

# VOJENSKÉ ZDRAVOTNICKÉ LISTY

ROČNÍK XXXIX

ČERVEN 1970

ČÍSLO 3

616—002.5—055.1

## TUBERKULÓZA MLADÉ MUŽSKÉ POPULACE

Genmj. MUDr. Miroslav HEMALA, CSc.

V posledních desetiletích podstatně poklesl podíl infekčních nemocí obecně a tuberkulózy speciálně na nemocnosti a úmrtnosti našeho obyvatelstva. Současný stav je výslednicí složitého procesu, v němž sehrála pozitivní úlohu celá řada faktorů. Nesporný úspěch slavila epidemiologie, podporovaná neustálým zkvalitňováním laboratorních oborů. Svoji úspěšnou roli sehrál rozvoj industriální socialistické společnosti a s tím spojený prudký vzestup materiálně technické základny zdravotnictví (chemie — farmaceutický průmysl, biologie — očkovací látky, přístrojová základna — zkvalitnění diagnostiky atd.).

Soustředěné úsilí, jehož úspěchy byly podmíněny rozvojem celé řady oborů a jejich výsledků (soustavná vakcinace, antibiotika, chemoterapeutika, hormonální léčba, rtg diagnostika aj.), vyústilo do takového optimismu, že na pořad dne byly nastolovány otázky studia metodologie eradikace tbc (3), byly provedeny korektury počtu lůžek v tbc léčebnách atd. Sugestivní interpretace pozitivních výsledků v boji proti tbc (i v terapii 1) vedly k velmi optimistickým závěrům. Domníváme se, že pro střízlivější pohled svědčí i výsledky naší studie, která v hodnotách prevalence uvádí dynamiku i strukturu nemocnosti tbc osmnáctiletých mladých mužů v desetileté časové řadě. Celkový počet souboru je 1 071 768. Ukazatele reprezentují výskyt na 1000 šetřených. Registrovány byly jen případy ústavně potvrzené. Základní materiál byl rozčleněn do dvou kategorií:

A) **Závažné stavy** — podle kritérií, která jsou současně diagnostickým prahem: aktivní rozsáhlá tbc plic, postihující nejméně 3/3 plicního pole s rozpadem a masívně (mikroskopicky) pozitivními BK, nebo (bez ohledu na aktivitu) při trvale těžkých poruchách činnosti hrudních orgánů v dů-

sledku tbc onemocnění. Dále do této kategorie zařazujeme aktivní, méně rozsáhlou tbc plic s BK pozitivními pouze kultivačně, nebo negativními, s menším rozpadem nebo bez rozpadu, včetně exsudativní pleuritidy. Nakonec sem patří tbc inaktivní, menšího i většího rozsahu, při celkově špatném stavu nebo s větší poruchou funkce, popř. s příznaky aktivity v posledních pěti letech.

B) **Do druhé kategorie** byla zařazena ta onemocnění, která jsou reprezentována zhojenými formami inaktivní tbc menšího rozsahu při uspokojivém celkovém stavu, nebo jen s mírnými poruchami funkce a bez příznaků aktivity nejméně v posledních pěti letech. Dále sem byla zahrnuta inaktivní tbc plic nepatrného rozsahu, při příznivém celkovém stavu, bez poruch funkce a rovněž i zde bez příznaků aktivity nejméně v posledních pěti letech. Posléze sem patří dokonale zhojený primární komplex při dobrém celkovém stavu.

Rozdíl mezi oběma kategoriemi je zřejmý a podle našeho soudu nepotřebuje zvláštní objasňování. Druhá kategorie je zajímavá navíc tím, že umožňuje neobvyklý pohled na zjištěná proběhlá tbc onemocnění mládeže mužského pohlaví ve věku 13—18 let.

Vývoj ukazatelů desetileté časové řady ukazuje tab. 1.

Celostátní ukazatel celkového výskytu zůstává — nehledě na určité oscilace — ke konci časové řady na stejných hodnotách jako na počátku. Totéž je vidět i na ukazatelích obou národních celků. Značně však klesá podíl závažných stavů. Snížení je výraznější u české populace, jejíž ukazatel je dvojnásobně nižší než na Slovensku.

