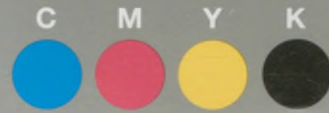




Grey Scale #13



A 1 2 3 4 5 6 M 8 9 10 11 12 13 14 15 B 17 18 19



MINISTERSTWO OBRONY NARODOWEJ

Zdr. 49/56

WYTYCZNE POSTĘPOWANIA
LECZNICZO - ORZECZNICZEGO
W STOSUNKU

DO ŻOŁNIERZY SŁUŻBY ZASADNICZEJ
ORAZ ŻOŁNIERZY ZAWODOWYCH
(NADTERMINOWYCH)
W PRZYPADKACH NERWIC

WYTYCZNE POSTĘPOWANIA
W PRZYPADKACH MOCZENIA NOCNEGO
WŚRÓD ŻOŁNIERZY

WYDAWNICTWO MINISTERSTWA OBRONY NARODOWEJ

1 9 5 6



Blue

Cyan

Green

Yellow

Red

Magenta

White

3/Color

Black

Colour Chart #13



Zdr. 49/56

WYTYCZNE POSTĘPOWANIA
LECZNICZO - ORZECZNICZEGO
W STOSUNKU
DO ŻOŁNIERZY SŁUŻBY ZASADNICZEJ
ORAZ ŻOŁNIERZY ZAWODOWYCH
(NADTERMINOWYCH)
W PRZYPADKACH NERWIC

WYTYCZNE POSTĘPOWANIA
W PRZYPADKACH MOCZENIA NOCNEGO
WŚRÓD ŻOŁNIERZY

Zdr. 49/56

WYTYCZNE POSTĘPOWANIA
LECZNICZO - ORZECZNICZEGO
W STOSUNKU
DO ŻOŁNIERZY SŁUŻBY ZASADNICZEJ
ORAZ ŻOŁNIERZY ZAWODOWYCH
(NADTERMINOWYCH)
W PRZYPADKACH NERWIC

WYTYCZNE POSTĘPOWANIA
W PRZYPADKACH MOCZENIA NOCNEGO
WŚRÓD ŻOŁNIERZY



WYDAWNICTWO MINISTERSTWA OBRONY NARODOWEJ

1 9 5 6

355 R. 61

Warszawa, dn. 25 sierpnia 1956 r.

ZARZĄDZENIE NR 49/GZT

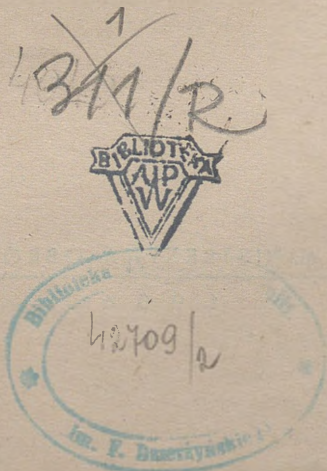
Zatwierdzam i wprowadzam do użytku „Wytyczne postępowania leczniczo-orzeczniczego w stosunku do żołnierzy służby zasadniczej oraz żołnierzy zawodowych (nadterminowych) w przypadkach nerwic“ oraz „Wytyczne postępowania w przypadkach moczenia nocnego wśród żołnierzy“.

Jednocześnie tracą moc obowiązującą wszelkie dotychczasowe zarządzenia i wytyczne dotyczące moczenia nocnego.

SZEF TYLÓW WOJSKA POLSKIEGO

Franciszek CYMBAREWICZ

generał brygady



TREŚĆ

Str.

WYTYCZNE POSTĘPOWANIA LECZNICZO-ORZECZNICZEGO W STOSUNKU DO ŻOŁNIERZY SŁUŻBY ZASADNICZEJ ORAZ ŻOŁNIERZY ZAWODOWYCH (NADTERMINOWYCH) W PRZYPADKACH NERWIC

Wstęp	7
Rozdział I. Patofizjologia nerwic	7
1. Typy układu nerwowego	9
2. Właściwości działania czynników środowiskowych wywołujących nerwicę	10
Rozdział II. Neurastenia	11
3. Rozpoznawanie	11
4. Rokowanie	12
5. Leczenie	13
6. Profilaktyka	15
7. Orzecznictwo	16
Rozdział III. Histeria	17
8. Rozpoznawanie	18
9. Rokowanie	19
10. Leczenie	20
11. Profilaktyka	20
12. Orzecznictwo	20
Rozdział IV. Psychastenia	22
13. Rozpoznawanie	22
14. Rokowanie	22
15. Leczenie	23
16. Profilaktyka	23
17. Orzecznictwo	23

	Str.
Rozdział V. Zaburzenia wegetatywne w nerwicach	24
Rozdział VI. Różnicowe rozpoznawanie nerwic	25
Rozdział VII. Warunki służby wojskowej a nerwice	26
WYTYCZNE POSTĘPOWANIA W PRZYPADKACH MOCZENIA NOCNEGO WŚRÓD ŻOŁNIERZY	
Wstęp	29
Rozdział I. Istota schorzenia	30
Nietrzymanie moczu	30
Nocne moczenie samoistne (mimowolne)	30
Rozdział II. Zasady postępowania w przypadkach nocnego mo- czenia samoistnego (mimowolnego)	32
Ogólne zasady postępowania lekarskiego	32
Postępowanie lekarskie w czasie poboru	32
Postępowanie w jednostce wojskowej (w pododdziale)	33
Postępowanie lekarskie w izbie chorych jednostki wojskowej	35
Postępowanie w szpitalach wojskowych	37
Przepisy końcowe	40

**WYTYCZNE
POSTĘPOWANIA LECZNICZO - ORZECZNICZEGO
W STOSUNKU
DO ŻOŁNIERZY SŁUŻBY ZASADNICZEJ ORAZ
ŻOŁNIERZY ZAWODOWYCH (NADTERMINOWYCH)
W PRZYPADKACH NERWIC**

WYLLIE
BATHING MACHINE COMPANY
1000
1000
1000
1000
1000

WSTĘP

Jak wykazały doświadczenia ostatnich lat pracy wojskowej służby medycznej, pośród ogółu lekarzy wojskowych panowała nadmierna dowolność zarówno w rozpoznawaniu, leczeniu, jak i w orzekaniu w przypadkach nerwic. Dowolność ta wynikała zwłaszcza ze stosowania przestarzałego i niejednorodnego mianownictwa oraz z trudności w interpretacji objawów nerwicznych. Dlatego też, aby całość zagadnienia stała się jasna, wskazówki praktyczne zawarte w niniejszych wytycznych — poprzedzono krótkim wstępem, w którym ujęto zasady współczesnych poglądów na patofizjologię nerwic. Zrozumienie tych zasad umożliwi bowiem metodologicznie słuszne podejście do tego zagadnienia.

Rozdział I

PATOFIZJOLOGIA NERWIC

Nerwica jest wyrazem zachwiania równowagi między człowiekiem a środowiskiem oraz równowagi wewnątrzustrojowej.

