

616.24-002.5-089.873:331.053.2:355.25

NÁVRAT SCHOPNOSTI K VOJENSKEJ SLUŽBE U VOJAKOV Z POVOLANIA PO ČIASTOČNEJ RESEKCII PLŮC PRE TUBERKULÓZU

Plukovník MUDr. Ondrej HALÁK, CSc., podplukovník MUDr. Dušan SKOKŇA,
podplukovník MUDr. Juraj SALZMANN, podplukovník MUDr. Anton RÁKAY
Vojenský ústav pre choroby pľúcne, Nová Polianka

Otázka návratu schopnosti k vojenskej službe, otázka práceschopnosti vojakov z povolania i každého pacienta po každom onemocnení a dnes v období dobrej antituberkulotickej liečby aj po tuberkulóznom onemocnení pľúc je veľmi dôležitá, a to zo stránky spoločenskej i osobnej. Tento moment obzvlášť vynikne, keď si uvedomíme stále trvajúce vysoké počty ukončených prípadov práce neschopnosti pre tuberkulózu v celoštátnom merítku. V r. 1958 to bolo 466 na stotisíc poistencov, v r. 1960 klesol tento počet na 397 a v roku 1961 na 369 na stotisíc poistencov. Priemerná doba práceschopnosti pre tbc dosiahla v roku 1961 okolo 165,5 dní. Za rok 1961 bolo pre tuberkulózu prestonaných spolu 3,295 085 dní, čo pri priemernom invalidnom dňochodku 50,— Kčs denne znamená 164,754 250,— Kčs. Ako príčina invalidity je tuberkulóza stále na druhom mieste a zaujíma v roku 1961 z celkovej invalidity 13,5 %. Pre nás v armáde má mimoriadny význam službyschopnosť u vojakov z povolania, zvlášť v súčasnej dobe, lebo ide o školené a vycvičené vojenské kádre, na výchovu ktorých boli vynaložené veľké finančné aj materiálne náklady. Preto je našou povinnosťou každým spôsobom bojovať a zabráňovať vzniku dlhodobej práceschopnosti a invalidity u tuberkulózne chorých vojakov z povolania na jednej strane a bojovať aj za rýchly a včasný, ale bezpečný návrat vyliečených, tuberkulóznou pľúc chorých do vojenskej služby a do pracovného procesu vôbec. Na tomto boji za odstránenie dlhodobej práceschopnosti a invalidity pre tbc sa zúčastňuje mimo včasnú diagnostiku, dobrú antituberkulotickú liečbu, tj. včas nasadenú, cielenú, dlhodobú, neprerušovanú a kombinovanú liečbu, aj resekčná liečba pľúcnej tuberkulózy. Obzvlášť je to u prípadov, kde možnosti konzervatívnej chemoterapie boli vyčerpané a nedosiahlo sa žiadaného výsledku, tj. klinickej a bakteriologickej stabilizácie procesu, ktorá by umožnila návrat chorého do vojenskej služby podľa nášho klasifikačného predpisu.

Výsledok resekčnej liečby tuberkulózy pľúc hodnotíme teda nielen podľa kritérií debacilizácie, dekavernizácie, rentgenového vymiznutia ložiskových pľúcnych zmien, ale aj práceschopnosti, či služby schopnosti u vojakov z povolania. Tento posledný faktor, tj. schopnosť k vojenskej službe má rozhodujúci význam pre našich nemocných dôstojníkov a praporčíkov z povolania i armádu vôbec, a to po stránke kádrovej, slu-

žobnej, sociálnej, rodinnej, individuálnej a hlavne spoločenskej.

