

POSUDKOVÁ PROBLEMATIKA POSTHEPATITICKÝCH STAVŮ

Podplukovnice MUDr. Ema HAVASOVÁ-ALTRICHTEROVÁ, MUDr. František COUFAL,
major MUDr. Karol BERNÁTH,

ambulantní oddělení pro choroby vnitřní Ústřední vojenské nemocnice

Přestože výskyt epidemické žloutenky v našem státě zaznamenal v posledních 3—4 letech značný pokles, což se z části přičítá protiepidemickému úsilí zdravotnické služby v civilu a v armádě, znamenají následné stavy po této chorobě dodnes vážný vojenský posudkový problém. Podle Hoeniga se do souboru posthepatitických stavů počítají potíže trvající 4 měsíce až 15 let po akutním onemocnění.

V r. 1955 až 1957, tj. za 3 roky, bylo na ambulantním oddělení pro choroby vnitřní ÚVN vyšetřeno 146 příslušníků základní služby a branců, u kterých byla stanovena diagnosa posthepatitický syndrom anebo různé stavy po prodělané infekční žloutence. Do tohoto počtu nejsou zahrnuty ty posthepatitické stavy, které byly buď pro závažnost případů anebo pro diagnostické obtíže předány lůžkovému oddělení k hospitalisaci. Kladli jsme si za úkol zpracovat náš materiál jak po stránce anamnestické, tak i z hlediska objektivních klinických a laboratorních nálezů, především však se zaměřením na prognostické zhodnocení zdravotního stavu zjišťovance s ohledem na výkon vojenské služby.

Jasně případy akutního onemocnění epidemické žloutenky nebo případy podezřelé izolujeme na infekčním oddělení, většinou ve zdravotnických zařízeních státní zdravotnické správy. Stavy čerstvé, bezprostředně po akutní fázi doléčujeme ve vojenské zotavovně ve Slapech a pak cestou přezkumu propouštíme dočasně mimo činnou službu. Dočasnou neschopnost k vojenské službě navrhuje proto, že v žádném případě nemůžeme během aktivní vojenské služby zaručit dodržování příslušné životosprávy. Jelikož nemocní vyžadují dlouhodobé šetření jak dietetické, tak fyzické, navrhli jsme dvouletou neschopnost u všech stavů po prokázané akutní hepatitidě. Tento náš návrh byl ÚVLK akceptován a zahrnut v novém předpisu Zdrav-II-1 z r. 1958.

Složitějším problémem zůstávají však stavy po přestálé infekční hepatitidě třeba i několik let před nástupem vojenské základní služby. Voják nastoupí vojenskou základní službu s přetrvávajícími subjektivními obtížemi. Tyto obtíže se během služby obvykle zvětšují, protože nemůže dodržovat příslušnou životosprávu.

V anamnése našich nemocných jsme zjistili prodělanou infekční žloutenku v 90 % případů. V dalších 10 %, tj. ve 14 případech s negativní anamnézou svědčily subjektivní obtíže i objektivní nález pro stav po nepoznané hepatitidě pravděpodobně po její anikterické formě. Infekční žloutenku prodělali naši nemocní v rozmezí od několika měsíců do 5 let před vyšetřením u nás.

Údaje o prodělané hepatitidě epidemica před nástupem vojenské služby nutno však u některých našich nemocných brát s rezervou, zvláště

když nebyl zjišťovanec hospitalisován a údajně se léčil doma. Stěžuje to naše posuzování tam, kde je objektivní nález minimální anebo zcela negativní. Je proto nutno klást požadavek, aby každý voják — nováček — dostal sebou z občanského života řádnou dokumentaci o všech prodělaných chorobách, zejména, byl-li již hospitalisován. Nejen skutečnost prodělané choroby, ale především těžkost průběhu akutní choroby má prognostický a tudíž i vojensko-posudkový význam. Splnění tohoto požadavku by bylo pro nás cennou pomocí i při posuzování jiných chorobných stavů, např. u porematických chorob srdce.