Utrzymanie równowagi między człowiekiem a środowiskiem oraz równowagi wewnątrzustrojowej zależy od czynności układu nerwowego. Ze względu zaś na szczególną rolę kory mózgowej w czynności układu nerwowego człowieka wszelkie zachwianie tej równowagi wiąże się z zaburzeniem czynności kory mózgowej.

Nerwice mogą więc być wywołane działaniem czynników zarówno środowiskowych, jak i wewnątrzustrojowych, a obraz kliniczny nerwicy może dotyczyć reakcji obejmujących zarówno zachowanie się i postępowanie człowieka we właściwym mu środowisku społecznym, jak i czynności narządów wewnętrznych.

Wynika stąd, że ściśle rozgraniczanie nerwic wegetatywnych i psychonerwic jest nieuzasadnione, ponieważ tak jedne, jak drugie zależą od zaburzeń czynności tych samych części układu nerwowego, przede wszystkim zaś kory mózgowej.

Powstanie i rozwój nerwicy oraz właściwości jej przebiegu zależą zasadniczo od dwóch podstawowych czynników:

- po pierwsze od właściwości czynnika środowiskowego względnie zespołu czynników środowiskowych wywołujących nerwicę,
- po drugie od stanu czynnościowego układu nerwowego człowieka.

Stan czynnościowy układu nerwowego zależy z kolei od następujących warunków:

- a) typu układu nerwowego człowieka chorego,
- b) ogólnego stanu jego zdrowia,
- c) wieku i przeszłości chorego,
- d) warunków środowiska społecznego, w jakich przebywał i rozwijał się chory, i związanego z tym poziomu jego inteligencji, wyrobienia społecznego, świadomości politycznej itp.

Z uwag powyższych wynikają następujące ogólne zasady postępowania w przypadkach nerwic:

- a) Należy je traktować jako choroby ogólnoustrojowe.
- b) Należy starać się wydobyć z wywiadu i z obserwacji zachowania się chorego wszystkie te czynniki, które mogły złożyć się na etiologię nerwicy.
- c) Należy zwrócić uwagę na stan ogólny chorego i poszukiwać takich czynników, wpływających na przebieg nerwicy, jak np. przewlekłe zatrucia, alkoholizm, ukryte infekcje, stan układu wewnątrzwydzielniczego, stan odżywienia itp.
- d) Należy zwrócić uwagę na wiek chorego i jego przeszłość, wyszukując te czynniki, które mogły wpłynąć na obniżenie odporności układu nerwowego jak: przebyte choroby zakaźne, przebyte urazy, zwłaszcza ośrodkowego układu nerwowego, warunki bytowe, w jakich przebywał w ciągu całego życia.
- e) Należy wreszcie zwrócić uwagę na warunki środowiska społecznego, w których wychowywał się chory, na jego wykształcenie, poziom wyrobienia społecznego i świadomości politycznej.

Należy omówić bliżej zagadnienie typów układu nerwowego oraz właściwości działania czynników środowiskowych wywołujących nerwicę, ponieważ spośród zagadnień wymienionych wyżej mają one szczególne znaczenie.

1. Typy układu nerwowego

Należy przede wszystkim podkreślić, że typ układu nerwowego (charakter) jest zależny od właściwości wrodzonych oraz od czynników środowiskowych, które działały na danego człowieka w ciągu jego życia.

Wyróżniamy cztery zasadnicze typy układu nerwowego:

- a) Typ słaby (melancholik Hipokratesa) w jaskrawej postaci reprezentowany przez ludzi życiowo niezaradnych, biernych, nie umiejących dać sobie rady w sytuacjach wymagających podjęcia szybkiej decyzji, trwożliwych, łatwo ulegających panice, odznaczających się niewielką inicjatywą. Praca tych ludzi może być produktywna i wydajna, ale na ogół tylko w warunkach, w których nie są oni narażeni na konieczność pokonywania większych trudności i oporów, i w których mają zapewniony wystarczający odpoczynek.
- b) Typ silny, niepohamowany (choleryk Hipokratesa) w jaskrawej postaci reprezentowany przez ludzi odznaczających się skłonnością do gwałtownych reakcji afektywnych, do wybuchów, nad którymi z trudnością panują i które mogą ich prowadzić do nieporozumień z otoczeniem. Ludzie ci, zdolni do dużych wysiłków w pracy, mają zazwyczaj trudności w ułożeniu sobie harmonijnego współżycia ze współtowarzyszami pracy i otoczeniem.
Typ silny zrównoważony — reprezentowany jest przez osobników bądź
- c) ruchliwych (sangwinicy Hipokratesa), bądź
- d) powolnych (flegmatycy Hipokratesa).

Zasadniczo, przedstawiciele typu silnego zrównoważonego posiadają dużą zdolność właściwego przystosowania się do środowiska, są wydajni i systematyczni w pracy, opanowani, zdolni do dużych wysiłków nawet w trudnych warunkach, nie obawiają się odpowiedzialności czy podjęcia decyzji. W warunkach pracy jednostajnej, z rzadkimi i niewielkimi zmianami stereotypu życiowego, łatwiej dają sobie radę przedstawiciele typu powolnego, natomiast w pracy ruchliwej, związanej z dużą ilością różnorodnych zajęć, większą przydatność okażą przedstawiciele typu ruchliwego.

Nerwice występują częściej u ludzi o słabym lub silnym, niezrównoważonym typie układu nerwowego. Należy jednak pamiętać o tym, że w zależności od charakteru czynników wywołujących nerwicę poszczególne reakcje, zespoły reakcji nerwicowych bądź nawet rozwinięte obrazy nerwic mogą się zdarzać u ludzi o układzie nerwowym silnym i zrównoważonym.

2. Właściwości działania czynników środowiskowych wywołujących nerwice

Można je rozbić zasadniczo na dwie grupy:

- a) do pierwszej z nich należy zaliczyć czynniki same przez się niezbyt silne, jednak działające przewlekłe (np. długotrwałe przemęczenie) i wskutek tego wywołujące obraz nerwicy związanej z mniejszym lub większym wyczerpaniem nerwowym,
- b) do drugiej grupy natomiast zaliczymy te czynniki, które ze względu na swoje specjalne właściwości działają jako tak zwane „ostre urazy psychiczne“.

Czynnikami wywołującymi nerwice są na ogół najrozmaitsze spotykane w życiu sytuacje konfliktowe. Można je zgrupować zgodnie z właściwościami wywołanych przez nie zaburzeń wyższych czynności nerwowych. Będą to więc sytuacje wywołujące w układzie nerwowym bądź nadmierne napięcie procesów pobudzenia lub hamowania, bądź ich zderzenie.

Podział ten jest oczywiście schematyczny, w życiu natomiast często trudno jest wyróżnić nerwice, u źródeł których można by prześledzić procesy patogenetyczne wyżej wspomniane w „czystej formie“. Przykładami takich sytuacji konfliktowych są: długotrwałe przemęczenie, pozostawanie na odpowiedzialnym stanowisku bez odpowiedniego przygotowania teoretyczno-praktycznego, praca nie odpowiadająca zamiłowanym względnie zdolnościom, niewłaściwy stosunek przełożonych, nieszczęścia osobiste, trudności bytowe, rozłąka z rodziną, sytuacje wymagające częstego przystosowania się do nowych warunków, np. częste zmiany przydziałów służbowych itp.