Zhodnotili sme si výsledky prevedených resekcí pľúc pre tuberkulózu v našom ústave od roku 1957 do leta 1962 a zisťujeme, že z doterajších 233 resekcí pľúc pre tbc bola resekcia u vojakov z povolania prevedená v 57 prípadoch. Pokiaľ ide o vekové rozvrstvenie, vo veku do 24 rokov bolo 5 chorých, do 29 rokov 8, do 34 rokov 21, do 39 rokov 11, do 44 rokov 6 a nad 45 rokov 6. Pri pohľade na charakteristiku nálezu pri začiatku liečby zisťujeme, že v 11 prípadoch išlo o chronickú diseminovanú tbc, jedenkrát o ložiskovú tbc, 42krát o infiltratívnu tbc a trikrát o chronickú fibrokavitárnu tbc. Ako je vidieť, zásadne prevažovali na začiatku liečby infiltratívne formy tbc, tj. čerstvé tuberkulózy, čo súvisí s pravidelným vyhľadávaním tbc v armáde pomocou rádiografickej fotografie. Rozpadových foriem tuberkulózy na začiatku liečby bolo 46 prípadov, 11krát rozpad nebol zistený. Mykobakterium tuberkulózy kultivačne pozitívne pri zahájení liečby bolo v 24 prípadoch a 33krát bolo BK mikroskopicky a kultivačne negatívne. Po antituberkulotickej liečbe, ktorá bola vždy kombinovaná a neprerušovaná, dosiahla sa u našich nemocných debacilizácia, takže pred resekciami bol len jeden chorý BK kultivačne pozitívny. Z 24 kultivačne pozitívnych nemocných citlivosť BK na antituberkulotiká nebola hodnotená u 15, lebo chorí prišli z iných ústavov a v našom ústave už BK bolo pri chemoterapii negatívne. U 9 pacientov bola hodnotená, pri čom 6krát bolo BK citlivé na antituberkulotiká prvého aj druhého radu a u 3 pacientov bola zistená rezistencia, a to u jedného na 0,2 gama INH a 10 gama STM, u druhého na 10 gama INH a PAS a u tretieho na 10 gama INH, 50 gama STM a 1 gama PAS.

Súvislá antituberkulotická liečba pred resekciami trvala do 4 mesiacov 3krát, do 6 mesiacov 21krát, 9 mesiacov 29krát, do 12 mesiacov 3krát a do 14 mesiacov jedenkrát. Osem nemocných predtým sa už liečilo antituberkulotikami, ale liečba bola krátkodobá a nepravidelná. Indikácia k resekcii pľúc bola postavená pre nasledujúce pretrvávajúce špecifické nálezy: tuberkulóm s rozpadom 11krát, tuberkulóm bez rozpadu 16krát, perzistujúca kaverna pri chemoterapii 12krát, hrubé reziduá so zbytkovou kavernou 6krát, hrubé špecifické reziduá bez rozpadu 8krát, blokovávaná vyplnená kaverna 3krát, perzistujúca kaverna tenkostenná, otvorene sa hojaca 1krát. Ako je v rozboru vidieť, u našich operovaných pred resekčným zákrokom bol zistený rozpad ešte u 33 chorých. Pokiaľ sa týka rozsahu zá-

*) Prednesené na shromáždení vojenských ftizeológov dňa 28. 9. 1962 vo VÚCHP Nová Polianka

kroku, boli prevedené: enukleácia tuberkulómu 1krát, klínovitá resekcia 11krát, segmentektómia 27krát, lobektómia 18krát. Zárok bol prevedený 35krát vpravo a 22krát vľavo. U 54 pacientov došlo po resekcii pľúc k debacilizácii, dekavernizácii a práceschopnosti po 6—12 mesiacoch po operácii pri ďalšom užívaní antituberkulotík. U 3 dôstojníkov po operačnom zásahu došlo k exitu, a to 1krát na emboliu arteria pulmonalis, 1krát na vzduchovú emboliu mozgu a posledný prípad pre kardiálne solhanie. U pacientov, ktorí nastúpili do práce, mali sme 1 recidivu u 1 dôstojníka vo forme progresie okolo reziduálnych ložísk na operovanej strane. Stav sa po antituberkulotikách II. radu stabilizoval. U ostatných v zostave uvádzaných pacientov sa doteraz recidíva nevykytla, zdravotný stav ich, podľa prevedených dotazníkových akcií, je dobrý. Ich funkčné zaradenie je v administratíve, u týchto výtvárov, ako politickí pracovníci, odborné technické kádre a justícia. Zdravotná klasifikácia bola väčšinou: Schopný s obmedzením I. stupňa, menej II. stupňa. Treba poznamenať, že tento spôsob hodnotenia sa prevádza až od r. 1958 po vydaní smerníc MNO-fin. správy č. j. 33000/FS-1957, ktorý umožňuje predĺženie podporčej doby o 12 mes., keď sa očakáva, že vojak z povolania v tejto dobe nadobudne schopnosť k službe.

