

356.33:616.24—002.5—036.65—084

PRÍČINY ZHORŠOVANIA PLŮCNEJ TUBERKULÓZY V ARMÁDE

Podplukovník MUDr. Anton RÁKAY
Vojenský ústav pre choroby pľúcne v Novej Polianke
(náčelník plk. MUDr. Dušan Skokňa)

V priebehu posledného desaťročia sa na úseku protituberkulózneho boja v armáde dosiahli výrazné úspechy. Zreteľne poklesla chorobnosť na tbc, zdokonalil sa systém prevencie proti prenikaniu nových ochorení do armády, podstatne sa zlepšilo existenčné zabezpečenie tuberkulózných vojakov, spresnili sa posudkové kritéria službyschopnosti a u vojakov z povolania sa vytvorili také podmienky pre dlhodobé liečenie, ktoré v drvivej väčšine prípadov umožnia uchrániť špecializované vojenské kádre pred prepustením do zálohy so všetkými existenčnými, spoločenskými a psychologickými dôsledkami.

Situácia v protituberkulóznom boji v armáde je v podstate zákonitým a presným odrazom súčasných vývojových tendencií tuberkulózy v celoštátnych rozmeroch a ovplyvňujú ju dve základné, antagonisticky pôsobiace odlišnosti. Prvou z nich je dobre organizovaný centralizovaný a kontrolovateľný systém preventívno-liečebných opatrení, ktorý umožňuje realizovať všetky aspekty a formy protituberkulózneho boja v určitom predstihu oproti podmienkam u ostatného obyvateľstva. Tento činiteľ je nevyhnutnou protiváhou oproti trvale negatívne pôsobiacemu faktoru špecifických zvláštností vojenskej služby a progresívne stúpajúcich nárokov na výcvik vytvárajúcich podmienky pre vznik nových a zhoršovanie existujúcich foriem tbc ochorenia.

Systematická dlhodobá práca a dosiahnuté úspechy sú však sprevádzané radom negatívnych javov, ktorých spoločným menovateľom je tendencia k podceňovaniu celého problému tuberkulózy u vojsk, najmä však na úrovni zdravotníckej služby u útvarov.

Dovŕšenie úsilia o spoľahlivú kontrolu a neskoršiu eradikáciu tuberkulózy v armáde si vyžaduje upozorniť na niektoré z faktorov, umožňujúcich buď prenikanie nových rozsiahlejších aktívnych ochorení do armády, alebo zhoršovanie známych i latentných stabilizovaných tuberkulóz.

Všetky nedostatky na tomto úseku zdravotníckej služby, ktoré analyzujeme v našej zpráve, sú podmienené nielen nedocenením závažnosti tbc ochorenia, ale aj obchádzaním a nedodržiavaním systému predpisov a nariadení, na ktorých stojí celá organizácia protituberkulózneho boja v armáde.

K takému záveru nás priviedol rozbor dokumentácie všetkých vojakov, ktorí sa liečili vo VÚCHP Nová Polianka v rokoch 1962 až 1967. V tomto období sme prepustili z ústavu spolu 371 vojakov základnej služby a 265 vojakov z povolania, liečených pre aktívnu pľúcnu tbc. Pri podrobnom štúdiu všetkých údajov z predchorobia sa ukázalo, že na vývoji aktívnej, neraz rozsiahlej tbc pľúc sa u vojakov základnej služby v 18,32 % prípadov a vojakov z povolania v 9,05 % prípadov okrem momentov daných povahou samotného tbc ochorenia celkom zrejme podieľal i rad okolností, vytváraných porušením základných princípov preventívnych protituberkulózných opatrení uzákonených v armáde. Niektoré z týchto negatívnych javov sa vyskytujú tak často, že považujeme za nevyhnutné upozorniť na hrozbu vážneho poškodenia zdravia vojakov vinou zľahčovania rizika tbc ochorenia.

Rozbor nášho materiálu ukázal, že najzásad-

nejšie nedostatky v protituberkulózných opatreniach sú u vojakov v základnej službe. Jednou z rozhodujúcich podmienok zabráňujúcich prenikaniu nových tbc do armády je systém depistážnych abrégografických vyšetrení, realizovaných civilnými zdravotníckymi zariadeniami v období pred nástupom služby.

