

616.12-005.4:355.33:356.33.001.5(083.6)

VÝSLEDKY DLOUHODOBÉHO SLEDOVÁNÍ VOJÁKŮ Z POVOLÁNÍ S ISCHEMICKOU CHOROBOU SRDEČNÍ

Pplk. MUDr. F. MORÁVEK, plk. MUDr. L. KOLOUCH
Poliklinika MNO
Ústřední vojenská nemocnice Praha
(náčelník: plk. MUDr. Luděk Kolouch)

XX. století je charakterizováno novým druhem epidemie — rozšířením ischemické choroby srdeční. Velké hospodářské ztráty spojené s onemocněním ICHS v produktivním věku vedou ke snaze lékařů preventivně zasáhnout před vznikem prvních příznaků ICHS nebo alespoň

zabránit v jejich rozvoji a při recidivě projevů ICHS. Nutnost sekundární prevence ICHS, spojená s řadou intervenčních opatření s cílem zlepšit zdraví, je beze všech pochybností (1, 2, 4, 5, 7, 10, 11).

Na poliklinice MNO se touto otázkou soustavně zabýváme více jak 10 let na poměrně uzavřené sestavě mužů, příslušníků centrálního řídicího orgánu ČSLA. Výsledky a zkušenosti z práce na tomto početném souboru jsou obsahem naší studie (1, 2, 5, 9).

Soubor nemocných a metodika

Sledovaný soubor tvořili vojáci z povolání — muži, kteří v letech 1969 až 1982 onemocněli nebo zemřeli na ICHS. U všech jsme zjišťovali věk v době, kdy onemocněli, vybrané rizikové faktory v rodinné anamnéze (výskyt infarktu, hypertenze, mozkové cévní příhody, cukrovky a otylosti), přidružená onemocnění vlastní (hypertenze, mozkové cévní příhody, ICHDK, cukrovka a otylost). Dále jsme sledovali kouření a hladiny sérového cholesterolu v průběhu dispenzarizace. Průběžně jsme uváděli zdravotní klasifikaci do souladu se současným zdravotním stavem. U všech nemocných jsme zabezpečovali pravidelné interní kontroly, laboratorní, odborná, rtg vyšetření. Nemocné jsme v různém časovém odstupu testovali ergometricky a stanovovali jsme režimovou, dietní, pohybovou, léčebnou i lázeňskou péči (1, 2, 3, 6, 8, 9). Zajímala nás také lokalizace srdečních změn podle

EKG zápisů, výskyt komplikací, recidivy infarktů a konečně i úmrtí a patologicko-anatomický nález, neboť všichni zemřelí byli pitváni (10).

Výsledky

Naše výsledky jsou podstatně zestručněny a graficky vyjádřeny na 7 tabulkách.

Tab. 1. Přehled nemocných s ICHS

V letech 1969 až 1982 bylo na poliklinice MNO sledováno pro ICHS celkem 655 mužů, z nichž v té době zemřelo 49. Prevalence ICHS kolísala mezi 9 až 13 % a v posledním roce se ustálila na 10,5 %. Srdečních infarktů bylo celkem 363, z toho ve skupině R (tj. recidivy dvou a více) 110, ve skupině T (transmurální) 84, ve skupině N (netransmurální) 143 a intermediárních koronárních syndromů IKS bylo 26. Průměrný věk v oddíle infarktů byl 46,5 roku.

Oddíl různých forem ICHS, kde nebyl infarkt zaznamenán, jsme rozdělili podle převažující symptomatologie na anginozní typy (AP) 48, na arytmiické formy 50 a ostatní nebo smíšené formy včetně tzv. laboratorních syndromů, které čítaly 145 osob. Průměrný věk tohoto oddílu byl 47,6 roku.

Průměrný věk celé sestavy byl 47 let v době, kdy byl nemocný vzat do dispenzarizace. U zemřelých byl průměrný věk 48,6 let v době při zahájení dispenzarizace a v době úmrtí činil 51,3 roku. Délka sledování u zemřelých trvala průměrně 2,7 roku.

Tab. 1

*Přehled nemocných s ICHS
(poliklinika MNO 1969—1982)*

	n	%	Prům. věk
IM	363	55,42	46,5

ICHS	243	37,10	47,6
------	-----	-------	------

Zemřelí	49	7,48	48,6
---------	----	------	------

CELKEM	655	100,0	47,0
--------	-----	-------	------

Skupina	n	%	Průměr. věk
R	110	16,80	46,1
T	84	12,82	47,2
N	143	21,83	45,3
IKS	26	3,97	48,2