Pri vyšetrení bakteriologického nálezu v resekaté sme zistili BK mikroskopickú pozitivitu 32krát (56,1 %) a kultivačne pozit. bolo 11 resekatov (19,3 %). Zisťovaná citlivosť BK z resekatu na antituberkulotiká prekázala citlivé BK 3krát. V jednom prípade citlivosť sme nemohli zistiť, lebo BK na subkultúre nevyrástlo, iste pre oslabenú vitalitu po chemoterapii. V 4 prípadoch bola zistená rezistencia, a to u jedného pacienta na 1 gama INH, u druhého na 10 gama INH, u tretieho na 0,2 gama INH, 10 gama STM a 1 gama PAS a u štvrtého na 10 gama INH, 50 gama STM a 1 gama PAS.

Postavme si otázku, prečo u vojakov z povolania s tbc. závažnejším nálezom, hlavne rozpadovým a takým, ktorý po antituberkulotickej liečbe dostatočne neustupuje, a pokiaľ je nález inak vhodný pre chirurgické riešenie, pristupujeme najradšej ku resekcijnému zákroku? Robíme tak hlavne zo stanoviska epidemiologického, sociálne pracovného, psychologického a patomorfologického. Náš vojenský klasifikačný predpis pri posudzovaní tbc vychádza z dlhodobých skúseností a je pomerne prísny, čo je v zásade správne. A vydarenou resekciou chorého pľúcneho tkaniva sa vlastne odstráni z pľúc najzávažnejšia tbc. lézia-kaverna, tuberkulóm, či iné tbc. fibrokazeózne ložiská, ktoré sú potenciálne nebezpečné zo vzniku recidívy pri prípadnom ponechaní v pľúcach. Ďalej pri ponechaní takýchto lézií v pľúcach obvykle by takýto dôstojník nemohol byť zamestnaný ako proviantný, ako učiteľ vo vojenských školách, ako vychovávateľ mladých ľudí, ako zubný lekár alebo technik, nemohol by, alebo s obavami, cestovať do zahraničia a slovom trpel by stále pocitom spoločenskej a služobnej menejcennosti. Naše podrobné bakterio-