Wskutek działania czynników środowiskowych, w zależności od typu i stanu czynnościowego układu nerwowego, rozwijają się różne obrazy nerwic, które ze względu na ogólny charakter symptomatologii podzielić można na zasadnicze typy: neurastenię, histerię i psychastenię.

Należy tu od razu wysunąć dwie ogólne uwagi:

- a) Każda nerwica jest zaburzeniem ogólnoustrojowym. Wobec tego szereg zaburzeń ze strony narządów wewnętrznych, a więc zaburzeń wegetatywnych, może towarzyszyć i zazwyczaj towarzyszy każdej z nich. Natomiast stopień zaburzeń wegetatywnych i przewaga tych zaburzeń w odniesieniu do poszczególnych narządów lub układów narządów wewnętrznych mogą być różne, co zależy od szeregu czynników, o których mowa będzie dalej.

- b) Wprowadzony wyżej podział nerwic jest oczywiście schematyczny i spotykany niezbyt często w czystej postaci. Najczęściej widzujemy postaci mieszane, jedynie z przewagą elementów właściwych zasadniczym typom nerwic. Nierzadko również w przebiegu nerwicy spotyka się mniej lub więcej znaczne zmiany charakteru symptomatologii. Rozpoznanie nerwicy nastęrczać więc może duże trudności, jeżeli idzie o zaszerogowanie jej do odpowiedniego typu. Wystarczy wtedy musi rozpoznanie nerwicy, które można uzupełnić krótkim omówieniem określającym bliżej jej charakter, np. nerwica o typie historycznym albo neurastenia z odcieniem psychastenicznym itp.

Rozdział II

NEURASTENIA

3. Rozpoznawanie

Jest to najczęściej spotykana nerwica. Występuje ona w 3 głównych postaciach, które w niektórych przypadkach mogą stanowić 3 okresy rozwijającego się cierpienia.

- a) Postać hipersteniczna. Postać tę charakteryzuje i dominuje w jej obrazie klinicznym osłabienie procesów hamowania wewnętrzznego przy przewadze procesów pobudzenia. Hiperstenicy zgłaszają się ze skargami na nadmierną pobudliwość i drażliwość, brak opanowania, upośledzenie snu, skłonność do wybuchów afektywnych, prowadzących często do konfliktów z otoczeniem. Jest charakterystyczne, że chorzy ci reagują silnie zwłaszcza na bodźce błahe, natomiast potrafią opanować się i skupić w zetknięciu z poważnymi zadaniami w obliczu poważnych trudności. Tak np. spostrzegano chorego, który wpadał w rozdrażnienie, gdy widział kawałek nitki w popielniczce, do której strząsał popiół z papierosa, natomiast potrafił opanować się przystępując do opracowywania trudnych zagadnień służbowych.

Inną cechą charakterystyczną hiperstenii jest występujący z reguły po każdym większym wybuchu afektywnym, jak też po wysiłku umysłowym, stan apatii, senności i zmęczenia. Tak więc hiperstenik jest zazwyczaj osobnikiem zdolnym do dużych wysiłków i dużej wydajności w pracy, na przemian z okresami odprężenia i „okłapięcia“.

- b) Postać hiposteniczna i asteniczna. Obie omawiamy łącznie, ponieważ są one w gruncie rzeczy zależne od tych samych zaburzeń wyższych czynności nerwowych, zaś różnice polegają na różnym nasileniu podstawowych właściwości obrazu klinicznego. Obie te postacie charakteryzują się znacznym osłabieniem procesów pobudzenia i występowaniem procesów hamowania biernego, ochronnego, a więc są wyrazem dalej posuniętego wyczerpania chorego. W obrazie klinicznym dominują tu skargi na znaczne obniżenie sprawności umysłowej, osłabienie zdolności zapamiętywania, stany depresji, apatii, nieuzasadnione obawy, senna, niechęć do pracy i do życia, ogólne osłabienie i obniżenie samopoczucia. Chorych tych cechuje wzmożona skłonność do obserwacji samego siebie, zwracają oni przesadnie dużo uwagi na najrozmaitsze objawy, których doszukują się u siebie, a które świadczą rzekomo o ciężkości ich choroby. Zgłaszają szereg skarg hipochondrycznych (jak np. bóle serca, pulsowanie w głowie itp.), co z kolei związane jest z nadmiernym odczuwaniem bodźców fizjologicznych z narządów wewnętrznych.

Dolegliwości hipochondryczne mogą łącznie występować również u hipersteników. Należy bowiem pamiętać o tym, że między hiperstenią a hipostenią istnieje szereg postaci przejściowych, w których zazwyczaj, przy przewadze cech świadczących o wyczerpaniu układu nerwowego, spotyka się cechy wzmożonej pobudliwości, drażliwości, wybuchości, jednak z reguły krótkotrwałej, łatwo się wyczerpującej. Są to objawy tzw. „słabości pobudzeniowej”. Na ogół hipostenicy i astenicy są niezdolni do większych wysiłków umysłowych, mało wydajni w pracy, narzekający, niejednokrotnie natrętnie narzucają się otoczeniu ze swoimi skargami.

4. Rokowanie

W postaci hiperstenicznej jest raczej dobre. Wynika to stąd, że postać hipersteniczna neurastenii jest właściwa raczej typom silnym i nie zrównoważonym. Zgodnie zaś ze współczesnymi poglądami na możliwość ćwiczenia procesów hamowania wewnętrznego, które jest w hiperstении szczególnie upośledzone, można u ludzi dotkniętych tą nerwicą osiągnąć dobre wyniki w warunkach ambulatoryjnych, zwłaszcza przez odpowiednio prowadzoną psychoterapię. Natomiast jeżeli chodzi o hipostenię i astenię, to ze względu przede wszystkim na to, że te formy neurastenii spotykamy raczej u osobników słabych,

rokowanie jest w znacznie większym stopniu uzależnione od możliwości radykalnego rozwiązania sytuacji konfliktowych wywołujących nerwicę.

