

616.631.11:616.33-008.5)—074.9-079

K DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTICE A POSUDKOVÉ PROBLEMATICE POLYURIE A POLYDIPSIE

MUDr. Juraj FABIÁN

1. vnitřní oddělení Ústřední vojenské nemocnice, Praha
(náčelník doc. MUDr. Vladimír Dufek, CSc.)

Nejčastější příčinou polydipsie a vodní polyurie je diabetes insipidus. Hostomská a spol. (17) uvádějí, že ve své klasické formě se vyskytuje v poměru asi 10—16 případů na 100 000 nemocných. Podle některých autorů (23) je netypických a skrytých forem mnohem více, obvykle se však nediagnostikují. Kromě toho existují i jiné vzácnější poruchy vodního hospodářství, jak se ještě zmíním dále, s podobným klinickým obrazem jako diabetes insipidus. Někteří autoři mají tendenci označovat tyto stavy souborně jako „syndrom diabetes insipidus“ (cit. podle 8, 15) nebo „polyuropolydipsický syndrom“ (2, 7, 14, 18).

V letech 1958—1963 byli na 1. vnitřním oddělení ÚVN hospitalizováni 4 vojáci v základní službě s klinickým obrazem vodního polyuropolydipsického syndromu, nemocný O. F. byl hospitalizován na III. vnitřním oddělení ÚVN.

O etiopatogenezi, diagnostice a léčbě těchto stavů jsme podrobněji referovali s doc. V. Dufkem již jinde (12, 13). Zde bych rád upozornil na některé otázky diferenciálně diagnostické a především na problematiku vojenskoposudkovou, jak se u těchto stavů jevila a jak byla také řešena.

Posouzení schopnosti k výkonu vojenské služby je vždy zodpovědným lékařským úkolem, vyžadujícím především hluboké medicínské vzdělání a dokonalý přehled o zvýšených nárocích na organismus, které vyžaduje služba v ozbrojených složkách. Objektivní posudek musí vycházet především z důkladného klinickodiagnostického hodnocení zdravotního stavu, funkční zdatnosti organismu a znalosti prognózy zdravotní i pracovní. Je samozřejmé, že základním požadavkem je zde přesná diagnóza a znalost etiopatogeneze posuzovaných patologických stavů. Z toho hlediska je možno rozdělit dále popisované polyuropolydipsické syndromy do tří skupin:

1. Psychogenní polydipsie — mentální porucha řízení příjmu tekutin vznikající v důsledku vlivů psychických (1, 9, 26) nebo i jiných faktorů přechodně ovlivňujících antidiuretický systém (9, 11, 15, 22) a vedoucích ke vzniku podmíněného reflexu nadměrného pití vody.

2. Diabetes insipidus — absolutní nebo relativní nedostatek antidiuretického hormonu (16) v důsledku insuficience neurohypofýzy, způsobené známým místním patologickým procesem (symptomatická forma), dědičností (hereditární forma) nebo příčinou neznámou (idiopatická forma) (25).

3. Nefrogenní diabetes insipidus — renální porucha regulace vodního hospodářství vysvětlo-

vaná vrozenou (snad i později získanou?) (6) enzymatickou, dosud blíže neurčenou ledvinnou odchylkou, která brání fyziologickému uplatnění adiuretinu (5, 24, 27).

Rozlišení těchto nemocí je možné již na základě podrobné anamnézy a klinického vyšetření. Přitom se lze prakticky obejít i bez některých speciálních vyšetření (např. biologické titrace ADH, stanovení osmolarity séra a moče), které jsou dosud prováděny jenom v několika málo ústavech.

Rozsah této práce, jakožto i její zaměření nedovolují podrobně se zabývat diferenciální diagnostikou uvedených onemocnění. Shrnujím proto nejdůležitější charakteristické rysy psychogenní polydipsie, diabetu insipidu a nefrogenního diabetu insipidu do tabulky, i když jsem si vědom, že se tímto řešením nemohu vyhnout určitému schematismu. V podrobnostech odkazuji čtenáře na naše dřívější práce (12, 13), kde jsou uvedeny také literární odkazy k této problematice.

Rozpoznání nemocí, jak vyplývá z tabulky, je poměrně snadné. Přesto jsou možné diagnostické omyly, jejichž nejčastějším zdrojem bývá psychogenní polydipsie, která je někdy mylně považována za diabetes insipidus (4), jak tomu bylo u nemocného J. Ř.