logické vyšetrenia a nálezy z resekatov, ktoré sme v poslednom období robili tak, že špecifické lézie sme vyberali sterilne in toto a potom zpracovávali kompletne a naočkovávali na Löwensteinovu a Šulovu pôdu, nás presvedčili, že o prítomnosti BK nerozhoduje v zásade ani veľkosť lézie, ani jeho konzistencia. Každá špecifická lézia, či veľká, alebo malá, či tvrdá, alebo mäkká, môže viesť k recidíve, keď obsahuje živé BK. Ale môžeme my pri klinickom vyšetrení vidieť do špec. ložiska, do jeho bakteriologického složenia a citlivosti BK na antituberkulotiká? Na pr. u pacienta B. L., 47ročného, č. chor. 152/61, ktorý sa liečil pred resekciami 7 mesiacov kombinovanou chemoterapiou, boli z resekatu vybrané 3 špecifické ložiská. Kultivačná BK pozitivita bola zistená len v jednom ložisku, a to veľkosti 15 × 15 mm. Vo väčšom ložisku, priemeru 4 × 3 cm, polotuhej konzistencie s mäkkým centrom — konglomerátny tuberkulóm, a v ďalšom ložisku priemeru 5 mm, mäkkej konzistencie, BK kultivačne bolo negatívne. Tak isto u dôstojníka S. L., 26ročného, č. chor. 162/61, ktorý sa liečil 8 mesiacov kombinovanou chemoterapiou, boli z resekatu vybrané 4 špecifické ložiská. Kultivačná pozitivita bola zistená len v jednom ložisku veľkosti 5 × 5 mm, ktoré malo konzistenciu tvrdú ako kameň, kdežto v ostatných 3 ložiskách, z nich jedno dosahovalo veľkosti 2 × 3 cm, BK kultivačne bolo negatívne. U pacientov, u ktorých sú BK rezistentné na antituberkulotiká, nerozhoduje nakoniec ani veľkosť ani konzistencia, pretože obvykle vo všetkých léziách býva BK kultivačne pozitívne a rezistentné. Tak napr. u pacienta V. J., 25ročného, č. chor. 270/61, bolo z resekatu vybrané 7 špecifických ložísk, z nich bolo najdené BK kult. pozitívne 4krát a 3 ložiská boli kultivačne negatívne. Dôležité konštatovanie je tiež to, že k presnému zisťovaniu BK v pľúcnych léziách nestačí len jednoduché nabodávanie najväčšieho ložiska, ako sme to prevádzali najprv i my, lebo toto môže byť negatívne a BK živé môžu byť prítomné práve v menších aj tuhších ložiskách. Pre presné zisťovanie BK v resekaté je potrebné vyšetriť všetky tbc. lézie z resekatu a všetok kazeózný materiál. Toto súhrnné zistenie nás nakoniec vedie k tomu, že u dôstojníkov, pokiaľ je to možné, zvlášť u kavitárnych tbc, u tuberkulómov a u hrubších ložiskových reziduí po antituberkulotikách, a to s kavernou i bez kaverny, pristupujeme radšej k resekcii chorej pľúcnej časti, a to, jak bolo hore spomenuté, zo stanoviska epidemiologického, sociálnepracovného, psychologického a patomorfologického.

Áké faktory sú rozhodujúce o schopnosti k službe po resekcii pľúc pre tbc? O tom, či vyliečený vojak z povolania bude po resekcii pľúc schopný služby, kedy a pre jakú službu, je odvislé od viacerých faktorov. 1. Od špecifického nálezu, pre ktorý bol pacient operovaný, a špecifického nálezu, ktorý po resekcii v pľúcach zostal. Tu môže dôjsť k 3 variáciám:

a) Resekciou boli prakticky odstránené všetky špecifické ložiská rtg zistiteľné. Jestliže u to-

hoto nemocného bola prevedená parciálna resekcia a funkčné hodnoty sú dobré, môže takýto nemocný nastúpiť službu obvykle po 6 mesiacoch po operácii, pri ďalšom užívaní antituberkulotík ambulantne.

- b) Po resekcii zostal ešte v ostatných pľúcach malý tbc. reziduálny nález. V týchto prípadoch o služby schopnosti rozhoduje dynamika, rozsah procesu a bakteriologický nález BK zo spúta, prípadne z resekatu. V tom prípade, že klinický stav je stabilizovaný, reziduálny tbc. nález je v celku nepatrný, BK je negatívne ako v spúte, tak i v resekáte, možno uznať služby schopnosť po 6—8 mes. po resekcii pľúc.

