

356.33:616.33—002.2

## K OTÁZCE CHRONICKÉ GASTRITIDY U VOJÁKŮ

Z. SULAN, F. SEDLÁK, V. HEROUT, Z. KOVÁŘ, V. DOBIÁŠ,  
interní oddělení vojenské nemocnice v Jaroměři (náčelník plk. MUDr. Václav Dobiáš),  
Patologicko-anatomický ústav LF v Hradci Králové (přednosta prof. MUDr. A. Fingerland, DrSc.)

Věnováno k padesátinám plk. prof. MUDr. V. Jurkoviče, DrSc.

Klinický význam chronické gastritidy ve vztahu k dyspeptickým obtížím je stále častějším předmětem zájmu v souhlase s tím, že v posledních letech přibývají u nemocných dyspeptické obtíže, jejichž charakter je v běžných klinických a laboratorních vyšetřeních dosti neurčitý.

V roce 1950 zavedl Wood do gastroenterologických vyšetření mechanickou sací bioptickou sondou, která umožňuje odběr žaludeční sliznice in vivo, histologickou klasifikaci gastritid i hodnocení dyspeptických obtíží vzhledem k anatomickým změnám na žaludeční sliznici. Bioptická sonda byla v průběhu let znovu konstruována nebo modifikována, a to jak v zahraničí (Tomonius, Henning, Heinkel aj.), tak i u nás (Šetka, Hradský).

Naše práce má být příspěvkem k upřesnění klasifikačních a diagnostických závěrů u vojáků, kteří trpí chronickým žaludečním dyspeptickým syndromem. Ve své práci se zabýváme těmito otázkami:

- Charakter gastrobiptických nálezů u zdravých a u vojáků s žaludeční dyspepsií (dále ž. d.).
- Vztah histologických nálezů k žaludeční sekreci.
- Diskuse a klasifikační závěry.

Ad a) Biptické vyšetření jsme prováděli u vojáků v základní službě, kteří trpěli dlouhodobě zažívacími obtížemi a u kterých jsme neprokázali při běžném gastroenterologickém vyšetření organické změny zažívacího traktu. Jako kontrolní skupinu jsme bipticky i klinicky vyšetřili zdravé lidi, většinou žadatele o přijetí do vojenských škol. Biptické vyšetření bylo provedeno ambulantně v rámci celkového vyšetření žadatelů. V anamnéze jsme u těchto vyšetřovaných nezjistili zažívací obtíže, infekční žloutenku nebo choroby a vady jiného rázu. Obě skupiny byly věkově stejnorodé od 17 do 24 let s věkovým průměrem 20—21 let. Biopsii žaludeční sliznice jsme prováděli mechanickou biptickou sondou vlastní výroby podle Hradského (2).

V tabulce 1 jsou zachyceny gastrobiptické nálezy u kontrolovaných zdravých osob a u vojáků s ž. d. a jsou vzájemně srovnány.

Ukazuje se, že u zdravých je výskyt histologicky prokazatelné gastritidy menší než 20 %, zatímco u dyspeptiků je více než dvojnásobný.

Další průzkum se týkal vztahu nálezu na žaludeční sliznici k délce dyspeptických obtíží. V tomto směru ukazuje další zajímavost a urči-

tu neshodu s literárními údaji tabulka 2, jež si všímá histologických nálezů u dyspeptiků, vzhledem k délce trvání jejich obtíží.

Z tabulky vyplývá, že výskyt histologicky prokázané gastritidy je tím častější, čím déle dyspeptické obtíže trvají.

Ad b) V této části práce srovnáváme žaludeční chemismus s gastrobiptickými nálezy. Žaludeční chemismus jsme vyšetřovali podle Lamblinga. Za ukazatele žaludeční sekrece při srovnávání byly použity tyto hodnoty: celkový objem žaludeční sekrece, maximální koncentrační acidita a průměrná nárazníková schopnost. Při srovnání celkového množství žaludečních šťáv s gastrobiptickým nálezem jsme nenalezli ve shodě s jinými pracemi žádnou korelaci. Naproti tomu sledování ostatních ukazatelů bylo užitečné. Výsledky srovnávání maximální koncentrační acidity a gastrobiopsie ukazuje tabulka 3.