1. Nemocný J. Ř. (č. z. 8941/831, 1958), 21letý voják, zařazen u Vnitřní stráže jako strážný se zdravotní klasifikací „schopen řadové služby“, byl poslán na vyšetření pro 4 měsíce trvající polyuropolydipsický syndrom. Sám udával hlavně velkou žízeň, takže denně musel pít až 10 litrů vody. Diuréza v prvním období hospitalizace kolísala mezi 2,4—6,6 l/den, spec. váha moče byla 1001—1014. Až na ojedinělé nálezy cukru v moči, vzniklé nepochybně snahou nemocného o simulaci, byly výsledky ostatních pomocných vyšetření v mezích normy. Přečhodná terapie Insipidinem neovlivnila podstatněji diurézu ani polydipsii. K redukci příjmu tekutin současně s normalizací diurézy a vymizením pozitivních nálezů cukru v moči došlo až v období, kdy již nemocnému byl znám návrh na změnu jeho dosavadní zdravotní klasifikace. Psychogenní polydipsie byla tehdy mylně považována za diabetes insipidus a nemocnému byla stanovena zdravotní klasifikace „dočasně neschopen vojenské služby“. Normální příjem vody s diurézou kolísající mezi 1—2 l/den (spec. váha 1005—1032) pak přetrvával až do konce hospitalizace i bez jakékoli léčby.

V důsledku nesprávného hodnocení klinické symptomatologie byl v uvedeném případě stanoven nesprávný diagnostický a tím i posudkový závěr a nemocný byl propuštěn z vojenské služby. Byl to však první nemocný s psychogenní polydipsií, který byl hospitalizován na I. vnitřním oddělení ÚVN. Také diagnostika polyuropolydipsických syndromů v době jeho ústavního sledování nebyla zde ještě tak propracována, jak je

**Diferenciálně diagnostické znaky psychogenní polydipsie, diabetu insipidu
a nefrogenního diabetu insipidu**

	Psychogenní polydipsie	Diabetes insipidus	Nefrogenní diabetes insipidus
Příčina	nepříznivé psychické vlivy nebo jiné faktory tlumící přechodně neurohypofyzární systém	patologický proces postihující neurohypofýzu, dědičnost nebo příčina neznáma	vrozená enzymatická ledvinná odchylka
Období vzniku	nejčastěji v dětství, v dospívání a v involuci	v kterémkoli období života	od narození
Pohlaví	převážně ženy	snad více muži	muži, jenom zcela výjimečně ženy
Polydipsie	kolísavá, závislá na duševním stavu a denní době	bez závislosti na denním období, celodenní i celonoční	
Průběh	onemocnění přechodné trvající několik týdnů, měsíců i mnoho let	onemocnění trvalé, zřídka přechodné	onemocnění trvalé, reparace není známa
Koncentrační schopnost ledvin	normální nebo mírně omezená	podstatně omezená	omezená, snad o něco méně než u diabetu insipidu
Funkční diagnostické testy stimulující neurohypofýzu	pozitivní, některé však mohou být i negativní	negativní	
Adiuretinový test	pozitivní		negativní
Stanovení antidiuretické aktivity séra	pozitivní	negativní	pozitivní
Léčba	psychoterapie	substituční - hormonální	dosud není, symptomaticky snad tlazidová diuretika

tomu nyní. Lze předpokládat, že cílenou, především psychiatrickou léčbou by bylo možno onemocnění u J. Ř. zvládnout, zejména, když polyuropolydipsický syndrom později ustoupil spontánně. Nemocný by jistě byl schopen s určitými úlevami nebo snad i bez změny zdravotní klasifikace vykonávat základní vojenskou službu, tak jak tomu bylo u dalších dvou nemocných, O. F. a V. V.

2. Nemocný O. F. (č. z. 11877/178, 1959), 19letý voják, zařazen u protivzdušné obrany se zdravotní klasifikací „schopen řadové služby“, byl ústavně léčen Reserpinem v dávce 0,5 mg/den pro kolísavou hypertenzi. Po 6 dnech této léčby vznikla výrazná polyurie a polydipsie. Nemocný pil až 8,5 litrů vody denně, diuréza kolísala mezi 4,5–6,6 l/den, spec. váha moče byla 1002–1014. Test odepření vody a zkouška se solní zátěží svědčily pro neporušený neurohypofyzární systém. Přerušení léčby Reserpinem neovlivnilo polyuropolydipsický syndrom, který přetrvával ještě asi 3 týdny. Teprve po důrazné domluvě a vysloveném zákazu pít větší množství vody omezil nemocný pítí a diu-

réza se normalizovala. Spec. váha moče stoupla na 1020. **D i a g n ó z a :** psychogenní polydipsie u labilní neurotické osobnosti s výraznou vegetativní dystonií a sklonem k hypertenzi. Nemocnému byla stanovena zdravotní klasifikace „schopen neřadové služby“.