V sledovanej skupine 68 vojakov, u ktorých predpokladáme súvis medzi progresiou tbc a zanedbaním preventívnych opatrení bolo 22 vojakov (32,4 %), u ktorých sa zistila aktívna tbc v rozpätí 1 až 3 mesiacov po zahájení výcviku a u každého z nich išlo o progresiu lézií pochádzajúcich z občianskeho života, prehliadnutých na abrégogramoch. U všetkých týchto pri retrospektívnom overení snímiek zo štítu urobených v časovom odstupe 6 až 12 mesiacov pred začiatkom služby sa dokázal typický minimálny, zvyčajne nestabilizovaný a nepreliečený aktívny tbc proces pľúc, s ktorým nováčkovia nastúpili do armády, spravidla s klasifikáciou „schopný radovej služby“, a ochorenie sa diagnostikovalo buď na základe klinických ťažkostí, alebo pri abrégografickej depistáži v prvých mesiacoch výcviku. V tejto dobe sa však už dokázala temer v $\frac{3}{4}$ z týchto prípadov BK pozitívna a viac ako v polovici prípadov deštruktívna forma pľúcnej tbc, pričom u 4 chorých z tejto skupiny sme klasifikovali zistený proces ako veľmi závažný.

Ďalšiu skupinu reprezentuje 10 vojakov v základnej službe, u ktorých sa neurobilo rtg vyšetrenie pľúc ani pri nástupe služby, ani v jej priebehu a chorí sa podrobili snímkovaniu až tesne pred ukončením dvojročnej základnej služby. S výnimkou 2 vojakov, ktorí nastúpili s klasifikáciou „schopný neradovej služby“ (zhodou okolností obaja pre hypertenzívnu chorobu!), všetci ostatní vykonávali službu u bojových útvarov s plným zaťažením. Pred prepustením do zálohy sa u 7 z nich zistil BK pozitívny a u 9 vojakov rozpadový tbc proces pľúc, ktorý sme v 2 prípadoch označili za veľmi závažný, zrejme sa vyvíjajúci dlhé mesiace pri intenzívnom výcviku a v podmienkach kolektívneho ubytovania u útvaru.

Pri rekonštrukcii vývoja tuberkulózy v tejto skupine 10 chorých sa ukázalo, že v 4 prípadoch bol nález na pľúcach pred nástupom služby bezpečne negatívny a u ostávajúcich 6 vojakov sa opäť retrospektívne dokázal tbc proces pľúc, ktorý ušiel pozornosti a vinou zanedbania preventívnych rtg vyšetrení pri začiatku a v priebehu 2-ročného výcviku veľmi výrazne progredoval.

Ďalšou okolnosťou, ktorá podstatne ovplyvňuje vznik aktívnych pľúcnych tuberkulóz u vojakov základnej služby, sú nedostatky v posudzovaní zistených procesov a napokon i v rešpektovaní stanovených klasifikácií. Pri rozbere nášho materiálu sme zistili, že porušenie platných predpisov o posudzovaní tuberkulózy mohlo spolupôsobiť na zhoršenie známych tbc procesov v 28 % nami sledovaných prípadov.

U 19 vojakov tejto skupiny sa buď pri odvoде, alebo po nástupe základnej služby dokázala tbc pľúc a 7 z nich sa dokonca liečili antituber-

kulotikami už v občianskom živote. Napriek tomu 16 vojakov nastúpilo službu bez zníženia klasifikácie a len u 3 sa stanovila klasifikácia „schopný neradovej služby“, pričom u jedného sa táto klasifikácia určila pre chybu zraku, u druhého pre prekonanú reumatickú horúčku a len u 1 vojaka pre pľúcnu tbc, ten však napriek klasifikácii a známej tbc nebol rtg kontrolovaný v priebehu celého dvojročného výcviku.

V tejto skupine vojakov, u ktorých dokázaná tbc neovplyvnila stupeň ich služobného zaťaženia, v priebehu 2 rokov výcviku v 11 prípadoch vznikla rozpadová, u 8 chorých BK pozitívna tbc pľúc, pričom u jedného z nich proces dosiahol veľký rozsah.

Skúsenosti z posledných rokov ukazujú vážne dôsledky, ku ktorým vedie nedocenenie klinických príznakov vyvíjajúcej sa pľúcnej tuberkulózy, najmä na úrovni zdravotníckeho zabezpečenia útvarov. V skupine 68 vojakov základnej služby, u ktorých podľa nášho rozboru vznik aktívnej tbc okrem iných faktorov ovplyvnilo i zanedbanie preventívno-liečebných opatrení stanovených predpismi, viac ako v 22 % prípadov hrala nemalú úlohu nevšímavosť útvarových lekárov k evidentným a klasickým klinickým príznakom progredujúceho tbc ochorenia.