Při hodnocení potíží po prodělané infekční žloutence nutno postupovat v každém případě individuálně, neboť tyto stavy se obvykle rozpadají v celou řadu obrazů. Nutno rozlišit přetrvávání bezvýznamných odchylek (neurčitý tlak pod pravým obloukem žeberním nezávisle na jídle) při normálním palpačním a laboratorním nálezu — od posthepatitického syndromu žlučových cest, nejčastěji na podkladě dyskinesie při dobré funkci jaterního parenchymu. Hlavně však nutno odlišit protrahované stavy, a to zvláště ty, které jsou již podezřelé z přechodu v chronické formy. Poznání těchto stavů je odpovědné, neboť včasným zjištěním, propuštěním vojáka do poměru mimo činnou službu a řádným dlouhodobým léčením lze dosáhnout zlepšení zdravotního stavu, anebo aspoň zabránit další progresi. Na možnost přechodu v chronickou hepatitidu nutno myslet především u protrahovaných stavů po těžkém průběhu žloutenky a u recidivující žloutenky s trvajícím objektivním nálezem a pozitivními laboratorními výsledky. Jsme

Tabulka č. 1

Subjektivní stesky	Absolutní počet	%
Tlak v jaterní krajině	112	76,71
Nausea, zvracení	59	40,41
Únavnost	51	34,93
Nechutenství	44	30,12
Průjem	25	17,12
Nadýmání	14	9,58
Úbytek na váze	8	5,47
Bolest hlavy	7	4,79
Občas tmavá moč	5	3,42

si potom plně vědomi toho, že pracovní prognosa těchto protraňovaných stavů je též závažným problémem sociálně lékařským, neboť podle civilní statistiky ve 12 % vedou k invaliditě.

Jak jsme se již zmínili, bylo na našem oddělení zjištěno 146 posthepatitických stavů.

Ze subjektivních obtíží převládly u našich nemocných bolesti anebo tlak pod pravým obloukem žeberním ve 112 případech, tj. 76,71 %, celková únavnost v 51 případech, tj. 34,93 %, nausea až zvracení v 59 případech, tj. 40,41 %. V menším počtu to bylo nechutenství, průjem, nadýmání, bolesti hlavy, úbytek na váze a pozorování tmavší moče.

Při hodnocení těchto subjektivních obtíží bylo nutno postupovat opatrně, se zřetelem na možné agravační tendence některých zjišťovanců, a často vyžadovat spolupráci staršího lékaře útvaru, který nám mohl dát cenné informace o pravdivosti údajů, např. o nechutenství, zvracení, hubnutí a podobně a také o charakterovém profilu zjišťovance.

Tabulka č. 2

Objektivní fyzikální nález	Absolutní počet	%
Na pohmat citlivá játra	91	63,32
Zvětšená játra	84	57,53
Subikterus	16	10,95
Zvětšení sleziny	11	7,53

Objektivně jsme nacházeli hepatomegalii (1—3 prsty pod oblouk) v 84 případech, tj. 57,53 %, citlivá játra v 91 případech, splenomegalii jsme našli jen 11krát. Subikterus byl jen mírně vyznačen v 16 případech.

Tabulka č. 3

Positivní laboratorní výsledky	Absolutní počet	%
Zlatosol	21	14,38
Bilirubin v séru	20	13,69
Weltmann (prodloužen)	20	13,69
Thymolová zákalová reakce (nad 5 j.)	15	10,27
Takata Ara	14	9,58
Ehrlich pozitivní látky v moči	14	9,58
Kefalin — cholesterol	9	6,16
Námahový test na Ehrlich pozitivní látky proveden pouze u 48 vyšetřených. Z toho pozitivní	34	70,83

Z laboratorních výsledků jsme našli 14krát, tj. jen v 9,58 % Ehrlich pozitivní látky v moči. Sedimentace červených krvinek byla vždy normální. Jaterní testy byly 87krát úplně normální, tj. v 60 %. V 15 případech byla pozitivní thymolová zákalová reakce, 21krát zlatosol, 14krát Takata Ara a hladina bilirubinu v séru byla 20krát zvýšená. Námahový test na Ehrlich pozitivní látky byl 34krát pozitivní, 14krát negativní, v ostatních případech nebyl proveden. Weltmannova reakce byla 20krát prodloužena, nebyla však u všech nemocných provedena.