AP	48	7,33	46,9
Arytm.	50	7,63	47,9
Ostatní	145	22,14	47,9

Tab. 2

Některé údaje o zemřelých
n = 49

RIZIKOVÉ FAKTORY	%
Kuřáctví v anamnéze	69,3
Současné kouření	48,9
Obezita	34,6
Hypertenze	30,6
RA - ICHS	28,5
ICHDK	26,5
RA - Hypertenze	22,4
RA - Cukrovka	16,3
RA - Mozkové příhody	12,2
DM	14,2
CNS	10,2

Asymptomatický průběh s náhlým úmrtím	18	36,7 %
---------------------------------------	----	--------

Pat. anat. lokalizace	n	%
A. coron. sin.	5	10,2
R. circumflexus	9	18,3
R. descend.	17	34,7
A. coron. dx.	14	28,6
A. coron. sin. + dx.	4	8,2

Tab. 3

Srdeční infarkty

	n	%	Průměr. věk	Přidružená onemocnění					Zdravotní klasifikace			
				cukrovka	otlylost	hypertenze	mozkové příhody	ICHDK	A	C ₁	C ₂	D
R	110	30,3	46,1	13	30	32	5	13	1	-	55	54
T	84	23,1	47,2	7	17	23	1	8	2	-	72	10
N	143	39,3	45,3	22	40	43	2	11	3	1	130	9
IKS	26	7,1	48,2	-	7	6	1	1	2	2	20	2
CELKEM	363	100,0	46,7	42	94	104	9	33	8	3	277	75
		%		11,5	25,8	28,6	2,4	9,0	2,2	0,8	76,3	20,6

Tab. 2. Některé údaje o zemřelých

Tato tabulka udává rozbor některých údajů o zemřelých. Jsou tu rozebrány rizikové faktory, z nichž vyplývá, že na čele četnosti je kuřáctví, ať už v anamnéze, či současně. Dále je to vysoký výskyt obezity, hypertenze a rodinná zátěž ICHS. Tedy v podstatě známá fakta o významnosti některých rizikových faktorů.

Asymptomatický průběh s náhlým úmrtím byl zaznamenán u 18 osob (tj. 36,7 % všech zemřelých, u nichž náhlá smrt byla jediným a také posledním příznakem nemoci).

Podle patologicko-anatomické lokalizace změn koronárních tepen, které vedly k úmrtí, je na prvním místě četnosti r. descendes levé koronární tepny, dále pravá koronární tepna, méně r. circumflexus atd.

Tab. 3. Srdeční infarkty

Na této tabulce ukazujeme rozbor oddílu srdečních infarktů, rozdělených podle předchozích kritérií spolu s výskytem vybraných přidružených onemocnění. Zdravotní klasifikace je označena běžnými zkratkami.

Více jak 30 % všech srdečních infarktů tvoří recidivy. Nejčastějšími přidruženými nemocmi je hypertenze, dále otlylost, cukrovka a ICHDK. 20,6 % nemocných bylo po stanovení klasifikace D propuštěno z armády a více jak polovinu z nich tvořili nemocní s recidivujícím infarktem.

Tab. 4. Recidivující srdeční infarkty (n=110)

Na této tabulce provádíme rozbor skupiny přežívajících recidivujících IM s jednou, dvěma

či třemi i více recidivami. Písmena znamenají kombinaci transmuralních (T) a netransmuralních (N) infarktů. 47,2 % tvoří kombinace dvou netransmuralních infarktů. Tři recidivy a více byly u 1,8 % případů.

Tab. 5. Komplikace IM

Na této tabulce jsou uvedeny všechny závažnější zjištěné komplikace přežívajících nemocných po IM. Nejčastějšími jsou poruchy rytmu.

Tab. 4

Recidivující srdeční infarkty
n = 110
1 recidiva

Rozsah	n	%
TT	11	10,0
TN	24	21,8
NN	52	47,2
Celkem	87	79,0

2 recidivy

Rozsah	n	%
TTT	—	—
TTN	4	3,6
TNN	4	3,6
NNN	13	11,8
Celkem	21	19,0

3 recidivy a více

2	1,8 %
---	-------

Komplikace IM

Dekompenzace	6	1,6 %
Aneurysma	10	2,7 %
Bloky	8	2,2 %
Poruchy rytmu	34	9,3 %
Ostatní	2	0,5 %
Celkem	60	16,5 %

Tab. 5

Tab. 6. Různé formy ICHS

Zde ukazujeme výskyt přidružených onemocnění a zdravotní klasifikace u různých forem ICHS, kde nevznikl srdeční infarkt. Přidružená onemocnění jsou označena v tabulce 3. AP značí anginu pectoris, arytmiickou formu ICHS jiná zkratka a „ostatní“ zde zahrnuje jiné či smíšené formy a laboratorní syndrom. V pořadí četnosti přidružených onemocnění výrazně převažuje obezita, hypertenze, cukrovka a ICHDK. U 2,8 % nemocných byla stanovena klasifikace D, u 32,9 % však dosud není úplný soulad mezi zdravotním stavem a klasifikací A.

