616.329/.33-039.41-07

ČASTĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ HORNÍ ČÁSTI ZAŽÍVACÍHO TRAKTU U VOJÁKŮ

Souhrnný referát

ČÁST I.: Výskyt a diagnostika

Pplk. MUDr. Jan MOŠŤÁK, CSc., pplk. Boleslav PROKEŠ, CSc.,
pplk. MUDr. Ivan HOŠEK, mjr. MUDr. Boris PÍCHA
Interní oddělení vojenské nemocnice v Brně
(náčelník: pplk. MUDr. Jan Mošťák, CSc.)
Rentgenologické oddělení vojenské nemocnice v Brně
(náčelník: mjr. MUDr. B. Pícha)

Onemocnění horní části zažívacího traktu jsou jedněmi z nejčastějších nemocí u příslušníků naší armády. Většinou jde o nemoci zdánlivě všední, nedramatické, a proto mnohdy podceňované i lékaři a spolupracovníky. Tyto nemoci však neobtěžují a nezhoršují život jen četným nemocným, ale mají vliv i na výkon vojenské služby. V posledních letech se zlepšily

možnosti diagnostiky těchto onemocnění a změnily se některé názory na jejich léčbu. Je připraveno vydání Směrnic pro jejich dispenzarizaci v podmínkách ČSLA. Cílem našeho sdělení je zveřejnit některé názory a návrhy, ke kterým jsme došli na základě svých zkušeností i literárních údajů. Článek chápeme i jako námět k diskusi, která by měla přinést zlepšení péče o nemocné s těmito chorobami v naší armádě.

Častost výskytu onemocnění horní části zažívacího traktu

V roce 1978 jsme na sjezdu vojenských internistů srovnávali spektrum nemocí na interním oddělení vojenské nemocnice Brno v průběhu 20 let. Rozšíříme-li tehdejší výsledky o rok 1980, docházíme k závěrům uvedeným v tabulce 1. Je z ní zřejmo, že počty hospitalizovaných vojáků v základní službě pro onemocnění horní části zažívacího traktu činí v průměru $^1/_4$ nemocných a počty vojáků z povolání a příslušníků MV hospitalizovaných pro táž onemocnění v průměru $^1/_5$.

V tabulce 2 je uvedeno, jaký podíl jednotlivých chorob horní části zažívacího traktu byl u těchto skupin. Je zřejmé, že v obou skupinách je vředová choroba duodena nejčastějším onemocněním. Refluxní nemoc jícnu a hiátová hernie se v roce 1968 ještě nediagnostikovala. Pokles počtu nemocných s dyspeptickým funkčním žaludečním syndromem se pokusíme vysvětlit v odstavci o diagnostice vředové choroby. Počty nádorů a polypů jsou velmi nízké.

Naše poznatky u mladších jedinců jsou v souhlase s údaji celostátních i celoarmádních statistik i s údaji z dalších států — SSSR 1971 — Safonov, USA — Den-besten 1976, Alžír — Štejfa 1973. Korelují i s pracemi Květenského aj., 1977, Klímy aj., 1980 a staršími pracemi Smrčky aj., 1963 a Horáčka aj., 1958 z podmínek našeho vojenského zdravotnictví.

Všechny tyto poznatky potvrzují vysoký výskyt těchto chorob i důležitost jejich včasné diagnostiky, léčby a posuzování. Tuto problematiku rozvádíme dále u jednotlivých nemocí.

Onemocnění jícnu

Nejčastějším onemocněním jícnu v praxi vojenského lékaře je refluxní nemoc jícnu a hiátová hernie. Ojedinělý gastroesofageální reflux se vyskytuje i u zdravých jedinců bez potíží (Skinner, 1972; Maurer, 1973; Demester, 1976; Fisher, 1978). Častý a masívní gastroesofageální reflux je provázen potížemi.

Axiální hiátová hernie je dosti častým nálezem a ne vždy podmiňuje potíže a může být pokládána za patologický stav. Lze ji však pokládat za predisponující faktor u refluxní nemoci jícnu (Prokeš, 1980).

V práci u 1200 nemocných, kterým bylo na našem rtg oddělení pro zažívací potíže provedeno rtg vyšetření gastroduodena, jsme zjistili (Prokeš, 1980) následující skutečnosti.