Ve skupině „normální žaludeční sliznice“ jsou zařazeny nejen nálezy naprosto normální žaludeční sliznice, ale i nálezy hraniční. Ve skupině „žaludeční sliznice s patologickými změnami“ jsou zařazeny: povrchová gastritis těžšího stupně a atrofická gastritis. Ze srovnání vyplývá, že při snížené maximální koncentrační aciditě byly patologické změny na žaludeční sliznici nalezeny v 50 %, zatímco při normální a zvýšené maximální koncentrační aciditě jen ve 20,4 %.

Zhodnocení gastrobiptických nálezů a celkového odbytu HCl ukazuje tabulka 4.

Z tabulky vyplývá, že při sníženém odbytu HCl se vyskytují patologické změny na žaludeční sliznici ve 45,45 %, zatímco při normálním a zvýšeném odbytu pouze ve 20 %.

Dále jsme posuzovali průměrnou nárazníkovou schopnost a gastrobiptické nálezy. Zvýšení diferenciální acidity se shoduje podle literatury se závažností histologických změn na žaludeční sliznici. Ve snaze zmenšit na minimum možnost

Tab. 1

Gastrobiptické nálezy u dyspeptiků a u zdravých  
(v absolutních počtech a procentech)

Skupina	Nor. nález	Gastritis			Celkem
		sup. levis	sup. gravis	inc. atrof.	
Zdraví	55 83,34 %	2 3,03 %	9 13,63 %	— —	66 100 %
S žaludeční dyspepsií	31 59,5 %	6 11,5 %	12 23,3 %	3 5,7 %	52 100 %

Tab. 2

**Vztah gastrobioptických nálezů k délce dyspepsie**  
 (v absolutních číslech a procentech)

Délka potíží	Normál. nálezy	Gastritis			Celkem
		sup. levis	sup. gravis	inc. atrof.	
Do 1 měs.	10 77,0 %	—	3 23,0 %	—	13 100 %
Do 1 roku	13 59,1 %	3 13,5 %	4 18,9 %	2 9,5 %	22 100 %
Více než rok	8 47,0 %	3 17,6 %	5 29,4 %	1 6,0 %	17 100 %

technických nedostatků při odběru žaludečních šťav jsme určovali tzv. průměrnou diferenční aciditu. Vypočítáváme ji jako aritmetický průměr diferenčních acidit ze všech vzorků odebraných po podání histaminu. Tento nově zaváděný ukazatel se zdá být vhodným diagnostickým vodítkem pro posouzení stavu žaludeční sliznice z žaludečního chemismu.

Za normální průměrnou nárazníkovou schopnost jsme považovali hodnoty do 20 meq/l, za hraniční do 30 meq/l a za zvýšenou hodnoty nad 30 meq/l. Zjistili jsme, jak ukazuje tabulka 5, že při zvýšené nárazníkové schopnosti jsou patologické změny na žaludeční sliznici přítomny v 45,4 %, zatímco při normální a zvýšené diferenční aciditě jen v 21 %.

Ad c) Vojáci v základní službě s dyspeptickými obtížemi, charakterizovanými jako nepříjemné pocity v nadbřišku, regurgitace, říhání, nauzea a zvracení, střídavá chuť k jídlu, tvoří velkou část nemocných, kteří přicházejí k odbornému vyšetření na interní oddělení vojenské nemocnice. U převážné většiny těchto nemocných se nezjistí ambulatně ani na lůžku organické onemocnění zažívacího traktu.

V nedávné minulosti bylo přetrvávání obtíží vysvětlováno chronickou gastritidou diagnostikovanou rentgenologicky nebo gastrokopicky. Histologické vyšetřování vzorků žaludeční sliznice, získaných žaludeční bioptickou sondou, ukázalo, že rtg. vyšetření žaludku je pro správnou diagnózu gastritidy prakticky bezcenné a gastrokopie značně nespolehlivá (3, 4, 5, 9).