Tab. 7. Přehled rizikových faktorů u dispenzarizovaných

Tato poslední tabulka předkládá přehled výskytu celkem 12 důležitých rizikových faktorů, a to jednak v rodinné anamnéze, jednak mezi přidruženými onemocněními. Dále sleduje kouření a hladiny sérového cholesterolu v průběhu léčení. Tato skupina představuje soubor 366 mužů, kteří jsou t. č. v dispenzarizaci na poliklinice MNO.

Infarkt prodělalo 193 mužů a bez infarktu je 173 mužů. Průměrný věk je 46,5 roku.

V pořadí četnosti rizikových faktorů vysoce převažuje kuřáctví v obou skupinách. Hypercholesterolemie je na druhém místě u infarktů,

Tab. 6

Různé formy ICHS

	n	%	Průměr. věk	Přidružená onemocnění					Zdravotní klasifikace			
				cukrovka	otýlost	hypertenze	mozkové příhody	ICHDK	A	C ₁	C ₂	D
AP	48	19,7	46,9	5	11	11	1	6	7	—	38	3
Arytm.	50	20,5	47,9	5	19	13	—	1	12	3	33	2
Ostatní	145	59,6	47,9	19	59	46	3	4	61	17	65	2
Celkem	243	100,0	47,5	29	89	70	4	11	80	20	136	7
		%		11,9	36,6	28,8	1,6	4,5	32,9	8,2	55,9	2,8

Tab. 7

Přehled rizikových faktorů u dispenzarizovaných nyní

SKUPINA	n	RA					Přidružená onemocnění					Kouření		Cholesterol	
		cukrovka	otýlost	hypertenze	ICHS	mozkové příhody	cukrovka	otýlost	hypertenze	mozkové příhody	ICHDK	dříve	nyní	norm.	patol.
IM	193	23	6	43	65	25	25	49	61	2	15	134	24	111	82
%		11,9	3,1	22,2	33,6	12,9	12,9	25,3	31,6	1,0	7,7	69,4	12,4	57,5	42,4
ICHS	173	21	9	38	55	27	23	73	65	2	4	94	45	128	49
%		12,1	5,2	21,9	31,7	15,6	13,2	42,1	37,5	1,1	2,3	54,3	26,0	73,9	28,3
IM + ICHS	366	44	15	81	120	52	48	122	126	4	19	228	69	239	131
%		12,0	4,0	22,1	32,7	14,2	13,1	33,3	34,4	1,0	5,1	62,2	18,8	65,3	35,7

dále pak výskyt infarktu v rodině a ihned potom hypertenze jako přidružené onemocnění.

Na dalších místech potom obezita, hypertenze v rodinné anamnéze atd.

Ve skupině ICHS bez infarktů následuje po již výše zmíněném kuřáctví obezita, hypertenze jako přidružené onemocnění, infarkt v rodině, současně kuřáctví, hypertenze v rodině atd.

Diskuse

Z našich poznatků a zkušeností vyplývá, že dispenzarizace nemocných a ICHS má svůj velký význam v prevenci a léčbě tohoto onemocnění. Od roku 1980 je dispenzarizace ICHS upřesněna zvláštními směrnicemi MNO (1, 2, 5, 7, 9, 10, 11).

Hlavním cílem této sekundární prevence je předcházení komplikacím, recidivám infarktů a úmrtím. Částečně lze toho dosáhnout ovlivňováním rizikových faktorů a jejich redukci. Vedeme nemocné proto k radikální úpravě životního stylu, zakazujeme kouření, nabádáme je k racionální výživě s důrazem na antisklerotickou dietu a dietu redukční u otýlých. Soustavně léčíme hypertenzi, cukrovku a doporučujeme postupné, ale systematické zvyšování tělesné aktivity. Neoddělitelně s tím je spjato i hledisko posudkové: náležitá zdravotní klasifikace, správné zařazení na funkci, poskytnutí přiměřených úlev, lázeňská léčba a další (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11). Za mimořádně významnou považujeme tato opatření u nemocných s latentní asymptomatickou ICHS, aktivní vyhledávání takto postižených osob je prognosticky nesmírně cenné a z hlediska sekundární prevence je stavíme na přední místo. O to složitější bývá dispenzarizace těch nemocných, kteří ač bez subjektivních potíží se mají podrobovat našim opatřením. Každoročně se snažíme naše nemocné testovat v laboratoři na ergometru a stanovujeme jim adekvátní fyzickou zátěž. Důležité místo v sekundární prevenci ICHS patří psychologickému pů-

sobení lékaře na nemocného, psychotherapeutickému ovlivnění a trvalému úsilí lékaře motivovat nemocného k plné spolupráci (1, 5, 7, 9).