Vo všetkých týchto prípadoch sa vojaci zavčasu hlásili na ošetrovni s príznakmi rýchleho chudnutia, teploty, a dokonca s hemoptýzami a napriek príznakom boli ponechávaní v službe, zväčša boli dlhodobe a bez efektu liečenia symptomaticky a na rtg vyšetrenie boli odosielaní až v období vyvrcholenia pľúcneho procesu. Výrazné klinické ťažkosti trvali u 4 vojakov do 3 mesiacov, u 5 ďalších do pol roka a u 7 chorých v rozsahu od 12 do 8 mesiacov.

Keď spravidla po opakovaných návštevách na ošetrovni sa chorí konečne dostali na rtg vyšetrenie, v tejto skupine sa u 15 vojakov zistila rozpadová tbc pľúc a u 11 z nich i BK pozitívita, pričom u 4 chorých sa dokázal veľmi závažný tbc proces. Jeden z týchto vojakov pri 8 mesiacov trvajúcim dusivom kašli, bohatej expektorácii, prudkom chudnutí, stupňujúcej sa dysfáгии a úporných hnačkách vyhľadal lekára len raz a potom sa snažil disimulovať, aby nemusel predčasne ukončiť vojenskú službu a aby nezťažil situáciu svojej sociálne postihnutej rodiny. Po tejto dobe sa však zistila ťažká pľúcna tbc s obojstrannými rozpadmi, BK pozitivitou a súčasná tbc hltanu a čriev v ileocekalnej lokalizácii.

Vo veľkej časti podobných prípadov sa napak chorí vojaci sami opakovane dožadovali rtg vyšetrenia a mnohí z nich boli niekoľkokrát prepustení z krátkodobého liečenia na ošetrovni priamo do náročného výcviku, napriek alarmujúcim klinickým príznakom.

V úvode k našej zpráve uvádzame, že pri rozbere okolností, ktoré mohli ovplyvniť vznik aktívnych pľúcnych tuberkulóz u vojakov z povolania, v 9,05 % prípadov vidíme príčinu v zanedbaní systému preventívno-liečebných opatrení.

Z celkového počtu 24 vojakov z povolania tejto skupiny vývoj aktívnej, často rozsiahlej pľúc-

nej tbc možno v 62,5 % prípadov dať do príčinného súvisu s vážnym zanedbaním depistážnych abrégografických akcií a pravidelných kontrol zdravotného stavu dôstojníkov, nariadených v armáde. V predchorobí týchto vojakov z povolania sme zistili, že 4 z nich neboli rtg vyšetrení 2 roky, ďalší traja 3 roky, u 6 vojakov z povolania sa neurobila rtg kontrola pľúc v priebehu 4 rokov a poslední 2 dôstojníci počas 6 rokov služby neboli vôbec rtg snímkovaní.

Po takom dlhom časovom intervale medzi jednotlivými rtg vyšetreniami sa v tejto skupine u 7 vojakov z povolania zistila BK pozitívna a v 8 prípadoch deštruktívna tbc pľúc, ktorá u 3 chorých vyvrcholila rozsiahlym obojstranným procesom. U jedného z nich si rozsah ochorenia vyžiadala urobiť pľúcnu resekciu.

Druhá skupina faktorov, ktoré podľa nášho názoru mohli spolupôsobiť pri vývoji aktívnej tbc u vojakov z povolania, súvisí s nedostatkami v klasifikačnom posudzovaní známej tuberkulózy, vyskytujúcimi sa u našich chorých v 16,7 % prípadov. U všetkých týchto vojakov z povolania pľúcne tbc ochorenie bolo známe niekoľko rokov, ale vojaci vykonávali službu s nezníženou klasifikáciou, spravidla všetci u bojových útvarov, s veľkým služobným zaťažením. U všetkých týchto chorých vznikla rozpadová BK pozitívna tbc pľúc, riešená u jedného z nich pľúcnou resekciou.

Základné okolnosti vývoja deštruktívnej bacilárnej tuberkulózy sú v tejto skupine veľmi podobné: všetci vojaci z povolania pri známej, zdanlivo stabilizovanej, neliečenej a často i nekontrolovanej pľúcnej tbc vykonávali zodpovedné veliteľské funkcie u bojových útvarov so službou bez ohľadu na pracovnú dobu, s častými cvičeniami v teréne a v každej ročnej dobe. Už v úvode k našej zpráve sme pripomenuli, že napriek výrazným úspechom protituberkulózneho boja v armáde ostáva tuberkulóza vojakov, najmä vo svojich epidemiologických, sociálnych a ekonomických aspektoch, ešte stále problémom, ktorý nepripúšťa podceňovanie.