Tab. 1

Rok	Ze 100 % hospitalizováno na oddělení pro onemocnění horní části GIT	
	vojáků v základní službě	vojáků z povolání
1968	23,8 %	16,7 %
1978	37,4 %	25,4 %
1980	24,2 %	20,6 %

Tab. 2

Podíl jednotlivých diagnóz

Rok	Vojáci v základní službě				
	v. ch. d.	v. ž.	d. s.	r. n. + + h. h.	polypy, nádory
1968	50,3	4,3	45,4		
1978	67,7	2,6	19,8	9,9	
1980	82,1	2,4	4,6	10,9	
Rok	Vojáci z povolání				
	v. ch. d.	v. ž.	d. s.	r. n. + + h. h.	polypy, nádory
1968	65,2	19,5	14,1		1,2
1978	67,0	13,0	8,0	10,0	2,0
1980	70,8	12,4	6,1	8,9	1,9

v. ch. d. – vředová choroba duodena, v. ž. – vřed žaludeční, d. s. – dysp. syndrom, r. n. – refluxní nemoc jícnu, h. h. – hiátová hernie;

Třetina těchto nemocných měla subjektivní potíže svědčící pro refluxní nemoc jícnu, tzn. v sestupné řadě podle četnosti:

— pyrózu po jídle zvláště sladkém, tučném, čerstvém pečivu, kávě a alkoholu. Toto pálení žáhy nastupovalo hned po jídle a zhoršovalo se vleže, v noci a při zvýšení nitrobřišního tlaku;

— regurgitaci žaludečního obsahu až do horní části jícnu a až do úst;

— palčivou až řezavou bolest ve středním nadbřišku hned po jídle;

— v malém počtu polykací obtíže.

Zároveň měla tato třetina nemocných rtg nález svědčící pro refluxní nemoc jícnu. Pouze 8 % nemocných mělo uvedené potíže bez rtg průkazu gastroesofageálního refluxu a 3,9 % nemocných ze souboru mělo rtg zjištěný gastroesofageální reflux bez uvedených potíží. U 38 procent nemocných, kteří byli mladší 30 let, se prokázala významně vyšší incidence refluxní choroby jícnu než u starších 40 let.

Etiopatogeneze refluxní nemoci jícnu je složitá. Je nutno brát v úvahu rovnováhu antirefluxních mechanismů, lokální obranné schop-

nosti, agresívních faktorů a u hiátové hernie (nalezené u 10 % nemocných, z nichž jen $^1/_{10}$ byla bez potíží svědčících pro refluxní nemoc jícnu) i morfologických změn. Podrobnější údaje o etiopatogenezi nejsou cílem tohoto sdělení, blíže o nich u nás hlavně v pracích Šetkových.

U nemocných s uvedenými potížemi se velmi dobrou a přístupnou diagnostickou metodou ukázalo rtg vyšetření gastroduodenálního refluxu při vyšetření vleže s pitím vody. Tato metoda se může stát součástí každého rtg vyšetření žaludku. Srovnáním subjektivních stesků a této metody jsme zjistili, že byla jen ve 4 % falešně pozitivní a v 8 % případů falešně negativní.

Výsledky rtg vyšetření provedeného uvedenou metodou korelovaly s endoskopickým vyšetřením jícnu a žaludku v 90,4 % případů.

Můžeme tedy říci, že u našeho souboru nemocných jsme se v diagnostice refluxní nemoci jícnu opírali o tři poznatky:

— subjektivní příznaky pálení žáhy, tlakové až křečovité bolesti hned po jídle, regurgitaci stravy,
— výsledek rtg vyšetření,
— výsledek endoskopického vyšetření, případně bioptického, jehož histologické hodnocení je však obtížné (Šetka, 1974) až nemožné (Ott aj., 1979).

Údaje anamnézy zjistitelné již při prvním vyšetření by měly být signálem k provedení popsaného rtg vyšetření, eventuálně endoskopie. Manometrie přináší mnohdy rozporné výsledky (Bennett, 1973) stejně jako kyselý perfúzní test podle Bernsteina (Fisher, 1978). Dobré výsledky jsou udávány u kontinuálního sledování pH, stanovení očistné schopnosti jícnu (Ort, Šetka, 1976), gastroesofageální scintigrafie (Fischer, 1978) — tyto metody však nejsou běžně dostupné.