Závěr

Autoři sledovali v letech 1969 až 1982 celkem 655 nemocných vojáků z povolání, příslušníků MNO s různými formami ICHS. Zkušenosti z tohoto sledování se staly jedním z podkladů pro sestavení směrnic pro dispenzarizaci ICHS v ČSLA.

Doporučují v souhlase s jinými pracovišti systematicky a trvale nemocné a ohrožené ICHS aktivně sledovat a vyhledávat při důrazném ovlivňování všech zjištěných rizikových faktorů.

Nedílnou součástí dispenzarizace je i odpovídající zdravotní klasifikace, správné zařazení podle zdravotního stavu a poskytování nezbytných úlev ve službě.

Souhrn

V letech 1969 až 1982 bylo na poliklinice MNO sledováno celkem 655 nemocných vojáků z povolání, kteří měli různou formu ischemické choroby srdeční.

Prevalence kolísala od 9 do 13 %. Srdečních infarktů bylo celkem 363, z toho recidivujících 110, průměrný věk byl 46,5 roku v době začátku dispenzarizace. U ICHS bez infarktu převažovaly smíšené formy (algické i arytmiické), průměrný věk této skupiny byl 47,6 roku.

Zemřelo celkem 49 osob průměrného věku 51,3 roku, z nichž asymptomatický průběh s náhlým úmrtím mělo 36,7 %.

Autoři také přehledně uvádějí rozbor přidružených onemocnění a zdravotní klasifikaci v jednotlivých skupinách jak srdečních infarktů, tak i ostatních forem ICHS a přehled vybraných rizikových faktorů u všech nemocných s ICHS, kteří jsou v současné době dispenzarizováni.

Článek uzavírají shrnutím všech doporučených opatření sekundární prevence s nutností tyto nemocné dlouhodobě sledovat a ovlivňovat zjištěné rizikové faktory. Zdůrazněna je potřeba správné zdravotní klasifikace a vhodného služebního zařazení.

Zkušenosti z dlouhodobého sledování na poliklinice MNO se staly jedním z podkladů pro sestavení směrnic pro dispenzarizaci ICHS v ČSLA.

Literatura

1. Pavlík, L. - Kmec, I. - Květenký, J.: Výsledky screeningu rizikových faktorů ischemické choroby srdce vojáků z povolání u velkého organizačního celku. Voj. zdrav. Listy, 43, 1974, č. 5, s. 177—179.
2. Pípla, B.: Prevence ischemické choroby srdeční v ČSLA. Voj. zdrav. Listy, 44, 1975, č. 1, s. 25—27.
3. Kučera, M. - Joachimsthaler, I. - Suchan, I. - Jeschke, I. - Chaloupková, E. - Poláčková, I.: Návrh nové metodiky vyšetřování pracovní schopnosti u nemocných po infarktu myokardu. Čas. Lék. čes., 114, 1975, s. 49 až 51.
4. Felcman, R.: Rizikové faktory ischemické choroby srdeční na závodě. Praktický lékař, 55, 1975, č. 9, s. 341—343.
5. Geizerová, H. - Šantrůček, M. - Hejl, Z. - Grafnet, D.: Some Risk Factors of Ischaemic Heart Disease in the Prague Male Population. Cor et vasa, 17, 1975, 2, s. 81—83.
6. Tiefenbach, I.: Prevence ischemické choroby srdeční v praxi. Prakt. lékař, 56, 1976, č. 5, s. 168—171.
7. Reiniš, Z. - Pokorný, I. - Bazika, V. - Tišerová, J. - Horáková, D. - Stuchlíková, E. - Hejda, S. - Reisenauer, R. - Maršíková, D.: Zkušenosti s multifaktoriální prevencí ischemické choroby srdeční u zaměstnanců automobilového průmyslu. Čas. Lék. čes., 116, 1977, č. 5, s. 140—143.
8. Widimský, J. - Stolz, I.: Zátěžový test v klinice oběhových onemocnění. Vnitřní lékařství, 23, 1977, č. 4, s. 361—368.
9. Kolouch, L. - Špírek, A. - Kněžková, B.: Problematika pracovní neschopnosti a posudkové hodnocení vojáků z povolání se srdečním infarktem. Voj. zdrav. Listy, 45, 1976, č. 5, s. 173—177.
10. Gvozdják, I. - Gvozdjaková, A.: Srdcový sval. Martin, Osveta 1980.
11. Kolektiv autorů: Učební texty VLVDÚ JEP. Sv. 130/4. Vnitřní lékařství pro vojenské lékaře. Hradec Králové, VLVDÚ JEP 1976. 1811 s.

Klíčová slova: Ischemická choroba srdeční.