Při posuzování velikosti jater bylo vždy postupováno podle dosud platných kritérií pro pojem hepatomegalie, ačkoli tato kritéria nejsou dosud zcela jednoznačná. Určitým přínosem v tomto směru je práce Smrčka-Polomis, kteří doporučují měření příčného průměru přední plochy jater v mdcl. čáře. Tam, kde byl okraj jater v inspiriu v úrovni s obloukem nebo málo přes oblouk, zejména u asteniků, nehovořili jsme o hepatomegalii. Význačná citlivost při palpaci jater byla pro nás závažnějším příznakem — a palpační bolestivost v podjaterní krajině budila podezření na posthepatitický syndrom žlučových cest a vyšetření bylo doplněno cholecystogramem a časovanou duodenální sondou.

Diagnostický a prognostický závěr u našich nemocných nebyl vždy lehký. Musel se pečlivě hodnotit celý komplex anamnestických údajů, objektivních příznaků a laboratorních nálezů, muselo se vyžadovat pozorování u útvaru nebo na ošetřovně a konečně u složitějších případů navrhnout ústavní pozorování. U našich nemocných byly stanoveny tyto diagnózy: posthepatitický syndrom, stavy po infekční žloutence s hepatosplenomegalií anebo hepatomegalií se známkami poruchy jaterního parenchymu nebo s hyperbilirubinemií, s intermitentním subikterem, s dyskinesou žlučníku anebo naopak posthepatitické stavy funkčního rázu se zdůrazněním negativních objektivních nálezů.

Velmi častým steskem je takzvaný „únavový syndrom“. V poslední době u těchto případů běžná funkční vyšetření doplňujeme ještě tzv. námahovým testem — zkouškou po pracovním zatížení podle Hořejšího, tj. sledováním kvantitativního vylučování Ehrlich pozitivních látek, což nám pomáhá do určité míry odhalit latentní poruchu jater, kterou se nám nepodařilo dokázat běžným klinickým a laboratorním vyšetřením.

A nyní některé prognostické a posudkové úvahy: tam, kde nalézáme jen mírné zvětšení jater anebo zvětšená játra s lehkými a neurčitými subjektivními obtížemi, s dobrou jaterní funkcí a při dobrém celkovém stavu, necháváme vojáka sloužit při nezměněné klasifikaci, doporučujeme však pozorování starším lékařem, popřípadě kontroly na našem oddělení.

Posthepatitický syndrom s výraznými subjektivními obtížemi, avšak při známkách dobré funkce a neporušeném jaterním parenchymu a při dobrém celkovém stavu, posuzujeme jako funkční dyspepsii anebo posthepatitickou neurastenii. Vzhledem k tomu, že i tyto stavy vy-

žadují aspoň částečné šetření tělesné, navrhuje klasifikaci schopen neřadové služby. Bohužel však tato změna klasifikace je ve většině případů jen změnou na papíře, tj. ve zdravotní knížce. Z vlastní zkušenosti na našem oddělení víme, že navrhuje-li vojákovi snížení klasifikace na „neřadovou službu“, tu příslušná vojenská lékařská komise změnu provede, zapíše ji do příslušné rubriky ve zdravotní knížce a tím vše končí. Žádná změna nenastane u útvaru, voják zůstává dále ve svém zařazení, zúčastní se plně výcviku, takže nelze prakticky o úlevě mluvit. Ještě horší situace je tam, kde zdravotní stav vyžaduje třeba jen jednoduchou dietu. Většinou nám starší lékaři v takových případech hlásí, že u útvaru nelze ani krátkodobou dietu poskytnout. Proto je naší snahou posthepatitické stavy, u nichž vojenská strava vyvolává dyspeptické obtíže, neponechávat v činné službě a navrhuje dočasnou neschopnost. Nutno však ve spolupráci se starším lékařem vyloučit případy zjevné agravace.