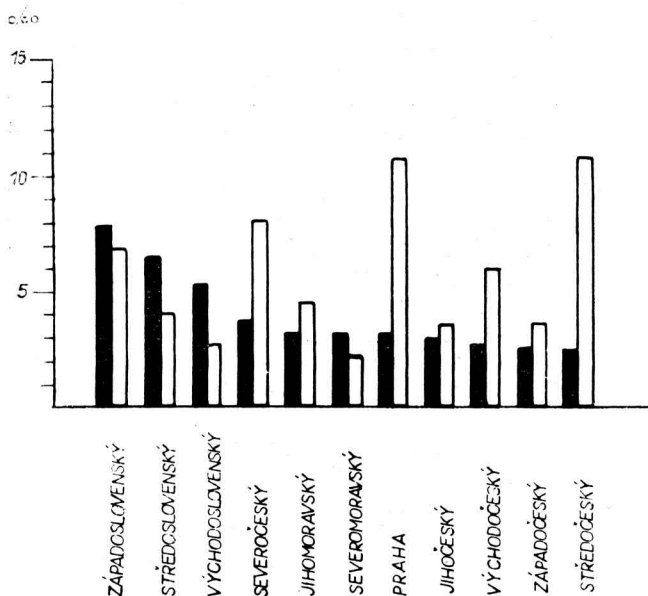
Ve struktuře celostátního ukazatele jsme našli:

tuberkulózu dýchacího ústrojí v 87 %,  
mimoplicní tuberkulózu ve 13 %.

Od těchto průměrných hodnot jsme v jednotlivých letech nenalezli výrazné odchylky. Ve srovnání s údaji o povinných hlášeních plicní a mimoplicní tbc podle oficiálních materiálů za rok 1966 (6) jsme neshledali rozdílné poměry (88 % a 12 %). Naproti tomu ve všech sledovaných letech jsme našli vyšší výskyt tbc kostí a kloubů. Např. v naší sestavě za rok 1966 7 % a podle zdravotnické statistiky 1966 4 %. Podíl ostatních diagnóz tbc (jiné formy) je přibližně stejný jako uvádějí sestavy státní zdravotní správy ve věkové skupině: muži 15—24 roků.

Výrazné rozdíly ve výskytu tbc u šetřených populačních ročníků jsme nenalezli jenom mezi národními celky, ale i mezi jednotlivými kraji navzájem. V grafu 1 uvádíme pořadí jednotlivých krajů ČSSR (r. 1967) podle hodnot ukazatelů obou námi sledovaných kategorií. První, plně vytažený sloupek udává hodnoty závažných stavů. Druhý, prázdný, vyjadřuje hodnoty druhé kategorie — vyléčených inaktivních forem tbc.

Graf 1



Pořadí krajů je stanoveno podle klesajících hodnot ukazatele výskytu závažných stavů tbc. Prvá tři místa zaujímají kraje slovenské. Rozdíly hodnot ukazatelů proti českým krajům jsou značné. Určitou analogii nacházíme i ve srovnání ukazatelů incidence tbc v českých zemích a na Slovensku (4).

Z grafu vyplývá nápadný rozdíl ve výskytu závažných a inaktivních forem. Tato skutečnost se opakuje jak v jednotlivých letech časové řady, tak i v ukazatelích národních i krajských. Interpretace této skutečnosti je velmi obtížná. Po detailních analýzách do okresů vto, včetně studia epidemiologického procesu tbc, jsme dospěli

k závěru, že rozdíl ukazatelů výskytu mezi aktivními a inaktivními formami tbc může být v první řadě způsoben tím, že u sledované populace dochází v českých zemích k primoinfekci dříve než na Slovensku. Jde tedy o určitý časový posun. Současně konstatujeme, že věkový úsek 13—18 roků patří v současné době u dospívající mužské populace k nejvíce ohroženému období vůči infekci tbc. Domníváme se, že náš závěr je v souladu s konstatováním Trägrové a Virsíka (5): „Na základě údajů o promórenosti tuberkulózy u nás je možno předpokládat, že více než polovina lidí se infikuje až po 15. roce života. Není proto pochybnosti o tom, že určitý počet specifických onemocnění u mladistvých, která považujeme za postprimární tuberkulózu, je ve skutečnosti obrazem primární ftízy z pozdní primoinfekce, která — získána po 15. roce života — vede častěji k ftizickému vývoji než primární afekce získaná v dětství.“ O správnosti posléze citovaného názoru Trägrové a Virsíka svědčí i naše zkušenosti: Nežřídka se při nástupu do vojenské základní služby setkáváme s případy kazeózní pneumonie, s pokročilými otevřenými oboustrannými nálezy, u nichž byl předcházející rtg (před 3—12 měsíci) prokazatelně zcela normální. Není vyloučeno, že na nápadný rozdíl mezi závažnými stavy a inaktivními formami má vliv i nestejná interpretace rtg obrazů při rtg katastru. Někteří čtenáři interpretují nález jako P IV, zatímco jiní jej považují za normální. Přeborovský soudí, že rozdíly mezi kraji — zejména českými, mohou záviset i na důkladnosti provádění rtg katastru.