Tab. 3

**Vztah maximální koncentrační acidity ke gastrobioptickým nálezům**

Maximální koncentrační acidita	Žaludeční sliznice			
	normální		s patologickými změnami	
0—40 (celkem 10 nem.)	5	50,0 %	5	50,0 %
40—80 (celkem 32 nem.)	25	78,12 %	7	21,88 %
80 a víc (celkem 12 nem.)	10	83,00 %	2	17,00 %

Tab. 4

**Vztah celkového odbytu HCl ke gastrobioptickým nálezům**

Celkový odbyt HCl	Celkem vyšetřeno	Žaludeční sliznice			
		normální		s patologickými změnami	
0—4	11	6	54,55 %	5	45,45 %
4—14	24	18	75,00 %	6	25,00 %
14 a víc	11	10	90,91 %	1	9,09 %

Jediným bezpečným vodítkem pro diagnózu gastritidy zůstává histologické vyšetření vzorků žaludeční sliznice bioptickou sondou. Z našich výsledků vyplývá, že histologicky prokázaná chronická gastritida se vyskytuje u lidí zdravých bez jakýchkoli zažívacích obtíží v 16,66 % a naopak u vojáků s ž. d. v 59,5 % sliznice normální. Podobné výsledky, i když v rozdílném kvantitativním měřítku, vykazují i jiní autoři (1, 2).

Ve skupině vojáků s ž. d. se zánětlivé změny podle našich výsledků objevily 2krát častěji než v kontrolní skupině zdravých lidí. Jsme toho názoru, že asymptomaticky probíhající chronická gastritida u zdravých lidí je predispozičním momentem pro vznik funkčních poruch a z nich vyplývajících dyspeptických obtíží. Tato predispozice se nemusí projevit, chybějí-li další faktory, jako zvýšená reaktivita CNS, dlouhodobé duševní a fyzické přepětí, nepravidelnost stravování apod. Tyto faktory jsou pro vznik ž. d. závažnější než sama chronická gastritida. Tento názor podporuje i naše pozorování délky trvání dyspeptických obtíží v závislosti na frekvenci chronické gastritidy. S přibývajícím délkou trvání ž. d. stoupá i histologicky prokázaná chronická gastritis, ale přesto více než 60 % vyšetřovaných vojáků s ž. d. má žaludeční sliznici intaktní.

Pokud jde o možnost biologické diagnózy gastritidy, jak ji naznačil především Lambling (6, 7), mělo by mít hodnocení gastritidy podle žaludeční sekrece přednost před gastrobioptickým nálezem, neboť ten nás může informovat jen o malé části žaludeční sliznice, zatímco vy-

Tab. 5

**Vztah průměrné nárazníkové schopnosti ke gastrobioptickým nálezům**

Průměrná nárazníková schopnost	Celkem vyšetřeno	Žaludeční sliznice			
		normální		s patologickými změnami	
0—20	12	8	66,7 %	4	33,3 %
20—30	26	22	84,62 %	4	15,38 %
30 a víc	11	6	54,6 %	5	45,4 %

šetření žaludeční sekrece informuje o funkci celé sliznice. Snížená sekrece nebo její chybění by mělo být doprovázeno úbytkem sekrečních žlázek. To však neplatí vždy v plné míře. Hradský a kol. (2) se zmiňuje o pracích, kde při lehkých superficiálních gastritidách nebo při normálním nálezu na sliznici byla prokázána achlorhydrie. Mangold (8) dokonce uvádí, že při intaktní žaludeční sliznici lze zachytit achylia ve 4–13 % a že alespoň  $\frac{1}{3}$  má při normální sliznici značnou hypochlorhydrii. Část těchto výsledků lze jistě vysvětlit nedostatečným sekrečním podnětem, nicméně se zdá jasné, že nelze směřovat histologickou a biologickou diagnózu gastritidy. My sami jsme se při normální žaludeční sliznici nesečkali ani jednou s achlorhydrií, bylo-li provedeno vyšetření po podání 1 mg histaminu.