5. Leczenie

Jak wynika z uwag poczynionych nad przyczynami i przebiegiem oraz obrazem klinicznym neurastenii, leczenie musi być w miarę możliwości zindywidualizowane. Ogólne zasady leczenia neurastenii można ująć w następujący sposób:

- a) Należy znaleźć możliwości usunięcia przyczyny nerwicy (odciążenie w pracy, rozwiązanie sytuacji konfliktowych).
- b) Należy dążyć do ogólnego wzmocnienia kondycji chorego poprzez umiejętnie stosowaną zaprawę fizyczną, zachętę do uprawiania sportu, uregulowanie trybu życia, zapewnienie odpoczynku np. w stosunku do żołnierzy zawodowych (nadterminowych) przez wystąpienie do dowódcy o ułatwienie choremu uzyskania karty do WDW. Należy zabronić używania alkoholu i ograniczyć palenie tytoniu.
- c) Należy stosować umiejętnie psychoterapię. Działanie psychoterapeutyczne poprzez odwracanie uwagi mają zresztą także sposoby wymienione w pkt. b). Należy jednak ponadto wytłumaczyć choremu przyczyny jego dolegliwości, przekonać, że nie przedstawiają one żadnego niebezpieczeństwa, co jest szczególnie ważne, gdy spotykamy się ze skargami hipochondrycznymi. Nie bagatelizując skarg chorego należy wyjaśnić, że jego cierpienie jest uleczalne i niegroźne. Trzeba przy tym dbać o aktywny udział chorego w leczeniu. Chory przekonany o przejściowym charakterze nerwicy i o możliwości wyleczenia powinien dążyć do opanowywania własnych niewłaściwych reakcji, mobilizować się do pracy itp.
- d) Spośród leków, które można podawać neurastenikom, trzeba wymienić środki ogólnie uspokajające i tonizujące (strychnina, witaminy itp.). Duże znaczenie ma umiejętnie stosowanie środków bromowych. Trzeba je stosować indywidualnie i nie zniechęcać się, jeżeli początkowe wyniki okażą się niezadowalające. Należy wtedy zmienić ilość i skład mieszanki bromowej. Dobrze jest zaczynać od niewielkich dawek bromu (mieszanki 2%) w połączeniu z kofeiną np. według następującego przepisu:

Rp. Sol. Natrii bromati 4,0/200,0

Coff. n. b. 0,5

W toku leczenia trzeba zależnie od potrzeby odpowiednio zmieniać dawki bromu i kofeiny. W razie występowania bólów głowy można do mieszanki dodać środek przeciwbólowy (np. amidopiryny 2,0).

Postępowanie lecznicze nakreślone powyżej można stosować na wszystkich etapach leczenia wojskowego, a zatem i w jednostkach. Powinno ono dać dobre wyniki w lżejszych postaciach neurastenii, zwłaszcza w postaci hiperstenicznej. Jeżeli natomiast leczenie stosowane w jednostce nie daje wyników bądź też jeżeli lekarz jednostki widzi od razu, że ma do czynienia z przypadkiem ciężkim, powinien skierować chorego do specjalisty neurologa. Lekarz jednostki kierując chorego do specjalisty jest obowiązany podać swoje obserwacje dotyczące zachowania się chorego w miejscu jego pracy, wywiązywania się z obowiązków służbowych, warunków bytowych itp.

Ogólne zasady postępowania w przychodni specjalistycznej. Podstawową zasadą jest ustalenie ogólnego stanu zdrowia chorego, a więc wyłączenie ew. na drodze konsultacji z innymi specjalistami mniej lub więcej skrycie przebiegających chorób organicznych bądź to układu nerwowego, bądź też innych. Zgodnie z tym, co powiedziano w części ogólnej, ogólny stan zdrowia chorego może decydować o powstaniu i przebiegu nerwicy.

Dalszym zadaniem lekarza-specjalisty w przychodni jest głębsza analiza stanu chorego, przede wszystkim zaś wyszukanie możliwie wszystkich czynników, które wywołały nerwicę, właściwości typologicznych pacjenta i orientacyjne ustalenie rokowania. Lekarz przychodni opierając się na wynikach badania kieruje dalszym leczeniem chorego.

W przypadkach, w których tło i przyczyny pozostają niejasne, a leczenie nie daje rezultatów, lekarz-specjalista kieruje chorego na obserwację szpitalną. Dotyczy to zwłaszcza przypadków podejrzanych o tło organiczne nie zawsze możliwe do wyłączenia w warunkach ambulatoryjnych. W ciężkich przypadkach nerwicy specjalista-neurolog przychodni wojskowej ma możliwość konsultacji ze specjalistami cywilnymi (np. poradnie zdrowia psychicznego), może również kierować chorych wprost do leczenia w cywilnych, półotwartych oddziałach nerwicowych przy zakładach zamkniętych dla psychicznie chorych bądź też do półotwartych sanatoriów cywilnych dla nerwowo chorych.

Postępowanie w oddziałach szpitalnych. Zasad leczenia w oddziale szpitalnym nie można ujmować w ścisłe ramy. Przede wszystkim chory musi być wszechstronnie przebadany, co umożliwi ostatecznie ustalenie rozpoznania, od któ-

rego zależy dalszy rozwój leczenia. Leczenie powinno być kompleksowe, a więc skierowane na wszystkie ujawnione ogniwa patogenetyczne choroby. Szpital rozporządza szeregiem metod, których zastosowanie nie jest możliwe na niższych szczeblach lecznictwa (np. leczenia snem przedłużonym, insuliną i inne).

Oddzielne zagadnienie stanowi problem leczenia nerwic w wojskowych sanatoriach ogólnych. Przy rozważaniu wskazań do leczenia sanatoryjnego powinny obowiązywać następujące zasady:

- a) Wskazania do leczenia sanatoryjnego muszą być traktowane ściśle indywidualnie. Zasadniczej poprawy można się spodziewać szczególnie w przypadkach, w których konieczna jest zmiana stereotypu i podniesienie kondycji chorego.
- b) Nie należy kierować chorych neurasteników na leczenie sanatoryjne „konieczne“. Leczenie w sanatoriach jest bowiem przeciwwskazane w ciężkich przypadkach nerwic, które kwalifikują się raczej do leczenia szpitalnego lub — w szczególnie ciężkich przypadkach — wymagają leczenia w specjalnym oddziale dla chorych nerwicowych bądź w sanatoriach dla nerwowo chorych.
- c) Nie należy kierować do sanatorium chorych, u których nie wykluczono ostatecznie tła organicznego cierpienia.

6. Profilaktyka

Zagadnienie to dotyczy całokształtu czynników środowiskowych, z którymi styka się osobnik, a które mogą stać się przyczyną nerwicy. Wynika stąd, że zapobieganie nerwicom jest związane nie tylko z pracą służby medycznej, ale zależy również od takich czynników, na które wpływ lekarza może być często pośredni i odległy. Dlatego też obowiązki i wysiłki lekarza w zakresie zapobiegania nerwicom powinny zmierzać w 3 kierunkach:

- a) Współpraca z dowództwem, aparatem politycznym (organizacją partyjną i młodzieżową). Dotyczyć ona powinna opieki nad całokształtem warunków służbowych i bytowych, w których przebywają żołnierze. Należy tu zwrócić uwagę m. in. na właściwe rozplanowanie godzin zajęć i odpoczynku, poziom i wyniki szkolenia politycznego, rozrywki itp.
- b) Unikanie jatrogenii. Zagadnienie to jest bardzo ważne. Lekarz jednostki stykający się z żołnierzem wykazującym cechy reakcji nerwicowej nie powinien podawać tego rozpoznania do wiadomości pacjenta, ponieważ



w ten sposób utrwali w nim przekonanie o chorobie. Należy natomiast zastosować psychoterapię, zgodnie z zasadami podanymi w części dotyczącej leczenia. Trzeba bowiem pamiętać, że poszczególne reakcje bądź zespoły reakcji nerwicowych o charakterze sytuacyjnym mogą występować u ludzi zupełnie zdrowych, oczywiście krótkotrwale i przejściowo.