K vyššie spomínaným okolnostiam, ktoré môžu príčinne spolupôsobiť pri zhoršovaní pľúcnych tuberkulóz u vojakov z povolania pristupuje ešte niekoľko nie bezvýznamných faktorov, ktorých spoločným menovateľom je neodôvodnené zľahčovanie rizika tbc ochorenia zo strany veliteľských orgánov, útvarových lekárov a napokon i zo strany samotných vojakov z povolania. V praxi útvarových lekárov nie sú ojedinelé prípady, kedy vojaci z povolania, najmä veliteľské kádre útvarov, sa vyhýbajú rôznym preventívnym vyšetreniam, očkovacím akciám i hromadnému rtg snímkovaniu.

Takto vznikajú neúmerne dlhé intervaly medzi jednotlivými rtg vyšetreniami, pričom istú úlohu hrá i premiestňovanie, odvelenie a dlhodobé školenia. Pri realizácii preventívnych opatrení majú lekári útvarov neraz organizačné ťažkosti, vytvárané neúnosným preferovaním služobných úloh pred ohľadmi na zdravie podriadených. V prípade tuberkulózy všetky tieto momenty môžu

žiu rozhodujúcim podielom spolupôsobiť pri vývoji ťažkých foriem pľúcnej tuberkulózy s rizikom trvalého poškodenia zdravia vojakov a po prípade aj invalidizácie.

Výsledky štúdia problému vzniku progredujúcich pľúcnych tuberkulóz poskytujú možnosť urobiť niekoľko záverov.

U vojakov v základnej službe, ktorí sa v posledných 5 rokoch liečili vo VÚCHP Nová Polianka pre aktívnu tbc zistenú v priebehu služby, v 18,32 % prípadov sa na podstatnom zhoršení procesu vo väčšej alebo menšej miere podieľali okolnosti, ktoré možno označiť za viacmenej špecifické pre službu v armáde. K nim patria:

1. nedostatky v kvalite hodnotenia abrégografických nálezov v období pred nástupom služby, zistené v našom materiáli v 32,4 % prípadov;
2. zanedbanie systému preventívneho depistážneho snímkovania pri nástupe základnej služby a v celom jej priebehu, ktoré u našich chorých sme zaznamenali v 14,5 % prípadov;
3. chyby v klasifikovaní známych tuberkulóz pri neuspokojivom využívaní posudkových kritérií a rešpektovaní stanovených klasifikácií, ktoré dávame do súvisu s progresiou nálezov v 28 % nami sledovaných prípadov;
4. podceňovanie klinických prejavov progredujúcej pľúcnej tbc a nedostatočné uplatňovanie systému preventívno-liečebných opatrení na úrovni zdravotníckej služby u útvarov, ktoré spolupôsobilo pri vývoji rozsiahlejších tuberkulóz v 25,1 % našich chorých.

Pri všeobecne známej výraznej tendencii tbc k progresiám a za prispenia týchto faktorov vznikla rozpadová tbc pľúc v sledovanej skupine vojakov v základnej službe v 73,8 % prípadov, pričom v 23,5 % prípadov išlo o veľmi rozsiahle deštruktívne procesy a v 69,0 % prípadov sa dokázala BK pozitívna, ktorá v podmienkach kolektívneho ubytovania sa dá hodnotiť ako epidemiologicky zvlášť závažná. Charakter procesu si u 2 chorých vojakov vyžiadala urobiť pľúcnu resekciu a v každom jednom prípade prepustenie do zálohy.

U vojakov z povolania, liečených pre aktívnu pľúcnu tbc vo VÚCHP Nová Polianka v rokoch 1962 až 1967, zanedbanie systému preventívno-liečebných opatrení v priebehu služby s najväčšou pravdepodobnosťou spolupôsobilo pri podstatnom zhoršení pľúcneho procesu v 9,05 % prípadov. Do príčinnej súvislosti s progresiou tuberkulózy dávame predovšetkým tieto momenty:

1. nepravidelnosť v preventívnom depistážnom snímkovaní s veľkými intervalmi medzi jednotlivými vyšetreniami, ktorú sme zaznamenali v 62,5 % prípadov. Tieto chyby treba pripočítvať nielen na vrub práce útvarových lekárov, ale aj na ľahostajný postoj niektorých vojakov z povolania k svojmu vlastnému zdraviu;