3. Nemocný V. V. (č. z. 7979/669, 1963), 21letý voják, byl vyšetřován pro značnou polydipsii a polyurii, které si všiml ošetřující lékař nemocného na kožním oddělení, kde se léčil pro ektymata cruris utr.

U útvaru byl zařazen u protiletadlového dělostřelectva se zdravotní klasifikací „schopen řadové služby“. Vojenskou službu vykonával 18 měsíců. Nemocný udával, že asi v 10 letech začal pít více vody, když měl strach a pocit „prázdná v žaludku“. Po napití pociťoval určitou úlevu. Od té doby pil nápadně mnoho vody. V poslední době pil kolem 10–15 litrů vody denně a toto množství se ještě zvětšovalo při duševním napětí a různých obavách. Diuréza kolísala mezi 5–13 l na den, spec. váha moče byla 1000 až 1004. Velmi podrobným klinickým a laboratorním vyšetřením nebyly zjištěny, až na obezitu, zvýšené vylučování 17-KS močí (jak to někdy u obezných bývá) a lehce abnormní eeg. záznam, žádné podstatnější odchylky. Výsledky funkčních testů antidiuretické aktivity neurohypofy-

zární svědčily o neporušeném neurohypofyzárním systému. Biologickou titrací byla prokázána pozitivní antidiuretická aktivita séra nemocného. Onemocnění bylo zvládnuto individuální psychoterapií, doplněnou podáváním Fenmetrazinu-Spofa, který byl přechodně nahrazen placebem-Thiaminem-Spofa. Normální příjem a výdej vody pak přetrvával i po přerušení veškeré léčby. **D i a g n ó z a:** psychogenní polydipsie. Zdravotní klasifikace se nemění.

Nemocní s psychogenní polydipsií dobře reagující na příslušnou léčbu jsou schopni vykonávat ať již bez určitých úlev nebo s určitými úlevami základní vojenskou službu, což je také plně v souladu s platnými předpisy (28). Je však nutno zajistit jejich pravidelné odborné sledování a věnovat jim zvýšenou lékařskou péči.

U nemocných refrakterních na prováděnou terapii nebo u nemocných, kde jsou i jiné psychoneurotické nebo vysloveně psychopatické poruchy, nutno navrhnout dočasné přerušení základní vojenské služby, samozřejmě po předchozí odborné konzultaci psychiatra. Podobné případy psychogenní polydipsie se však u nás nevyskytly.

Pokud jde o diabetes insipidus, prof. V. Jurkovič ve své knize uvádí, že nemocný „... je neschopen řadové (i ostatní vojenské služby) kdekoliv v polních podmínkách“. (19). Tak se také postupovalo u nemocného J. M.

4. Nemocný J. M. (č. z. 12892/1203, 1958), 19letý voják, zařazen v základním výcviku pouze 12 dnů, byl odeslán k vyšetření a stanovení zdravotní klasifikace pro polyurii a polydipsii trvající 7 let.

Polydipsie a polyurie vznikla bez zjevné příčiny asi ve 12 letech. Nemocný pil kolem 10–15 litrů vody denně. Při nedostatku tekutin měl opakované kolapsové stavy. V posledních 4 letech užíval Insiptin intranazálně s dobrým výsledkem. Diuréza po vynechání Insiptinu kolísala mezi 6–7 l/den, spec. váha moče byla 1002. Test odepření vody svědčil o insuficienci neurohypofyzárního antidiuretického systému. Výsledky ostatních vyšetření byly v mezích normy. Insiptin při intranazální aplikaci redukoval diurézu na 1,2–1,5 l/den a spec. váha moče při této léčbě byla až 1028. **D i a g n ó z a:** idiopatický diabetes insipidus. Nemocnému byla stanovena zdravotní klasifikace „dočasně neschopen vojenské služby“.

Na základě takto změněné zdravotní klasifikace byl nemocný propuštěn z vojenské služby. Nabízí se však otázka, zda by alespoň někteří nemocní s lehkou formou idiopatického nebo vrozeného diabetu insipidu dobře odpovídajícího na substituční hormonální léčbu nebyli schopni absolvovat vojenskou službu se zdravotní klasifikací „schopen neřadové služby“. V civilním životě mohou totiž tito nemocní při správné a efektivní léčbě vykonávat bez obtíží prakticky všechna běžná povolání.