Všude tam, kde zjišťujeme hepatomegalii nebo hepatosplenomegalii, laboratorní anebo fyzikální známky poškození jater, dyskinesy žlučníku a žlučových cest, navrhuje dočasnou neschopnost vzhledem k tomu, že nemocný potřebuje vedle určité životosprávy také dlouhodobé dietní šetření.

Tabulka č. 4

Klasifikace	Absolutní počet	%
Nezměněná	53	36,30
Schopen neřadové služby	36	24,65
Neschopen vojenské služby	57	39,05

U našich 146 případů jsme navrhli: 57krát, tj. ve 39,05 %, neschopnost vojenské služby, 36krát, tj. ve 24,65 %, schopnost neřadové služby a u ostatních jsme ponechali dosavadní klasifikace, popřípadě objednali na kontrolní vyšetření. V ojedinělých případech byla navržena lázeňská léčba. Návrh na snížení klasifikace u posthepatitických stavů byl tedy na našem oddělení podán 93krát, tj. 10 % z celkového počtu návrhů na přezkum u vojáků základní

služby a branců v období od r. 1955 do r. 1957 včetně.

Naše sdělení o posudkové problematice posthepatitických stavů má upozornit vojenského odborného lékaře, posudkového lékaře, staršího lékaře útvaru a ostatní činitele na jejich odpovídající úlohu při prevenci vleklých průběhů infekčních hepatitid a přechodu do prognosticky závažných stavů, někdy i s letálním koncem u našich mladých vojáků.

Můžeme s uspokojením konstatovat, že naše snaha o správné posuzování posthepatitických stavů byla úspěšná, neboť za dobu pětileté existence našeho ambulantního oddělení nedošlo v žádném případě ke zhoršení zdravotního stavu našich zjišťovanců během vojenské služby.

Při posuzování všech stavů po proběhlé akutní infekční hepatitidě navrhuje tedy tento postup:

1. Všechny rekonvalescenty bezprostředně po akutním onemocnění po propuštění z infekčního oddělení doléčit ve vojenských ozdravovnách nebo na rekonvalescentních odděleních vojenských nemocnic a pak cestou přezkumu propustit dočasně do poměru mimo činnou službu.

2. Důsledně dodržovat příslušná nařízení v novém předpisu Zdrav-II-1 a nepřipustit brance k vojenské službě, který v posledních dvou letech prokazatelně prodělal infekční žloutenku.

3. Konečně vyřešit otázku vhodné zdravotní dokumentace všech občanů podléhajících branné povinnosti tak, aby vojenští lékaři byli dobře informováni o prodělaných chorobách v civilním životě.

4. U posthepatitických stavů trvajících déle než 2 roky po prodělané akutní fázi provést podrobné interní vyšetření na příslušném odborném oddělení vojenské nemocnice a stanovit správnou klasifikaci.

5. Za účelem správného a spravedlivého posuzování těchto stavů a k vyloučení agravace a simulace zlepšit spolupráci odborných lékařů vojenských nemocnic se staršími lékaři útvaru a také vyžadovat od nich plnění všech navržených opatření ku prospěchu našeho zjišťovance.

Ve spolupráci s civilním zdravotnictvem se nám pak určitě podaří nejen dále snížit výskyt epidemické žloutenky v našem státě, ale omezit na minimum všechny formy posthepatitických stavů a zabránit jejich přechodu do chronických forem anebo do nebezpečné akutní jaterní insuficience.