Význam určení celkového množství žaludečních šťav se neukázal důležitým pro posuzování kvality žaludeční sliznice, zatímco změny v odbytu HCl, maximální koncentrační aciditě i nárazníkové schopnosti jevíly zřejmě přímou závislost. Tato závislost platí ovšem jenom skupinově. Pro individuální posouzení má už daleko menší korelaci. Příčina je asi v tom, že i u atrofických gastritid lze počítat s ostrůvky zdravé tkáně a na druhé straně i lehká superficiální gastritida může mít výraznou infiltraci nebo edém povrchových partií, které znemožňují volnou sekreci. Z těchto důvodů se nám zdá, že hlavní význam vyšetření žaludečního chemismu spočívá v globálním posouzení funkční zdatnosti žaludeční sliznice, i když lze zhruba počítat, že achlorhydrie bude doprovázena spíše anatomickými změnami na žaludeční sliznici a hypersekrecí spíše normálním nálezem.

Z uvedených důvodů považujeme za vhodnější místo základní diagnózy chronické gastritidy užívat diagnózu chronická funkční žaludeční dyspepsie s uvedením histologického nebo jiného laboratorního nálezu, který by mohl být pre-disponujícím faktorem.

Významné je v této souvislosti i posudkové hlediště. Poněvadž chronická gastritida nemá určitý klinický obraz a vyskytuje se v dosti vysokém

procentu i u lidí bez zažívacích obtíží, nepovažujeme ani histologicky zjištěnou gastritidu za důvod pro změnu klasifikace. Na druhé straně může chronická ž. d. vést k podstatnému úbytku na váze, k alteraci duševních a fyzických sil nemocného. Proto považujeme za rozhodující ke změně klasifikace jen podstatné změny v klinickém obraze. Nález atrofické gastritidy je sám o sobě důvodem k dispenzarizaci, což je ve shodě i s jinými autory (2).

### Souhrn

Byla zjišťována frekvence chronické gastritidy u vojáků trpících ž. d. a zdravých jedinců bez jakýchkoli dyspeptických obtíží. Histologickým vyšetřením žaludeční sliznice byla prokázána chronická gastritida v 16,66 % u zdravých a v 40,5 % u nemocných s ž. d. Protože není korelace mezi chronickou gastritidou a klinickým obrazem, autoři doporučují nepovažovat diagnózu chronické gastritidy za důvod ke změně klasifikace. Rtg. diagnóza gastritidy je bezvýznamná. Zdůrazněno, že pro diagnózu chronické gastritidy je jediným bezpečným vodítkem histologické vyšetření vzorků žaludeční sliznice a pro posouzení sekreční funkce žaludeční sliznice vyšetření žaludečního chemismu podle Lamblinga.

### Literatura

1. Gašparov A., Petkovič D., Filipovič-Ristić, Elaković M.: Histološke promjene sluznice želuca kod zdravih mladića. Vojnosanit. Pregl. 17/7–8, 771, 1960.
2. Hradský M., Fixa B., Herout V.: Chronická gastritida, SZdN, Praha 1964.
3. Hradský M., Fixa B.: Příspěvek k diskusi mezi MUDr. Chocholáčem a doc. dr. Mařatkou. O možnostech rentgenologické diagnostiky chronické gastritidy. Čas. lék. čes. 100, 1178, 1961.
4. Chocholáč J.: Odpověď na diskusní příspěvek doc. dr. Mařatky: Možnosti rentgenové metody v diagnostice chronické gastritidy. Čas. lék. čes. 100, 573, 1961.
5. Chocholáč J.: Možnosti rentgenové metody v diagnostice chronické gastritidy. Čas. lék. čes. 100, 570, 1960.
6. Lambling A., Bernier J. J., Zahar J.: La diagnostique biologique de la gastrit. Arch. Mal. App. dig. 42, 885, 1953.
7. Lambling A., Bernier J. J.: Etude fonctionnelle de la sécrétion normale et pathologique. Gastroenterologia 92, 335, 1959.
8. Mangold R.: Schw. Med. Wschr. 80, 4, 1960.
9. Mařatka Z.: Odpověď na příspěvek Dr. Chocholáče „K možnostem rentgenové diagnózy gastritidy“. Čas. lék. čes. 100, 571, 1961.
10. Mařatka Z.: Praktická gastroenterologie, SZdN, Praha 1964.