Někdy však tzv. „idiopatický“ diabetes insipidus může být prvním a někdy delší dobu pouze jediným příznakem jiného onemocnění, jak to názorně ukázal Randall se svými spolupracovníky (21). Z tohoto důvodu by bylo nutno nemocné s idiopatickým diabetem insipidem i při neměním se zdravotním stavu pravidelně dvakrát ročně kontrolovat v příslušné spádové nemocnici, což by se během vojenské služby dalo dobře uskutečnit.

Vojenská posudková problematika diabetu insipidu by zasluhovala větší pozornosti vůbec,

zvláště, když onemocnění vzniká také po válečných úrazech hlavy (20). Traumatický diabetes insipidus však může být někdy jenom přechodný.

Posouzení schopnosti k výkonu vojenské služby u nemocného s nefrogenním diabetem insipidem jistě nebude úkolem běžným. Onemocnění se totiž podle světového písemnictví vyskytuje jenom vzácně. Sami jsme však řešili vojenskou posudkovou problematiku u zde uváděného, dosud prvního v Československu, již jinde blíže popsaného (12) případu onemocnění nefrogenním diabetem insipidem u dospělého muže.

5. Nemocný V. F. (č. z. 1359/97, 1962), 20letý voják, byl odeslán k vyšetření hlavním lékařem útvaru pro výraznou polydipsii a polyurii s max. spec. váhou moče 1004, kterou zjistil u nemocného při léčbě kataru horních cest dýchacích na ošetřovně útvaru.

Nemocný byl zařazen jako střelec u pěší jednotky se zdravotní klasifikací „schopen řadové služby“. Základní vojenskou službu vykonával 16 měsíců. Výrazný polyuropolydipsický syndrom měl od narození. Polydipsie a polyurie byla trvalá, bez závislosti na denní době. V poslední době pil průměrně kolem 8 litrů (4–12 litrů) tekutin denně. Diuréza se pohybovala mezi 4–12,5 l. Spec. váha moče kolísala mezi 1000–1005.

Funkční diagnostické testy neurohypofyzární byly kompletně negativní při biologicky prokazatelné vysoké antidiuretické aktivitě séra. Postupně vyzkoušená intenzivní léčba adiuřetivními preparáty i jiná u těchto stavů doporučována terapie (Decorton, Insulin, Chlorurit, Hydrochlorothiazid, Salyrgane, Amidopyrin a KCl) byly naprosto bezúspěšné. **D i a g n ó z a:** nefrogenní diabetes insipidus. Zdravotní klasifikace byla změněna na „dočasně neschopen vojenské služby“.

Popsané onemocnění bylo zařazeno do skupiny tvrdošijných forem chorobných příznaků močového ústrojí, které vzdorují opakovanému, intenzivnímu a komplexnímu léčení. (28). Na základě toho byla u nemocného V. F. změněna zdravotní klasifikace na „dočasně neschopen vojenské služby“, i když nelze předpokládat, že dojde k úpravě zdravotního stavu, zvláště když onemocnění nelze dosud léčebně ovlivnit (12). Za zvláštních okolností by však jistě tento nemocný při zajištění dostatečného množství pitné vody mohl vykonávat s určitými úlevami zcela dobře vojenskou službu, zejména když tomu tak již bylo po řadu měsíců před přijetím na naše oddělení.

Z vojenského posudkového hlediska je jistě zajímavé, že nemocní V. F. a V. V. s velmi výrazným a dlouho trvajícím, i když etiopatogenicky odlišným polyuropolydipsickým syndromem, vykonávali přibližně rok a půl bez obtíží základní vojenskou službu se zdravotní klasifikací „schopen řadové služby“. Sami také při žádné z předchozích zdravotních prohlídek před nástupem ani po nástupu vojenské služby neupozornili lékaře na svou nemoc. V obou případech bylo onemocnění odhaleno náhodně při léčbě jiného, banálního, s polyuropolydipsickým syndromem nesouvisícího onemocnění.

Zvážíme-li však, že voják musí plnit úkoly i za těžkých a nepředvídaných podmínek, nepochybně i za situací, kdy je nedostatek pitné vody, pak může u takto nemocných dojít k vážnému ohrožení jejich zdravotního stavu, nebo v důsledku mučivé žízně také k služebním přestupkům, jak

to již bylo popsáno u diabetu insipidu (19). Z preventivních důvodů je proto nutné, aby vojenští lékaři na tyto stavy mysleli, snad i aktivně je vyhledávali a v případě oprávněného podozření, že jde o polyuropolydipsický syndrom, nemocného odeslali do příslušné vojenské nemocnice k podrobnému vyšetření a stanovení zdravotní klasifikace.