2. zanedbanie posudkových hľadísk v klasifikácii tuberkulózy, umožňujúce tuberkulóznym vojakom z povolania vykonávať funkcie neúnosne náročné z hľadiska ich zdravotného stavu. V sledovanej skupine vojakov z povolania túto okolnosť dávame v 16,7 % prípadov do súvisu s podstatnou progresiou pľúcnej tbc v priebehu služby;
3. v 20,8 % prípadov vývoj rozsiahlejších foriem pľúcnej tuberkulózy príčinne súvisí s podceňovaním neraz dlhotrvajúcich typických klinických ťažkostí nielen zo strany útvarových lekárov, ale aj zo strany samotných vojakov z povolania, ktorí sa neraz vyhýbajú rtg vyšetreniu z obavy pred existenčnými dôsledkami dlhodobej neschopnosti k službe.

Vplyvom samotného charakteru tbc ochorenia a pri spolupôsobení vyššie uvádzaných momentov v sledovanej skupine vojakov z povolania v 54,1 % prípadov vznikla rozpadová tbc pľúc, pričom v 25,0 % prípadov proces dosiahol charakter veľmi závažnej deštruktívnej tuberkulózy a v 50 % prípadov sa dokázala aj BK pozitivita.

Pre rozsah procesu sa u 3 vojakov z povolania musela urobiť pľúcna resekcia a v 87,9 % prípadov si charakter ochorenia vyžiadal preskumné riadenie so znížením klasifikácie, z toho v 2 prípadoch s trvalou invalidizáciou.

Závěry

Organizácia protituberkulózného boja v armáde sa opiera o systém opatrení, ktorých dôsledná realizácia na všetkých stupňoch zdravotníckeho zabezpečenia vojsk vytvára neobyčajne priaznivé podmienky pre dovŕšenie úsilie o likvidáciu tuberkulózy vojakov ako hromadného ochorenia. Výrazné úspechy dosiahnuté na tomto úseku v posledných rokoch však vyvolávajú i celý rad nedostatkov pri uskutočňovaní preventívno-liečebných opatrení, podmienených podceňovaním stále aktuálneho rizika tbc ochorenia u vojakov.

Za základný faktor umožňujúci prenikanie nových aktívnych tuberkulóz do armády považujeme neuspokojivú kvalitu a bréografickej depistáže tuberkulózy u brancov, pričom nemalú úlohu hrá príliš veľký 6mesačný až 12mesačný a niekedy i 18mesačný časový odstup medzi rtg vyšetrením a nástupom do základnej služby. Zanedbávanie evidentných klinických príznakov vyvíjajúcej sa tuberkulózy lekármi útvarov, nedostatočné využívanie posudkových kritérií pre stupeň služobného zaťaženia tuberkulózných vojakov a nepravidelnosť v uskutočňovaní preventívnych rtg vyšetrení vojakov základnej služby i z povolania, to všetko vytvára ešte stále neúmerne veľa možností pre vývoj rozsiahlych deštruktívnych bacilárnych pľúcnych tuberkulóz v armáde.

Odstránenie týchto nedostatkov s hrozivými následkami pre zdravie vojakov si vyžaduje podstatne zlepšiť kvalitu a organizovanosť preventívnej starostlivosti najmä na úrovni zdravotníckeho zabezpečenia útvarov pri dôslednom uplatňovaní princípu osobnej zodpovednosti veliteľov za zdravie podriadených.

Súhrn

Autor upozorňuje na rad nedostatkov pri realizácii systému protituberkulózných preventívno-liečebných opatrení, umožňujúcich vznik rozsiahlejších tbc procesov pľúc v armáde. Za základné príčiny zhoršovania pľúcnej tbc u vojakov sa považujú tieto okolnosti: neuspokojivá kvalita rtg depistáže u brancov, nepravidelnosť pri preventívnych rtg vyšetreniach u vojakov základnej služby i z povolania, nedostatočné využívanie posudkových kritérií pre stanovenie schopnosti k službe u tuberkulózných vojakov a zanedbávanie evidentných klinických príznakov aktívnej pľúcnej tbc lekármi útvarov. Uvádzané nedostatky autor vysvetľuje neopodstatneným podceňovaním rizika tbc ochorenia lekármi útvarov i samotnými vojakmi.

Práca bola prednesená na konferencii vojenských ftizeologov a rentgenológov v Plzni 21. 9. 1967