- c) **Wczesne rozpoznawanie nerwic.** Obowiązują tu oczywiście zasady podane w punkcie drugim. Chodzi o to, że żołnierza, u którego rozpoznano wcześniej skłonność do reakcji nerwicowych, można często skutecznie leczyć nie dopuszczając do rozwinięcia się pełnego obrazu nerwicy (psychoterapia, pomoc w rozwiązaniu konfliktów, ulgi w służbie).

Zasad postępowania profilaktycznego omówionych w trzech powyższych punktach nie można oczywiście od siebie oddzielić. Nie można sobie np. wyobrazić, aby lekarz, który nie współpracuje z dowództwem i aparatem politycznym, niedostatecznie wnika w tok życia jednostki, mógł wcześniej dostrzec te odcinki pracy, w których zarysowują się większe niż gdzie indziej możliwości powstania sytuacji konfliktowych.

7. Orzecznictwo

W postępowaniu orzeczniczym należy stosować następujące ogólne zasady:

- a) W lekkich przypadkach neurastenii, a więc przede wszystkim w przypadkach reakcji sytuacyjnych, zwłaszcza hiperstenicznych, i w przypadkach, w których rokowanie wydaje się pomyślne, należy chorych leczyć, a nie kierować do wojskowych komisji lekarskich.
- b) W przypadkach cięższych, w szczególności nie poddających się leczeniu szpitalnemu i sanatoryjnemu, chorych należy przedstawiać na WKŁ.

Orzekanie o zmianie kategorii zdolności do służby wojskowej w przypadkach neurastenii musi być ściśle indywidualizowane. Inaczej należy przy tym podchodzić do żołnierzy służby zasadniczej, inaczej do kadry zawodowej (nadterminowej).

W stosunku do żołnierzy służby zasadniczej kwalifikacja winna być bardziej ostra w tym znaczeniu, że zakwalifikowanym jako „zdolni do służby nieliniiowej“ należy z zasady wystawiać notatkę służbową z zaleceniem zwolnienia ze służby.

Zmiana kategorii na „zdolny do służby nieliniiowej“ wg pkt. 64 ust. 2 „Wykazu chorób i ułomności“ Zdr. 20/51 winna być orzekana:

- a) w przypadkach, w których dłużej utrzymującym się średnio nasilonym objawom hiperstenii względnie hipostenii towarzyszą wyraźne zaburzenia wegetatywne bądź ogólne (wzmoczona potliwość, żywy dermatografizm, drżenie rąk, powiek, języka, znaczna pobudliwość tętna), bądź narządowe świadczące o znacznym stopniu utrwalenia zaburzeń w układzie nerwowym;
- b) w przypadkach, w których istnieje znaczna skłonność do powtarzania się reakcji nerwicowych, nawet jeżeli nie są one zbyt silne i poddają się leczeniu. Tego rodzaju przebieg nerwicy świadczy o słabości typologicznej układu nerwowego, w związku z czym rokowanie jest pomyślne tylko wtedy, jeżeli zapewni się choremu odpowiednie warunki bytowe.

Zupełną niezdolność do służby wojskowej z zastosowaniem pkt. 64 ust. 3 „Wykazu chorób i ułomności“ orzekać można w ciężkich przypadkach neurastenii, a więc przede wszystkim w jej postaci astenicznej, w której dłużej trwające zaburzenia czynności układu nerwowego doprowadziły do znacznego utrwalenia się reakcji patologicznych w postaci zmian charakteru i zachowania się. Objawy te, jakkolwiek również odwracalne, wymagają jednak zupełnie wyjątkowych warunków i długiego czasu leczenia.

Lekkie postaci neurastenii nie są, jak wspomniano wyżej, wskazaniem do kierowania na wojskowe komisje lekarskie. Mogą one jednak towarzyszyć innym cierpieniom, z powodu których chory został przedstawiony na komisję. W tych przypadkach można orzekać w myśl pkt. 64 ust. 1 „Wykazu chorób i ułomności“ Zdr. 20/51, często jednak wystarczy ograniczyć się do podania krótkiej charakterystyki stanu chorego (skargi i zazwyczaj b. nikle objawy przedmiotowe) bez rozpoznawania nerwicy i podawania kwalifikacji.

Związek ze służbą wojskową w przypadkach neurastenii orzekać należy zgodnie z zasadami podanymi w „Instrukcji o Wojskowych Komisjach Lekarskich“ Zdr. 36/54, pkt. 29 ust. 2, 3 i 4.

R o z d z i a ł I I I

H I S T E R I A

Histeria jest to nerwica, której przebieg i objawy kliniczne są uwarunkowane specjalnymi właściwościami stosunków dynamicznych w układzie nerwowym człowieka chorego. Polegają one na znacznej przewadze ośrodków podkorowych nad względnie słabą korą mózgową oraz pierwszego układu sygnalizacyjnego

kory mózgowej nad drugim. Ten układ stosunków dynamicznych może stanowić właściwość typu układu nerwowego chorego, może też pojawić się mniej lub więcej przejściowo u ludzi poprzednio zdrowych w warunkach, w których doszło do osłabienia ich kory mózgowej np. wskutek ogólnego, a zwłaszcza nerwowego wyczerpania po przebytej chorobie, zatruciu itp. Tego rodzaju reakcje histeryczne mogą niejednokrotnie mijać bez śladu.

8. Rozpoznawanie

Obraz kliniczny hysterii jest bardzo urozmaicony. W przypadkach, w których wspomniane wyżej stosunki wzajemne między podkorą a korą są właściwe typowi układu nerwowego danego człowieka, mamy do czynienia ze szczególnymi właściwościami charakteru. Należy do nich skłonność do przesadnych reakcji emocjonalnych, upór, teatralność zachowania się, zmienność nastrojów, skłonność do fantazjowania, skłonność do agramacji, egocentryzm. W przypadkach niepowodzeń bądź też — łatwo u tych osobników zdarzających się — konfliktów z otoczeniem zdradzają oni często skłonność do tzw. „ucieczki w chorobę“, z drugiej jednak strony są zazwyczaj podatni na sugestię.

Na takim tle charakterologicznym bądź też bez niego (w sytuacjach, o których wspomniano we wstępie) mogą pojawiać się cięższe zaburzenia w postaci napadów histerycznych lub też urozmaiconych objawów neurologicznych o charakterze czynnościowym. Zaburzenia te powstają zazwyczaj wskutek działania bodźców, wywołujących reakcje o znacznym zabarwieniu afektywnym.

Napady histeryczne polegają zazwyczaj na gwałtownych skurczach mięśni kończyn i tułowia często z towarzyszeniem szeregu gwałtownych reakcji teatralnych o zabarwieniu emocjonalnym: gryzienie siebie lub osób otaczających, darcie bielizny, szlochanie, jęki, gwałtowne dyszenie itp. Zaburzenia świadomości są w napadach histerycznych bardzo rozmaite i mogą się wahać od stanu całkowitej nieprzytomności do niemal zupełnie utrzymanego kontaktu z otoczeniem. Bywają również napady histeryczne, w których utrata przytomności jest jedynym objawem. Czas trwania napadu histerycznego może być rozmaity: od kilku do kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu godzin. Histeryczne napady drgawkowe z utratą przytomności polegają często na wykonywaniu przez chorego tak zwanego łuku histerycznego, to jest przybieraniu takiej pozycji ciała, w której tułów wygina się w silny łuk, a całe ciało opiera się o podłoże jedynie piętami i potylicą. Napadom takim towarzyszy zazwyczaj obfite ślinienie (piána z ust).