Je samozřejmé, že při posuzování schopnosti k vojenské službě je nutno vycházet především z platných předpisů a normativů, i když nelze opomenout, že tyto předpisy nemohou uvádět všechny poruchy zdraví, jejich dynamiku, eventuelní komplikace a stupeň funkčního přizpůsobení organismu (10). Jedině syntézou všech klinických poznatků, dokonalou znalostí náročnosti a specifity vojenské služby a bezpečným ovládním zdravotně posudkových předpisů lze dojít k správnému diagnostickému a posudkovému hodnocení zdravotního stavu formálně vyjádřenému příslušnou zdravotní klasifikací.

Souhrn

U 5 vojnů v základní službě byl popsán klinický obraz vodních polyuropolydipsických syndromů různé etiopatogeneze. Na základě výsledků vlastních klinických pozorování a studia příslušné literatury byla vypracována tabulka charakteristických znaků umožňujících rozlišení těchto nemocí.

Dva nemocní s psychogenní polydipsií (u třetího šlo o diagnostický omyl) byli ponecháni v základní vojenské službě. Nemocní s diabetem insipidem a nefrogenním diabetem insipidem byli propuštěni

z vojenské služby. Zůstává však otázkou, zda by někteří nemocní s idiopatickým nebo hereditárním diabetem insipidem nebyli schopni vykonávat vojenskou službu s vhodně upravenou zdravotní klasifikací.

Literatura

1. Barlow E. D., De Wardener H. E.: Quart. J. Med. 28, 110, 235 až 238, 1959.
2. Boulet P., Mirouze J., Barjon P.: Sem. Hop. 37, 40, 1759—1764, 1961.
3. Brod J.: Ledviny. SZN, Praha 1962.
4. Charvát J.: Antidiuretický hormon a neurohypofyza. SZN, Praha 1956.
5. Dancis J., Birmingham J. R., Leslie S. H.: Amer. J. Dis. Child. 75, 3, 316—328, 1948.
6. Darmady E. M., Griffiths W. S., Spencer H., Mattingley D., Stranack F., De Wardener H. E.: Lancet I, 378, 1955 [cit. dle 3].
7. Decourt J., Hurez D.: Presse Med. 69, 35, 1567—1568, 1961.
8. Dies F., Rangel S., Rivera A.: Ann. Intern. Med. 54, 4, 710—725, 1961.
9. Dingman J. F., Benirschke, Thorn G. W.: Amer. J. Med. 23, 2, 226—236, 1957.
10. Drašnar M.: Kompendium lékařské posudkové činnosti, I. díl, str. 453—465, SZN, Praha 1962.
11. Etienne-Martin P., Klepping Cl., Guerrin J.: Ann. Endocr. 21, 2, 287—292, 1960.
12. Fabián J., Dufek V.: Čas. lék. čes.: 103, 39, 1078—1084, 1964.
13. Fabián J., Dufek V.: Čas. lék. čes. V tisku.
14. Gilbert-Dreyfus, Sebäoun J., Delzant G.: Ann. Endocr. (Paris) 21, 4, 539—547, 1960.
15. Gilboa Y., de Vries A.: Intern. Med. 104, 3, 290—294, 1959.
16. Hankiss J.: Magy, Belorov. Archiv. 11, 1, 16—20, 1958.
17. Hostomská L., Stejskal J.: Čs. pediatr. 14, 3, 203—212, 1959.
18. Huguenin A.: Algérie Medicale: 66, 2, 165—177, 1962.
19. Jurkovič V.: Základy nemocničního a polního vnitřního lékařství, str. 351, Naše vojsko, Praha 1960.
20. Kuševskij B. P.: Opyt sovětskoj mediciny v velikoj otečestvennoj vojne 1941—1945. Medgiz, Moskva 1951, tom 29, glava VI.
21. Randall R. V., Clark E. C., Bahn R. C.: Proc. Mayo Clin. 34, 12, 299—302, 1959.
22. Ruffie R., Fournie A., Estivals J.: Ann. Endocr. (Paris). 23, 501—505, 1962.
23. Thomas W. C.: J. Clin. Endocrinol. Metab. 17, 565, 1957 (cit. dle 17).
24. Waring A. J., Kajdi L., Tappan V.: Amer. J. Dis. Child. 69, 5, 323—324, 1945.
25. Warkany J., Mitchel A. G.: Amer. J. Dis. Child. 57, 3, 603—606, 1939.
26. Wedeen R.: Ann. Intern. Med. 54, 4, 805—809, 1961.
27. Williams R. H., Henry C.: Amer. Intern. Med. 27, 1, 84—95, 1947.
28. Zdrav. 2—1. MNO, ZS, Praha 1961.