, 1981, č. 4, s. 160—163.
9. Tupý, R.: Posudková problematika branců a odvedenců a jejich zařazování na funkce. *Voj. zdrav. Listy*, 50, 1981, č. 4, s. 164—166.

Klíčová slova: Posudková činnost u branců; Výsledky interních vyšetření.