

356.33:3 12.6:616.728.3-018.3.

VÝSKYT DISKOPATIÍ VE VOJSKU

Podplukovník MUDr. Robert VÍT
neurologické oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze
(náčelník plk. MUDr. František PLESKOT)

Častost lumboischadiadických bolestí je obecně známa; různí autoři udávají sice nestejně procento, zato však shodně mimořádně vysoký výskyt v jinak zdravé populaci. K dispozici jsou čísla Starého, Kunce, Lewita a dalších.

V ordinacích praktických lékařů dosahuje bederní algický syndrom až 4,8 %, v odborném středisku a v neurologických ambulancích nemocnic se toto procento zvyšuje až na 21—29,5 % z celkového počtu pacientů. Jsou to čísla úctyhodná, a stala se proto předmětem diskuse v celostátním měřítku a posléze jedním z hlavních témat neurologického výzkumu v ČSSR.

Ambulance vojenských nemocnic mohou častou frekvencí bederního algického syndromu potvrdit. Naopak možno říci, že frekvence ve vojenském prostředí je ještě častější, jak ukazuje studium ambulancí neurologického oddělení Ústřední vojenské nemocnice.

V letech 1951—1958 byla frekvence lumboischadiadického syndromu na naší ambulanci 33,7%. Mezi léty 1958—1960 se tento počet snížil na 31,05 % a konečně v posledních letech dokonce na 30,12 %. Je zřejmé, že i dnes tato čísla přesahují výskyt v civilním zdravotnictví.

Při studiu příčin je třeba uvážit tyto faktory:

1. Síť závodních a střediskových lékařů zadržuje větší počet bederních algických syndromů v civilním životě než ve vojsku. Příčina toho, proč hlavní lékaři odesílají častěji své nemocné do nemocnic, tkví ve zvláštním charakteru vojenské služby, ve zvýšené námaze kladené na vojáka a často také v prostředí, v němž je nemocný nucen prodlévat v době svého léčení.

2. Zvláštností a námaha vojenské služby jsou přitěžujícími faktorem a často i vyvolávající příčinou dosud latentně probíhajícího onemocnění.

3. Nesoustavná tělovýchova a nedostatek otužování v civilním životě se projeví na samém začátku vojenské služby ve špatné adaptabilitě svalově vazivového a nervově svalového aparátu. Pak i lehké změny dynamiky páteře vedou k výrazným poruchám, jež pomáhají zaplňovat naše ambulance.

4. Momenty klimatické, vliv vlhka, chladu a polních podmínek jsou dalšími závažnějšími faktory.

5. Určitou vinu na tomto stavu mají i odvodní komise, jež odvádějí některé jedince s nedoléčenými bederními syndromy bez změny klasifikace, popřípadě nevyužívají možnosti odložení vojenské služby až do úplného uzdravení.

Z uvedeného je pro potřeby vojenských neurologů nejzajímavější bod druhý, zabývající se zvláštnostmi vojenské služby.

Z rozboru obsáhlého materiálu téměř 2000

ambulantních nemocných (někteří z nich byli později hospitalizováni) vyplývá charakteristický rozdíl ve výskytu diskopatií u různých druhů vojsk (viz tab.)

Tabulka

Druh vojska nebo činnost	Propočet % — ze sta nemocných té které zbraně nebo služby %
Motostřelecké vojsko	36
Ženisté	39
Automobilní vojsko	40
Spojovací vojsko	25
Výsadkáři	32
Letectvo	16
Dělostřelectvo	33
Radiolokátoři	24
Pohraniční stráž	26
Vnitřní stráž	31
Zdravotnická služba	17
Pracovníci v tělovýchově	46
Specialisté	28
MNO	26
Političtí pracovníci	34
Administrativa	37
Důstojníci	34
Praporčíci	33
Vojáci v zákl. službě	30

V přehledné tabulce je nápadný větší výskyt diskopatií u vojenských osob z povolání než u vojáků v základní službě. Je to zčásti vysvětlitelné přibývajícím tendencí ke vzniku diskopatií ve starším věku, ale také dokladem mnohdy namáhavé služby u vojenských osob. Nyní několik slov o skupinách s větším výskytem.

Ms. vojsko je pochopitelně značněji vystaveno fyzické námaze. V etiopatogeneze přicházejí v úvahu zejména seskoky a přeskoky terénních míst, kopání zákopů a opevnění, zvedání těžších předmětů, seskoky z motorových vozidel a konečně často podceňovaný, leč významný činitel — trvalé prochlazení.