U uvedeného souboru nemocných nebyl potvrzen vyšší výskyt refluxní nemoci jícnu u vředové choroby žaludku ani duodena.

Vředová choroba žaludku, duodena a funkční žaludeční dyspeptický syndrom

Jak je zřejmo z úvodních tabulek, vředová choroba duodena je nejčastějším onemocněním našich hospitalizovaných.

Pro toto sdělení jsou z etiopatogeneze vředové choroby žaludku, duodena a funkčního žaludečního dyspeptického syndromu závažné tyto skutečnosti:

— všechna tato postižení jsou polyetiologická (např. Jirásek aj., 1968, 1976; Jirásek, 1981; Gibinski, 1981; Walker, 1973; Kapitaněnko, 1974);

— je nutno brát v úvahu: vlivy genetické, reflektorické, komplexní, působící na sekreci žaludeční jak mechanismem vagovým, tak enterálním i humorálním, rezistenci sliznice (hlenová sekrece, prokrvení, alkalická sekrece), humorální antrální a duodenální tlumivé mechanismy, vliv stresu a jiných chorob, typu osobnosti, civilizačních faktorů. Dále predilekčních míst vzniku vředu v místech křížení svalových snopců (Oi, 1968).

Zdá se, že u vředové choroby žaludku jde hlavně o poruchu faktorů obranných (Walker, 1973; Jirásek, 1981), zatímco u vředové choroby duodena o převahu faktorů agresívních. Mechanismus vzniku poškození obou těchto částí zažívacího traktu je poněkud odlišný, stejně jako průběh a tedy i léčba. Je nutno zdůraznit, že v současné době jsou vředy v prepylorické oblasti považovány za formu vředové choroby duodena — Bogoch, 1973; Fučík, 1973; Jablonská, 1967; Mařatka, 1968; Kapitaněnko, 1974; Weiner, 1968; Jirásek, 1981 a další.

Rovněž musíme (přes zatím rozporné mínění některých autorů) považovat za formu vředové choroby duodena akutní bulbitidu, jak u nás potvrdily práce Kotrlíka aj. (1974, 1980) a práce skupiny Klíma, Antoš, Polomis (1980, 1981) z vojenského prostředí.

V otázce funkčních poruch žaludku a duodena stále platí definice Mařatkova z r. 1968, že jde o klinickou jednotku, která se projevuje tlakovými až bolestivými pocity v nadbřišku a někdy dyspeptickými potížemi bez zjištění organické příčiny. Držíme se i dělení na syndrom dráždivého žaludku s potížemi podobnými vředové chorobě a chabého žaludku s potížemi tlakovými v nadbřišku, pocitem plnosti, nechutenství (Mařatka, 1968). Pseudoulcerózní syndrom s potížemi odpovídajícími vředové chorobě je podle našich zkušeností spíše podmíněn vředovou chorobou duodena zejména pylorické oblasti, rtg nezjištěnou, nebo akutní bulbitidou (Mošťák, 1980; Kotrlík, 1980).

Shodně všichni autoři (Gregory, 1972; Horrocks, 1975; Khosla, 1978; Odsson, 1977) stejně jako Mařatka zdůrazňují nutnost vyloučení organické choroby.

Etiologie funkčních změn žaludku je hledána hlavně na vlivech exogenních (Selye, 1966; Mařatka, 1968, 1979; Kade, 1976).

Psychosomatické pojetí vzniku tohoto postižení není v rozporu s kortikoviscerálním pojetím Pavlova a Bykova a podle Vojtěchovského a Horáčkové (1962) i Baštěckého a Boleloucckého (1976) jde o multidimenzární přístup k nemoci, zahrnující aspekty genetické, neurofyziologické, patofyziologické, psychiatrické, sociální a další. Tyto názory se uplatňují i u vředové choroby duodena. Je snad zbytečné zdůrazňovat, že používat pro tyto funkční syndromy pojem gastritida je obsolentní. To, že potíže nekorelují s histologickým nálezem gastritidy dokázali u nás Hradský, Fixa a Herout zcela přesvědčivě již v r. 1964 v souladu s četnými autory dalšími.