Praktycznie ważne jest różnicowanie napadu histerycznego z napadami padaczkowymi. Typowy drgawkowy napad padaczkowy („wielki napad“) pojawia się zwykle nagle, niezależnie od uchwytneho wpływu jakichkolwiek bodźców zewnętrznych. Przebieg jego jest typowy: napad zaczyna się od krzyku, po którym następuje silne zwanie szczęk, przy czym chory może przygryźć sobie wargi lub język. Jednocześnie występują drgawki w dwóch fazach: faza toniczna — silne prężenie kończyn i tułowia z zaciskaniem pięści, później faza drgawek klonicznych. W czasie napadu źrenice są szerokie, nie reagują na światło oraz stwierdzić można objaw Babińskiego.

Występujące w historii neurologiczne objawy ubytkowe o charakterze czynnościowym mogą być najrozmaitsze: niedowłady lub porażenia kończyn, niemożność utrzymania równowagi ciała, zaburzenia słuchu, wzroku, mowy, niemota (bezgłos histeryczny), przykurcze, zaburzenia czucia układające się w najrozmaitszy sposób, z reguły nie odpowiadający unerwieniu korzonkowemu bądź obwodowemu i niejednokrotnie występujące w postaci niemal całkowitego znieczulenia. Wspomniane wyżej objawy mogą również występować w różnych skojarzeniach.

W lżejszych postaciach historii, zwłaszcza zaś w przypadkach neurastenii z odcieniem histerycznym, zaburzenia neurologiczne mogą być przedmiotowo niedostrzegalne, ujawniają się natomiast w skargach pacjenta na mrowienie i drętwienie kończyn, uczucie ziębnięcia, sztywnienie rąk i nóg podnoszące się aż do serca itp., występujące zwykle po zdenerwowaniu. Często skargą u takich chorych jest również skarga na wrazenie przeszkody w gardle („kula histeryczna“).

9. Rokowanie

Jak wynika z powyższego, rokowanie w historii jest niejednolite i oczywiście musi być ściśle indywidualizowane. Najogólniej przyjąć można następujące zasady:

- a) Cechy charakterologiczne właściwe ludziom o typie histerycznym w większości przypadków nie prowadzą do pojawienia się poważniejszych objawów historii, natomiast w warunkach właściwego postępowania z chorym mogą niejednokrotnie nawet z biegiem czasu łagodnieć.
- b) Objawy histeryczne, jak napady, porażenia itp., rokują niepomyślnie, jeżeli pojawią się na podłożu charakterologicznym o cechach histerycznych, mają bowiem wtedy dużą skłonność do nawrotów.

- c) Natomiast podobne reakcje histeryczne występujące sporadycznie w sytuacjach związanych z okolicznościowym wyczerpaniem układu nerwowego mogą ustępować bez śladu i nie powtarzać się więcej.

10. Leczenie

- a) W przypadkach nieznacznych reakcji nerwicowych o odcieniu histerycznym obowiązują ogólne zasady postępowania leczniczego opisane w neurastenii. Ze względu na podatność tych osobników na sugestię szczególnego znaczenia nabierają wszelkie metody psychoterapeutyczne.
- b) Natomiast cięższe przypadki hysterii (napady, porażenia itp.) są wskazaniem do skierowania chorego do przychodni specjalistycznej bądź nawet wprost do szpitala. Zasada ta winna obowiązywać również z tego względu, że konieczne tu jest wyłączenie spraw organicznych układu nerwowego, czego dokonać może tylko specjalista. Leczenie przypadków reakcji histerycznych w wojskowych otwartych sanatoriach ogólnych winno się odbywać według zasad, o których była mowa w rozdziale dotyczącym neurastenii, a więc z reguły może ono dotyczyć tylko przypadków o przebiegu lekkim.

11. Profilaktyka

Zasady zapobiegania hysterii nie różnią się od zasad zapobiegania innym nerwicom i zostały bliżej omówione w rozdziale dotyczącym neurastenii. Należy jedynie zwrócić uwagę na skłonności histeryków do zachorowań zbiorowych. Również z tego względu — w warunkach jednostki wojskowej — wskazane jest szybkie izolowanie chorych, u których wystąpiły cięższe objawy histeryczne, a więc kierowanie ich do szpitala. Należy wspomnieć o tym, że unormowany tryb życia wojskowego i rygoru dyscypliny wojskowej same przez się wywierają często korzystny wpływ na kształtowanie się charakteru człowieka o cechach histerycznych wyrabiając w nim dyscyplinę wewnętrzną i tłumiąc szereg wybujałości w rysach charakterologicznych, jak wszelką skłonność do przesady, narzucanie swojej osobowości innym, pozerstwo itp.

12. Orzecznictwo

Ogólne zasady postępowania orzeczniczego są takie same jak w przypadkach neurastenii, a więc:

- a) Lekkie przypadki reakcji histerycznych bądź zdarzające się sporadycznie w warunkach szczególnego wyczerpania układu

nerwowego przypadku reakcji cięższych należy leczyć, a nie kierować na WKL.

b) Do przedstawienia na WKL kwalifikują się:

- chorzy, u których cechy charakteru histerycznego są tak nasilone, że utrudniają im wykonywanie obowiązków służbowych, a u żołnierzy służby zasadniczej stają się źródłem poważniejszego naruszenia dyscypliny, szkodliwego, demoralizującego wpływu na innych żołnierzy;
- chorzy, u których występują powtarzające się objawy cięższych reakcji histerycznych, zwłaszcza na podłożu charakteru histerycznego.

Orzekanie w przypadkach hysterii bardziej nawet aniżeli w przypadkach neurastenii winno być ściśle indywidualizowane. I tu również należy stosować zasadę innego podejścia do żołnierzy służby zasadniczej niż do kadry zawodowej — zgodnie z tym, co podano w rozdziale o neurastenii.

Zmiana kategorii na „zdolny do służby nieliniowej“ powinna być orzekana w przypadkach reakcji histerycznych średnio nasilonych, ze znacznymi zaburzeniami wegetatywnymi, analogicznie, jak to podano w rozdziale dotyczącym neurastenii, oraz w przypadkach, w których występują objawy cięższych reakcji nerwicowych, ale niezbyt często się powtarzających.

Należy pamiętać o tym, że nawet ciężkie objawy reakcji histerycznych mogą ustąpić całkowicie po zmianie warunków służbowych. Istnieje jednak zawsze możliwość, że będą one się powtarzać przy ponownym powstawaniu sytuacji konfliktowej.

„Zupełną niezdolność do służby wojskowej“ orzekać można w ciężkich przypadkach hysterii, a więc przede wszystkim w przypadkach z często powtarzającymi się napadami histerycznymi, utrwalonymi porażeniami, przykurczami itp. czynnościowymi objawami neurologicznymi oraz w przypadkach poważnych zmian charakterologicznych.