K záverom, uvedeným v bode a), b), je treba poznamenať, že naše stanovisko je zdánlivo v malom rozpore so znením predpisu Zdrav-2-1-hlava 2, čís. nemoce 001—008, písmeno g, kde mimo iného sa uvádza, že schopnosť k službe u vojakov z povolania po resekcii pľúc pre tbc možno uznať, keď uplynula od operácie doba najmenej 1 rok. Treba si však uvedomiť, že názory na práceschopnosť pri tbc v období súčasnej chemoterapie sa menia, a to v prospech práce, samozrejme podľa bakteriologickej a klinickej kompenzácie procesu. Ďalej každý tbc. pacient pred resekcii pľúc sa intenzívne lieči antituberkulotikami najmenej 6—12 mes. Po operácii vyžadujeme ešte 6 mesiacov ústavnej antituberkulotickej liečby s rehabilitáciou a readaptáciou. Keď sumujeme, uznáme, že vo vhodných prípadoch je možné a správne uznať schopnosť k vojenskej službe u vojakov z povolania po resekcii pľúc pre tbc bez reziduálneho nálezu, alebo s malými reziduami už po 6 mesiacoch po zákroku. Takýto pacient obvykle sa súvisle lieči antituberkulotikami s chirurgickým zákrokom 18—24 mes., je zbavený najväčšej tbc. lézie, debacilizovaný a dekavernizovaný a fakticky aspoň 1 rok po aktivite procesu. Prvé mesiace po nástupe služby je zvlášť dôležité, aby toto obdobie bolo kryté antituberkulotikami a pacient častejšie rentgenologicky a bakteriologicky kontrolovaný. Rozhodujúce slovo tu patrí samozrejme odborníkovi ftizeológovi, ktorý rozhoduje o tolerancii menovaného služobným zaťažením podľa výsledku kontrol a zdravotného stavu.

- c) V prípadoch, že po resekcii zostáva ešte aktívny spec. reziduálny nález, alebo šlo o nemocných s rezistentnými BK, ktoré boli zistené v resekáte, tu je treba riadiť sa dynamikou a charakteristikou nálezu a časom dosiahnutej debacilizácie. Obvykle neuznávať takýchto chorých za práce schopných pri dobrom priebehu skôr ako po jednom roku po resekcii a debacilizácii.

2. Rozhodujúci je aj rozsah resekcijného zákroku a pooperačné následky či komplikácie. Podľa nášho predpisu uznáme za služby schopného dôstojníka v tom prípade, kde bola prevedená parciálna resekcia, alebo lobektómia a špecifický

nález v základe bol odstránený. U väčších resekcii než lobektómia sa obvykle uznáva neschopnosť k vojenskej službe. Vo výnimočných prípadoch u dôstojníkov špecialistov bolo by snád možné pripustiť schopnosť s obmedzením II. stupňa aj pri bilobektómii na jednej strane. U väčších resekcii rozhodne prichádza do úvahy neschopnosť k vojenskej službe.

3. Dôležité sú tiež funkčné zmeny kardiorespiračné, ktoré rozhodujú o schopnosti k službe po resekciiach. U našich pacientov globálne straty spirometrické po parciálnych resekciiach a lobektómiiach nepresahovali viac ako 15 až 20 %. Zásadne je potrebné v prípadoch s pocitmi dušnosti po strednej a menšej námahe previesť podrobné kardiorespiračné vyšetrenie za účelom stanovenia funkčných strát po resekcii.

4. Dôležité faktory sú tiež vek nemocného, pridružené onemocnenia, vôľa nemocného pracovať, druh a charakter práce, akú nemocný bude vykonávať, dôkladnosť a dĺžka antituberkulotickej liečby. Je potrebné tiež brať do úvahy, či ide o pacienta prvoliečeného alebo s recidívou, alebo nakoniec, či ide o pacienta s citlivými alebo rezistentnými BK na antituberkulotiká, a to v spúte i v resekáte.

Ktoré momenty môžu brániť v návrate schopnosti k službe po resekcii pľúcnej časti u vojakov z povolania?

1. Je to rozsiahly zbytkový tbc. nález po resekcii na tej či onej strane. Je dôležité pripomenúť, že pri malom reziduálnom nálezu, stabilizovanom, liečenom cez jeden rok antituberkulotikami, BK aspoň 1 rok negatívnom, možno pripustiť službu pri sníženej klasifikácii.