Již vzhledem k velmi podobné etiopatogenezi vředové choroby a funkčních poruch je jejich odlišení mnohdy těžké. Je však nutné jak z hlediska léčby, tak posuzování.

Zdánlivě již při anamnéze je možné dospět k velmi pravděpodobné diagnóze. Skutečností však je, že zejména u mladých jedinců jsou po-

tíže i u těžších organických postižení necharakteristické a není vzácností vznik komplikace u němého průběhu nemoci. Vzrůstá počet perforací gastroduodenálních vředů (Rödling, 1981) a sami jsme měli možnost dva takové případy — perforace z plného pocitu zdraví — v posledních letech vidět.

Důležitou se jeví rodinná zátěž, prokázaná v mnoha pracích autorů našich i zahraničních jako významná predispozice pro vznik zejména vředové choroby duodena zvláště u mladých jedinců, např. Jirásek a Gregor, 1971; Veselý, 1969; z vojenského prostředí Brázda a Mošťák, 1966; Moučka aj., 1978; Polomis aj., 1976.

Při rodinné predispozici je tedy nutno pomýšlet na vředovou chorobu duodena, přičemž podezření může posílit krevní skupina 0 Rh +.

Anamnéza je ulehčena u chronických vředových chorob duodena: zcela v souladu s Mařatkou, 1968; Jiráskem, 1971; Kotrlíkem, 1980; Walkerem, 1973 a prakticky všemi autory, kteří se zajímají o tuto problematiku, lze říci slovy Walkerovými: „jednou zjištěná vředová choroba duodena je při typických obtížích vždy exacerbací této choroby". Byla-li v minulosti jednoznačně prokázána vředová choroba duodena a nemocný má bolesti v nadbřišku hlavně půl hodiny a déle po jídle, tišené jídlem, noční bolesti, pálení žáhy, nevolnost, zvracení nebo některou kombinaci z těchto příznaků, jde o exacerbaci. V souladu s uvedenými a dalšími autory nepovažujeme provádění dalších vyšetření za nutné pro léčbu, jestliže příznaky nás nenutí pomýšlet na chirurgické léčení. Pro účely vojenskoposudkové však u vojáků základní služby považujeme za nutné, uplynulo-li od posledního rtg nebo endoskopického vyšetření rok a více, provést jedno z těchto vyšetření. U vojáků z povolání, nedošlo-li ke změně charakteru potíží, které by ukazovaly na stenózu (zvracení), penetraci (krutější bolesti s propagací) a perforaci, nepovažujeme další vyšetřování za nutné a léčíme jako náraz vředové choroby duodena. I když jsou snahy kvantifikovat potíže — v neposlední době například Jindrák, 1981 — nepokládáme to v případě exacerbace potíží za nutné. Zcela jiná je situace u opakování potíží vředu žaludečního. Vzhledem k možnosti malignity ve shodě s pracemi Gregora a dalších považujeme za nutné vždy podrobně při objevení se potíží vyšetřit za použití všech dostupných metod.

Složitější je výskyt prvních potíží nebo potíže opakované u nemocných, u nichž předchozím vyšetřením nebylo organické postižení gastroduodena nalezeno.

Naše zkušenosti vycházející z necílené anamnézy (Mošťák, 1980) potvrzují, že izolované údaje necílené osobní anamnézy nejsou pro stanovení diferenciální diagnózy, zejména mezi vředovou chorobou duodena a funkčním žaludečním dyspeptickým syndromem, rozhodující. Vřed žaludeční byl méně častý, uvedené však platí i o této chorobě. Toto zjištění platí hlavně u mladých jedinců s prvními projevy onemocnění a souhlasně s námi je sdílí např. Charvát aj., 1978; Kodlová s Holíkem, 1972; Milotina, 1974; Mölmann, 1975; Šafraň, 1973; Wells, 1962 a částečně Jirásek, 1980, u vojáků naše předchozí práce, dále Lakiza, 1958; Pípla, 1958; Polomis aj., 1976.