U ženijního vojska stojí v popředí fyzická námaha při stavění konstrukcí, nošení těžkých břemen, seskoky s konstrukcí při opravách a zavádění mechanizačních prostředků a konečně i trvalé prochlazení.

Automobilní vojsko má takřka nejvyšší výskyt ambulancí diskopatií v armádě, naopak hospitalizovaných velmi málo (Pleskot, Procházková).

vá). Etiopatogeneticky přichází v úvahu vedle trvalých otřesů i silné prochlazení, zejména při montážích pod vozem bez ochranných posuvných podložek. Je to dále montáž a demontáž motorů, agregátů a těžkých pneumatik nákladních automobilů a autobusů a ostatní automobilové techniky. Přispívá k tomu nepravdivá životospráva řidičů, mnohdy s nedostatkem odpočinku, jindy ulpívání v jedné neměnné poloze po dlouhou řadu hodin při soustavných mikrotraumatech bederně křížového spojení.

Překvapivým zjištěním je, že pracovníci administrativy (včetně politických pracovníků) trpí diskopatiemi ve zvýšené míře. Je to způsobeno zřejmě vlivem nedostatku koordinující pohybové činnosti ve smyslu nácviků správných stereotypů. Dále se tu podílí setrvávání v neměnné poloze po řadu hodin. Tito lidé jsou také fyzicky méně zdatní a pak jsou při nárazových akcích (cvičení, tělovýchova, brigády) náhle vystaveni nezvyklé námaze, jejímž výsledkem často bývá akutní bederní algický syndrom.

Na hranici větší frekvence diskopatií stojí dělostřelectvo, kde vyvolávajícími momenty jsou hlavně práce s technikou a opevňováním palebných postavení.

Největší procento diskopatií nacházíme u pracovníků v tělovýchově. Je to pochopitelné, neboť v armádě jde převážně o špičkové sportovce, u nichž maximální fyzická námaha často navozuje bederní algický syndrom, jak je dobře známo i z civilního tělovýchovného lékařství.

Ošetřovací doba diskopatií (ambulantních) se pohybuje od 1 týdne do 1 roku i více. Průměrná ošetřovací doba u diskopatií námi zjišťovaných je 12,4 dne. Do těchto diskopatií nejsou pojaty jen protruze a prolapsy a čisté radikulární syndromy, ale i ostatní bederní syndromy neplotěnkové etiologie. Pracovní neschopnost je o něco kratší než průměrná ošetřovací doba a v našem materiálu je 9,6 dne.

Asi 36 % pacientů trpících lumbodiskopatií je vysloveně ambulantních a jsou ošetřováni, aniž jsou práceneschopní.

Jen asi 1/4 diskopatií je léčena a vyléčena na ošetřovných útvarů, ev. na zdrav. praporech, zbývající 3/4 procházejí alespoň konziliárně ambulancemi odborných oddělení. Ze sta vyšetřených na odborných odděleních vojenských nemocnic je zapotřebí 14 % hospitalizovat a asi 12 % odeslat k hospitalizaci na ošetřovny útvarů. Asi 26 % nemocných ponecháváme v domácím léčení (u důstojníků a rotmistrů) a 48 % je schopno ambulantní léčby bez přerušování práce a výcviku.

Pokud jde o způsob léčby, je možno terapii rozdělit na 4 hlavní skupiny, které se pochopitelně často kombinují. Jsou to:

1. klasická terapie farmakologická,
2. léčba fyziatrcko-rehabilitační a léčba reflexní,
3. léčba manipulací (chiropraxe),
4. operativní léčení diskopatií.

Operativní léčení bylo nutno uskutečnit u našich ambulantních nemocných jen asi u 2,6 %. Chiropraxí bylo v uplynulých 2 letech léčeno asi 14 % nemocných, z nichž 6 % bylo podrobeno ještě dalším druhům léčení. Trakcemi, LTV a fyziatrckými procedurami bylo léčeno asi 36 % nemocných, kteří prošli naší ambulancí, z nichž dalších 19 % bylo dodatečně podrobeno další léčbě konzervativní (farmakologické). Klasická farmakologická a klidová terapie je co do počtu nejobsáhlejší a v našem materiálu představuje 46,4 % nemocných, z nichž ovšem asi dalších 15 % bylo doléčováno fyziatrcko-rehabilitačně, ať již na neurologickém nebo na fyziatrckém oddělení.