Orzekanie w lekkich przypadkach reakcji histerycznych towarzyszących innym chorobom, z powodu których chory został przedstawiony na WKL, winno odbywać się według zasad, o których była mowa w rozdziale o neurastenii. Jak wspomniano, przypadki te same przez się nie są wskazaniem do kierowania chorego na WKL.

Związek cierpienia ze służbą wojskową orzekać należy według zasad podanych w rozdziale dotyczącym neurastenii.

Rozdział IV

PSYCHASTENIA

Jest to nerwica w „czystej postaci“ spotykana rzadko. Właściwa jej jest przewaga kory mózgowej nad ośrodkami podkorowymi oraz drugiego układu sygnalizacyjnego nad pierwszym, związana z tym słabość emocjonalna, ponadto zaś mała na ogół ruchliwość procesów nerwowych, co stanowi podłoże patofizjologiczne dla szeregu objawów tej nerwicy, między innymi natręctw i czynności przymusowych.

13. Rozpoznawanie

Ludzi dotkniętych tą nerwicą charakteryzuje zamknięcie w sobie, skłonność do samotnictwa, skłonność do jałowych rozmyślań, „przeżuwań słownych“ (Pawłow). Są oni często niezdolni do podjęcia pracy, powzięcia konkretnej decyzji (stany „bezruchu“), sprawiają wrażenie oderwanych od życia. Należy wspomnieć o tym, że psychastenik potrafi jednak niejednokrotnie zmobilizować się do wydajnej pracy zwłaszcza wtedy, kiedy znajdzie się w szczególnie ciężkich i wymagających dużego wysiłku sytuacjach.

W cięższych postaciach psychastении pojawiają się powtarzające się często stany apatii, a nierzadko również reakcje paradoksalne, negatywistyczne. Chorzy tacy postępują często wbrew własnemu interesowi, jakby „na złość“ sobie i innym.

Do obrazu psychastении należą również natręctwa myślowe, lęki natrętne (np. lęk przed chorobą weneryczną, przed zamknięciem, lęk przestrzeni itp.) oraz stereotypie ruchowe (np.: przymusowe mruganie powiekami, przymusowe ruchy mięśni mimicznych twarzy, rąk itp.), a także przymusowe, „magiczne“ czynności (np. przymus kilkakrotnego przekręcenia kontaktu przed zgaszeniem światła itp.). Przymusowe czynności wiążą się często z natrętnymi obawami, jak np. przymus powrotu do drzwi opuszczonego pomieszczenia, aby sprawdzić, czy zostały dokładnie zamknięte. Najrozmaitsze natręctwa i czynności przymusowe łączą się w niektórych ciężkich przypadkach psychastении w skomplikowany sposób, prowadząc do rozwinięcia się obrazu tak zwanej nerwicy natręctw.

14. Rokowanie

Jest ono ściśle zależne od ciężkości nerwicy. Ciężkie postaci psychastении rokują źle i z trudem poddają się leczeniu, zaś objawy choroby mają skłonność do pojawiania się ponownego,

nawet jeżeli po leczeniu ustąpiły całkowicie lub częściowo. Lekkie postaci psychastenii występują zazwyczaj w formie rysów psychastenicznych w przebiegu neurastenii bądź po prostu szczególnych cech osobowości.

15. Leczenie

W lekkich postaciach psychastenii, w tych zwłaszcza, w których mamy do czynienia tylko z odcieniem psychastenicznym w przebiegu neurastenii, zasady leczenia nie różnią się od podanych w rozdziale dotyczącym neurastenii. Należy jedynie wspomnieć o szczególnej roli psychoterapii. W przypadkach psychastenii psychoterapia polega na umiejętnym przejmowaniu przez lekarza „sterownictwa” zachowaniem się i postępowaniem chorego, którego podstawowe trudności życiowe wynikają z braku „napędu” życiowego, niemożności zdobycia się na decyzję, apatii i trudności w kierowaniu swoim postępowaniem. Cięższe postaci psychastenii wymagają nierzadko leczenia szpitalnego.

Zasady kierowania tych chorych do leczenia w sanatoriach ogólnych powinny być podobne do omówionych w rozdziale o neurastenii.

16. Profilaktyka

Ogólne zasady zapobiegania psychastenii są takie same, jak te, które omówiono w rozdziale dotyczącym neurastenii. Dla osobników, u których spotykamy się tylko z psychastenicznymi cechami charakteru, warunki służby wojskowej, konieczność współżycia z ludźmi, wyrobienia w sobie aktywnej postawy społecznej, zaprawa fizyczna mogą — analogicznie jak w przypadkach charakteru histerycznego — stać się czynnikiem korzystnym.

17. Orzecznictwo

Lekkie postaci psychastenii i psychasteniczne rysy charakteru nie są wskazaniem do kierowania na WKŁ. Natomiast w cięższych postaciach, ze względu na złe rokowanie, należy chorych po okresie obserwacji szpitalnej kierować na WKŁ.

Ogólne zasady orzekania w przypadkach psychastenii są takie same, jak omówione w rozdziale o neurastenii i obejmują konieczność różnego podejścia do żołnierzy służby zasadniczej i do kadry zawodowej.

Bliższych zasad orzekania ustalać nie można, ponieważ kwalifikacja jest ściśle zależna od indywidualnych właściwości obrazu nerwicy u poszczególnych chorych.

Często jednak w ciężkich przypadkach psychastenii orzekać trzeba „zupełną niezdolność do służby wojskowej“ wg pkt. 64 ust. 3 „Wykazu chorób i ułomności“ Zdr. 20/51.

Związek przyczynowy cierpienia ze służbą wojskową orzekać należy według wskazań omówionych w rozdziale o neurastenii.

Rozdział V

ZABURZENIA WEGETATYWNE W NERWICACH

Jak wspomniano w rozdziale dotyczącym patofizjologii nerwic, zaburzenia wegetatywne są wyrazem zachwiania równowagi wewnątrzustrojowej, w szczególności zaś równowagi między korą a ośrodkami podkorowymi. Towarzyszą więc one z zasady wszystkim nerwicom, jakkolwiek ich nasilenie bywa różne.

- a) W niezbyt ciężkich postaciach obejmują one zespół objawów ogólnych określanych często jako „dystonia wegetatywna“ albo „stygmatazacja wegetatywna“ i mogą mieć różne nasilenie. Należą tu objawy takie, jak przyspieszenie czynności serca, pobudliwość tętna, drżenie rąk, języka, wzmożona potliwość, dermografizm, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego w postaci zaparć bądź biegunek.
- b) W przypadkach bardziej zachwianej równowagi między korą a ośrodkami podkorowymi, w warunkach przedłużającego się procesu nerwicowego, wspomniane wyżej objawy mogą się znacznie nasilać, ponadto mogą pojawiać się inne, jak przejściowe zwyżki ciśnienia krwi, stany podgorączkowe, utrata wagi, zaburzenia przemiany materii.
- c) Na szczególną uwagę zasługuje zagadnienie zaburzeń ze strony poszczególnych narządów bądź układów narządów wewnętrznych ujmowanych jako tak zwane nerwice narządowe. Nerwice narządowe mogą towarzyszyć objawom ogólnej nerwicy bądź też dominować w jej obrazie, w wielu wypadkach wybijają się na plan pierwszy do tego stopnia, że przesłaniają objawy ogólne.