Tyto skutečnosti spolu s hodnotami ukazatelů výskytu tbc u sledované populace svědčí o tom, že problém tbc zdaleka není vyřešen a že si tato choroba ponechává i nadále svoji neúprosnou zákeřnost se všemi dalšími důsledky pro nositele. Při hodnocení dosažených úspěchů, ale i neúspěchů v boji proti tbc nemůžeme opomenout zejména dvě skutečnosti:

1. Velký rozdíl — snad i rozpor — ve schopnostech a možnostech moderní terapie na jedné straně a ve schopnostech a možnostech základního medicínského článku aktivně vyhledávat tbc nemocné na straně druhé. Je jasné, že jde o různé roviny úvah, nicméně z hlediska epidemiologického procesu se nutně snažíme vidět oba dva faktory v jejich spojitosti a rozporné jednotě. Křivinka (1) vyjadřuje své optimistické krédo na efekty současných metod léčení tuberkulózy takto: „Řádná antituberkulotická léčba, to znamená dlouhodobá, soustavná, nepřerušovaná, kombinovaná, opírající se o přesné stanovení citlivosti mykobakterií na antituberkulotika zbaví do 6 měsíců nakažlivosti prakticky 100 % nově zjištěných nemocných a 60—80 % nemocných s rezistentními mykobakteriemi. U nově a správně léčených nemocných ustoupí neuvěřitelně rozsáhlé procesy. Pokud se proces nezhojí konzervativní léčbou, dnešní chirurgická léčba — resekce plic různého stupně — odstraní radikálně a poměrně velmi bezpečně buď celou nebo hlavní lézi.“

Tabulka 1

## A) ČSSR

Název	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967
Celkový výskyt	8,74	9,66	11,52	10,80	10,77	7,32	8,30	9,42	7,97	8,25
Z toho závažných stavů	6,72	6,85	7,23	6,61	6,39	5,17	4,95	4,54	4,19	4,23

## B) České země

Název	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967
Celkový výskyt	7,87	7,96	10,33	9,95	9,75	8,32	7,38	8,64	7,85	9,85
Z toho závažných stavů	5,54	5,44	5,22	5,34	4,64	3,94	4,02	3,16	2,91	2,99

## C) Slovensko

Název	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967
Celkový výskyt	11,47	14,03	13,78	13,77	14,16	12,21	11,32	11,67	11,49	11,12
Z toho závažných stavů	9,45	10,11	13,39	10,06	10,94	8,42	7,76	8,04	7,46	6,95

Jak omezené jsou naproti tomu diagnostické možnosti a vyhledávání tbc nemocných v terénu! V podstatě jde o možnosti radiofotografie, jako základní staré metody v „novém vydání“. Souhlasíme s Přeborovským (3), že radiofotografie se stala na celém světě samozřejmou součástí prevence tbc a ostatních chorob dýchacího ústrojí a stala se sloupem této prevence. Dovolíme si ovšem dodat: radiofotografii považujeme za skutečný sloup této prevence — ale za nic více a nic méně.

2. Od roku 1961 dochází k určité stagnaci ukazatelů onemocnění tbc. Zdá se, že proces šíření tbc — tedy v prvé řadě jeho epidemiologické zákonitosti — zřejmě má takové zvláštnosti, které tvrdošijně odolávají dosavadním formám a metodám preventivních protiepidemických opatření. Daleko výraznější než dříve je chronický charakter tbc procesu u šetřené populace.

**Závěr**

Analýza desetileté časové řady ukazatelů tbc onemocnění u mladé mužské populace ČSSR prokázala, že i nadále je nutno věnovat boji pro-

ti tuberkulóze komplexní pozornost. Výskyt této choroby je u šetřené populace vyšší na Slovensku než v českých zemích. Současně byla potvrzena vyšší vnímavost na tbc u mladistvých mezi 13—18 lety. Poměrně vysoké ukazatele prevalence podtrhují i sociální důsledky této choroby. Jsou to zejména: dlouhodobé vytržení z pracovního procesu, snížení výdělečných schopností, dočasná nebo trvalá ztráta kvalifikace (případně nutnost zaškolení do nového zaměstnání).

**Literatura**

1. Křivinka, R.: K některým otázkám invalidity pro tuberkulózu. In Kompendium lékařské posudkové činnosti II. Praha, SZN, 695.
2. Přeborovský, F.: Význam a perspektiva hromadné radiofotografie v diagnostice nemocí dutiny hrudní v ČSLA. Voj. zdrav. Listy, XXXVIII, 1969, 5, 198 až 199.
3. Raška, K.: Vývoj, úkoly a koncepce naší epidemiologie — in Ideové základy československé medicíny. Praha, SZN 1964, 179.
4. Statistická ročenka Československé socialistické republiky. Praha, SNTL 1966, 611.
5. Trágrková, M., Virsík, K.: Posuzování pracovní schopnosti u plicní tuberkulózy. In Kompendium lékařské posudkové činnosti II. Praha, SZN 1963, 695.
6. Zdravotnická statistika ČSSR. Tuberkulóza 1966. Praha, ÚZSt 1967, 79.