Velmi rozsáhlá byla také služba konziliární v otázce bederních bolestí. Týká se prakticky všech nemocničních oddělení ÚVN Praha. Pro oddělení chirurgické a ortopedické jsme vyšetřili s nepatrnými výjimkami prakticky všechny jejich pacienty. Také činnost fyziatrů v otázce diskopatií je převážně terapeuticky zaměřena. Těžiště diagnostiky bederního algického syndromu je tedy na neurologických odděleních nemocnic a stává se tak doménou neurologů, zejména v otázkách sporných, kde syntetickou i analytickou činnost v diferenciální diagnostice provádí neurolog. Dokladem toho je, že většina bederních syndromů neurologického původu se i etiologicky diagnostikuje až v prostředí neurologického. Sem patří případy neoplastické, metastatické, zánětlivé, spondylitidy, choroby revmatoidní, fibromyozitidy, spondylolýstézy atp. V případě agravací nebo simulací má školený neurolog jako jediný možnost posoudit stav nejodpovědněji.

Zkušenosti ukazují, že zařízení našich oddělení je podnormováno. Týká se to jak materiálu, tak i personálního vybavení. Zejména pokud jde o trakční stoly, ale i o odborné rehabilitační pracovníky. Trakční stůl by se zásadně měl stát při dnešní frekvenci diskopatií majetkem každé ošetřovny. Trakce v počátečním stadiu je jediné možnou prevencí těžkých následných diskopatií. Také pro ambulantní léčbu diskopatií je trakční stůl přímo na ošetřovně z důvodů léčebných i ekonomických ideálním zařízením. Jsou nedostatky i ve výchově hlavních lékařů v otázkách diagnostiky diskopatií a také lékařům v postgraduálním školení se nedostává náležitě praxe v těchto, dnes již bezmála sociálních otázkách. Zatímni stav zcela krátkého postgraduálu na neurologických odděleních je již zastaralý, neboť se závažnou problematikou se nelze seznámit jen v informativních stážích.

U ambulantních nemocných je invalidita pro lumboischiadický syndrom vcelku výjimečná. Přesto je třeba s ní počítat. Z našeho materiálu (ambulantních pacientů) se invalidními stalo toliko 1,6 % nemocných, z nichž polovina byla po operaci. U 35 % z tohoto počtu šlo o invaliditu dočasnou, netrvalou déle než dva roky. Přes 20 % těžce nemocných se zařazovalo do pracov-

ního procesu za dobu kratší jednoho roku. V částečném invalidním důchodu jsou prakticky všichni výše uvedení pacienti, s výjimkou dvou nemocných s plným důchodem, kde však při operaci byly prokázány hlubší změny ve smyslu adhezivních arachnoiditid, nebo depresivní psychoneuróza těžšího stupně, jež nesmírně ovlivnila základní onemocnění.

Lázeňská léčba u bederních algických syndromů je velmi častá a zejména doléčování nemocných po pobytu v nemocnici je účelné.

Bylo by pochopitelně možné vyčíslit ošetřovací dny, ceny lůžkodní atd., přesahovalo by to však rámeček tohoto sdělení. Dávám proto k diskusnímu posouzení, zda je užitečné, rentabilní a lékařsky pokrokové podporovat postuláty, které jsme ve svém krátkém sdělení uvedli.

Souhrn

Autor uvádí frekvenci diskopatií na ambulanci neurologického oddělení Ústřední vojenské nemocnice, srovnává ji s údaji civilního zdravotnictví, ukazuje na etiopatogenetické momenty vzniku diskopatií u některých druhů vojsk a služeb. Vidí v činnosti neurologa rozhodující kritérium v otázkách bederních syndromů neurologické i ostatní etiologie. Žádá materiální a personální podporu pro neurologická oddělení i pro ošetřovny útvarů.

Резюме

Приведены данные о частоте дискозов среди больных амбулатории неврологического отделения Центрального военного госпиталя в Праге. Выявленные данные сопоставлены с аналогичными данными гражданских медицинских учреждений и обращено внимание на этиопатогенетические моменты дискозов у некоторых родов войск и служб. Автор считает, что при диагностировании люмбальных синдромов неврологических и не неврологических заболеваний решающее значение имеет обследование невропатолога. Автор требует материальной помощи и дополнения штатами неврологических отделений и амбулаторий частей.

Summary

The author informs about the frequency of discogenic disorders found at the neurological out-patient department of the Central Military Hospital and compares it with the statements gained from the civil medical service. He points out the ethiopathogenetic factors of discogenic disorders at certain troops and services. He finds the neurological examination as the most important in the differentiation of lumbar syndroms in neurological and non-neurological disorders. He requires material and personal strengthening for neurological departments and unit infirmaries.

Literatura u autora.