2. Sú to komplikácie bezprostredné i pozdne po resekcii, ako fistula bronchiálna, empyem, kardiálne obtiaže, prípadne dodatočná zkomolujúca torakoplastika, ktoré znižujú funkčné hodnoty kardiorespiračné.

Aké stanovisko navrhujeme zaujímať v budúcnosti pri posudzovaní služby po resekcii pľúcnej tkáne pre tbc u vojakov z povolania? Je treba hlavne aktívny prístup ftizeológov pri posudzovaní služby schopnosti po resekcii a pomoc posudkovým lekárom, aby nedochádzalo k zbytočným a nesprávnym poberaniam sociálnych dôchodkov tam, kde to zdravotný stav nevyžaduje. Aby nedochádzalo k dlhým práceneschopnostiam i stratám odborných kádrov, keď to nie je potrebné. Tu sa musí ukázať ftizeológ ako politický a verejný činiteľ. Parciálna resekcia pľúc pre tbc a chirurgický zákrok vôbec nemá celkovú liečbu a práceneschopnosť predlžovať, nemá pacienta invalidizovať. Naopak má chorého nielen debacilizovať, dekavernizovať, zbaviť najzávažnejších a potenciálnych lézií, ale má chorého sociálne i spoločenský postaviť na nohy a urobiť ho čím najskôr vojenskej služby schopným, práceschopným a na dôchodku nezávislým. Je treba si uvedomiť, že svalová námaha a práca v primeranom zaťažení po dostatočne dlhej antituberkulotickej liečbe tbc po resekcii, pri súčasnom ďalšom používaní antituberkulotík je faktorom liečebným.

Práca je fyziologická a sociálna potreba vyliečeného, prakticky uzdraveného človeka. Každý práceschopný človek, teda i náš chorý, po úspešnej liečbe, po úspešnej resekcii pľúc pre tbc a vyliečení musí sa podieľať na vytváraní prostriedkov, ktoré sú potrebné pre jeho život i pre blaho spoločnosti. Morálny kodex budovateľov komunizmu týka sa i našich vyliečených a úspešne resekciou pľúc pre tbc doriešených pacientov.

Záverom možno povedať, že len individuálny prístup a riešenie každého prípadu zvlášť môže priniesť správne a objektívne posúdenie a konečné rozhodnutie. Je treba však postupovať tak, aby naše jednanie bolo v súlade so súčasným stavom pokroku lekárskej vedy a našich liečebných možností s antituberkulotikami, prípadne v kombinácii s resekcii pľúcnej tkane tam, kde antituberkulotiká sami o sebe nedosiahli potrebného liečebného efektu. Je treba uvažovať aj na rozumnom zdravotníckom a hospodárskom prístupe uznávania službyschopnosti po resekciiach u vojenských kádrov, tj. u dôstojníkov a praporčíkov z povolania.

Súhrn

V práci sa autori zaoberajú problémom návratu schopnosti k vojenskej službe u vojakov z povolania a vôbec práceschopnosti po resekcii pľúc pre tbc. Zastávajú aktívne stanovisko pri rozhodovaní o resekcii tbc chorej pľúcnej časti, zvlášte keď ide o kavitárnu tbc, tuberkulóm či väčšie reziduálne lézie po chemoterapii. Rozhodujúce pri indikáciach je stanovisko epidemiologické, sociálne pracovné, psychologické a patomorfologické. Po vydarenej parciálnej resekcii chorej pľúcnej časti, najviacej lobektómii, pri dobrých funkčných hodnotách uznáva sa schopnosť k vojenskej službe pri zníženej klasifikácii u vojakov z povolania a vôbec práceschopnosť už po 6 mes. po resekcii, pri ďalšom užívaní antituberkulotík ambulantne a pri priaznivom pooperačnom priebehu. Zdôrazňuje sa, že resekcčný zákrok nemá chorého len debacilizovať a dekavernizovať, nemá pacienta zásadne invalidizovať, ale postaviť ho na nohy a urobiť ho čím prv práceschopným a na sociálnom dôchodku nezávislým.