Přes tato zjištění jsme přesvědčeni, že cílená, přesně odebraná anamnéza může přispět k tomu, aby podle Demlinga (1964) „pomocí plánovitě odebrané anamnézy se zdokonalila diagnostika tak, aby se s fyzikálním a technickým vyšetřením začalo tehdy, kdy příčina choroby je pravděpodobně známa". Potvrzují to přesvědčivě práce skupiny Horrocksové (1975, 1976) s odebíráním cílené anamnézy pomocí specializovaného dotazníku, vyhodnocovaného počítačem. O podobnou kvantifikaci potíží se nyní snažíme. O možnostech využít anamnézu i v případech prvních potíží svědčí i to, že sloučili-li jsme nejtypičtější příznaky do skupin, mohli jsme potvrdit, že „typické příznaky" mělo více nemocných, u nichž byla zjištěna vředová choroba duodena.

Za typické příznaky u této skupiny i u exacerbací vředové choroby v souhlase s Mařatkou (1968), Horrocksovou (1975, 1976) a dalšími pokládáme: závislost bolesti na jídle, charakter, sílu a progresi bolesti, její propagaci, zlepšující a zhoršující faktory, noční bolesti (jimž přikládají velkou váhu Gregor s Jiráskem, 1976, 1978, 1980) a dyspeptické potíže (pálení žáhy, nevolnost, zvracení).

Méně pomáhá v diferenciální diagnostice vředu žaludečního, vředové choroby duodena a funkčních potíží psychologické vyšetření, přestože, jak jsme již uvedli, první práce ružomberské skupiny (Květenský a Mudroň, 1971, 1972) i naše (Živná aj., 1971, 1972) i práce Bolelouckého aj. (1972) a Gregora aj. (1978) potvrdily, že existuje převaha určitých typů osobnosti u skupiny nemocných s vředovou chorobou duodena. Naše další zkušenosti z praxe v souladu s pozdější shodnou zkušeností Mudroně aj. (1979) svědčí o tom, že spíše než v diferenciální diagnostice pomáhá psychologické vyšetření k správné komplexní léčbě postižení.

Při hodnocení somatického nálezu jsme (Mošťák, 1980) ve shodě se všemi modernějšími pracemi došli k závěru, že stav výživy nemocných jak vředovou chorobou duodena, tak funkčním syndromem je většinou dobrý a neliší se u obou onemocnění. Nemohli jsme rovněž potvrdit to, že pro vředovou chorobu duodena by byl signifikantní palpační nález bolestivosti pravého a středního nadbřišku a v duodenálním bodě, ceněný většinou autorů.

Z vyšetření technických připadají v podmínkách vojenské praxe v úvahu tři základní vyšetření, a to:

— vyšetření rtg,
— endoskopie žaludku a duodena,
— vyšetření sekrece žaludeční.

Po počátečním přeceňování nové metody se ustálil názor, že rtg vyšetření gastroduodena a endoskopie přístroji s vláknitou optikou (prvá

endoskopie duodena Hirschowitzem v r. 1958) nejsou vyšetřeními konkurujícími, ale navzájem se doplňujícími. Pomineme-li řadu starších prací o srovnání těchto metod, můžeme citovat např. Benýška (1980), Bencúra aj. (1981), Paolaggiho (1981), Preobraženského aj. (1980), Ronského aj. (1980), kteří docházejí ke stejnému názoru. Zejména s rozvojem nových rtg metod (dvojí kontrast atd.) se snížil rozdíl mezi záchytností vředu mezi rtg a endoskopií. Dokumentujeme to tabulkou 3, která ukazuje výsledky našich vyšetření u mladých jedinců před komplexním vyšetřováním a tabulkou 4, která ukazuje výsledky při úzké spolupráci gastroenterologa a rentgenologa, vzájemné konzultaci jednotlivých nemocných, použití metody dvojího kontrastu, častějšího indikování endoskopie při podezření rentgenologa. Snížení nesouhlasných výsledků odpovídá pracím Laufera (1975, 1976), Meada (1977), Paolaggiho (1981) a dalších, z našich pak Pirka aj. (1978) a dalších. Za indikaci k provedení endoskopie v podmínkách vojenského zdravotnictví pokládáme v souladu s řadou autorů (hlavně opakovaně shrnuto v pracích Šetky aj., 1977, 1980) stavy uvedené v tabulce 5.

Shodně se Šetkou (1977, 1980) a dalšími považujeme za zbytečnou endoskopii u jasného rtg nálezu. Domníváme se, že až na případy akutního krvácení, kontroly hojení a exacerbace vředové choroby duodena — kdy z posudkových důvodů potřebujeme objektivní nález a k zábraně zbytečného vystavování radiaci provádíme endoskopii, má být rtg vyšetření prvotním vyšetřením.

Ne zcela jednoznačnou je otázka vyšetření sekrece žaludeční. Jestliže by mělo jít o vyšetření přesné a zároveň s malou pravděpodobností vedlejších reakcí, je nutno vyšetřovat sekreci žaludeční po maximální stimulaci Pentagastrinem. Všichni autoři shodně udávají statisticky vyšší hodnoty sekrece HCl u vředové choroby duodena, ale s velkými individuálními rozdíly — např. Jablonská (1973, 1974, 1977, 1980) a další. Aniž bychom zacházeli na možné patogenetické souvislosti s ostatními hormony zažívacího traktu (zde odkazujeme na souborný referát Klimešův ve Vnitřním lékař-

Tab. 3

Endoskopie a rtg u mladých 1. 1. 1976—1. 8. 1978

Celkem vyšetř.		Souhlas rtg + end.		Rtg podezření				Dg. pouze endo.		Rozš. dg. endo.		Dg. pouze rtg	
				potvrzeno		nepotvrzeno							
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
149	100,0	92	61,7	10	6,7	6	4,0	29	19,5	6	4,0	6	4,0

Tab. 4

Endoskopie a rtg u mladých 1. 1. 1979—1. 9. 1980

Celkem vyšetř.		Souhlas rtg + end.		Rtg podezření				Dg. pouze endo.		Rozš. dg. endo.		Dg. pouze rtg	
				potvrzeno		nepotvrzeno							
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
71	100,0	40	56,3	7	9,9	9	12,7	5	7,0	8	11,2	2	2,9

Tab. 5

1.	Bolesti v horní polovině břicha, klinicky podezřelé z onemocnění horní části zažívacího traktu:
	a) při nejasném rtg nálezu
	b) na podezření vyslovené rentgenologem (na vřed. lézi, malignitu, ev. i akutní bulbitidu)
2.	Krvácení z horní části zažívacího traktu
3.	Nesoulad mezi potížemi a negativním rtg nálezem
4.	Upřesnění stavu před operací
5.	Kontrolu hojení vředu při reziduálních vředech (Gibinski, 1981)

ství, 1980, na práce ukazující změny těchto hormonů při vředové chorobě duodena — Mosin aj., 1981; Moynialle, 1978; Gadžijev aj., 1981), domníváme se, že sekreci je nutno vyšetřovat pouze:

1. u nemocných s vředem žaludečním (při podezření na malignitu);
2. u nemocných s recidivujícími nebo nehojícími se vředy a při podezření na Zollinger-Ellisonův syndrom (Benýšek, 1980);
3. u nemocných, kde je nesoulad anamnézy svědčící pro vřed žaludeční nebo vředovou chorobu duodena a vyšetření rtg a endoskopického;
4. u nemocných při předoperační rozvaze.

Vyšetření sekrece žaludeční přesným, opakovatelným způsobem je rovněž náročné na čas i ekonomicky (při počtech těchto nemoc-

ných v našich zařízeních) a náš názor je v souhlase s názorem Polomise aj. (1976) — nelze vyšetřovat všechny nemocné.

Závěrem této části sdělení se domníváme, že diferenciální diagnostika žaludečního vředu, vředové choroby duodena a funkčního žaludečního dyspeptického syndromu se musí opírat o tyto základní postupy:

1. Cílenou anamnézu s důrazem na rodinnou zátěž a kombinaci příznaků.
2. Rtg vyšetření doplněné podle potřeby endoskopií, v případě vředu žaludečního vyšetřením cytologickým a histologickým.
3. V indikovaných případech vyšetření sekrece žaludeční po Pentagastrinu.

Souhrn

Autoři v práci zaujímají stanovisko k otázkám diagnostiky nejčastějších chorob horní části zažívacího traktu v podmínkách vojenského zdravotnictví.

Zdůrazňují úlohu pečlivého vyšetření za použití metod dostupných v zařízeních vojenské zdravotnické služby a při týmové spolupráci lékařů různých oborů.

Literatura u autorů.

Klíčová slova: Horní část zažívacího traktu; Častá onemocnění; Diagnostika.