Powstanie obrazu nerwicy narządowej może zależeć najogólniej od trzech zasadniczych czynników:

- a) Może tu odgrywać rolę fizjologicznie większa wrażliwość narządu bądź układu na wszelkie wahania równowagi między organizmem a środowiskiem, względnie równowagi wewnątrzustrojowej. Czynnikiem ten decyduje np. o częstym — bo niemal w każdym przypadku nerwicy spotykanym, udziale zaburzeń ze strony układu krążenia, szczególnie zaś ze

strony serca. Zaburzenia te mogą przybierać niekiedy postać ciężką o charakterze np. choroby wieńcowej.

- b) Może tu odgrywać rolę mniejsza odporność danego narządu uzależniona bądź od aktualnie istniejącej, bądź przebytej sprawy chorobowej tego narządu. W tych przypadkach narząd taki stanowi w ustroju „locus minoris resistentiae“ i wszelkie zaburzenie równowagi wewnątrzustrojowej odbija się przede wszystkim na nim.
- c) Może tu wreszcie odgrywać rolę wciągnięcie danego narządu w sytuację konfliktową, nerwicorodną. Jest tak wtedy zazwyczaj, kiedy w momencie działania zespołu czynników wywołujących nerwicę czynny jest również dany narząd. Do tej grupy nerwic narządowych należą np. niektóre przypadki nerwic płciowych, moczenia nocnego u żołnierzy i innych.

Trzeba zawsze jednak pamiętać o tym, że jak każda nerwica, tak i nerwica narządowa jest wypadkową całokształtu czynników działających w środowisku i w organizmie osobnika oraz jego przeszłości.

Rozpoznawanie, leczenie, zapobieganie i orzecznictwo w przypadkach zaburzeń wegetatywnych szczególnie zaś nerwic narządowych może być postawione we właściwy sposób jedynie w warunkach ścisłej współpracy specjalistów różnych dziedzin, zwłaszcza zaś neurologów i internistów.

Szczególnie pilnie należy tu dbać o różnicowanie zaburzeń czynnościowych i organicznych, nie zapominając o tym, że w każdym poszczególnym przypadku mogą współistnieć elementy czynnościowe i organiczne w różnym stopniu wywierając wpływ na całokształt obrazu chorobowego.

Rozdział VI

RÓŻNICOWE ROZPOZNAWANIE NERWIC

Zagadnienie to jest ważne z tego względu, że poszczególne zespoły objawów nerwicowych mogą towarzyszyć, bądź w pewnych przypadkach stanowić jedyne objawy organicznych chorób układu nerwowego.

Tak więc objawy neurasteniczne mogą być objawami wczesnych okresów miażdżycy naczyń mózgowych, porażenia postępującego, stwardnienia rozsianego, niektórych przypadków guzów mózgu, padaczki w okresach międzynaпадowych.

Pozornie histeryczne porażenia, niedowłady, zaburzenia ze strony wzroku, słuchu, mowy mogą być objawami guzów bądź innych spraw organicznych mózgu i rdzenia.

Objawy psychastenii mogą świadczyć o cięższych zaburzeniach psychicznych np. rozwijającej się schizofrenii.

Wszystko to należy mieć na uwadze przy rozpoznawaniu nerwic i z tych też względów wszelkie trudniejsze przypadki tych chorób powinny być wszechstronnie przebadane przez specjalistów-neurologów, względnie kierowane na obserwację szpitalną.

Rozdział VII

WARUNKI SŁUŻBY WOJSKOWEJ A NERWICE

Warunki służby wojskowej mogą stwarzać pod niektórymi względami więcej sytuacji konfliktowych niż warunki pracy w innych zawodach. Wpływa na to przede wszystkim specyficzny charakter dyscypliny wojskowej, którego konsekwencją jest silniejsze niż gdzie indziej podporządkowanie jednostki interesom służby wojskowej jako instytucji społecznej i związane z tym pewne ograniczenie swobody w kierowaniu własnym życiem. Z tych względów niezmiernie doniosłej roli nabiera zagadnienie kształtowania świadomości i oblicza moralno-politycznego żołnierzy jako jednej z najważniejszych przesłanek właściwie pojętej profilaktyki nerwic.

Z drugiej strony jednak nie wolno zapominać, że — zwłaszcza dla żołnierzy służby zasadniczej — unormowany tryb życia, regularne i właściwe odżywianie, dyscyplina, wychowanie fizyczne, wpływ pracy polityczno-uświadamiającej stwarzają warunki, które w przyszłości zapobiegają raczej powstawaniu i rozwijaniu się nerwic, o czym była mowa w poszczególnych rozdziałach.

**WYTYCZNE POSTĘPOWANIA W PRZYPADKACH
MOCZENIA NOCNEGO WŚRÓD ŻOŁNIERZY**

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

WSTĘP

1. 1) Niniejsze wytyczne normują zasady postępowania z żołnierzami w jednostkach i wojskowych zakładach leczniczych w przypadkach bezwiednego oddawania moczu.
- 2) Niniejszymi wytycznymi powinni kierować się oficerowie, lekarze, felczerzy, dowódcy oraz oficerowie aparatu partyjno-politycznego — każdy w zakresie wykonywanych przez siebie obowiązków.

2. Ilość przypadków bezwiednego oddawania moczu podczas snu wśród żołnierzy ciągle jeszcze przewyższa liczby notowane w warunkach życia cywilnego. Niezadowolająca sytuacja na tym odcinku wymaga rewizji dotychczasowych przepisów i wprowadzenia pewnych zmian w sposobie postępowania z żołnierzami cierpiącymi na to schorzenie, tak w jednostkach wojskowych, jak i na oddziałach wojskowych zakładów leczniczych.

3. Omawiane schorzenie charakteryzuje się w wojsku tym, że występuje w pewnych okresach: zwiększenie liczby przypadków obserwuje się w czasie chłódów jesienno-zimowych i w okresie szkolenia nowowcielonych jako wpływ specyficznych warunków służby wojskowej na nie przystosowany ustrój.

W cieplejszych porach roku i po przystosowaniu się nowowcielonych do warunków służby wojskowej ilość przypadków bezwiednego oddawania moczu (podczas snu) wyraźnie ulega zmniejszeniu.

4. Dla uniknięcia wątpliwości, jakie zdarzały się nieraz wskutek niewłaściwego rozpoznawania moczenia nocnego, należy przypomnieć, że bezwiedne oddawanie moczu podczas snu ze względów praktycznych dzielimy na:

- a) nietrzymanie moczu;
- b) nocne moczenie samoistne (mimowolne).

Rozdział II

ISTOTA SCHORZENIA

Nietrzymanie moczu

5. Prawidłowe trzymanie i oddawanie moczu zależy od prawidłowego stanu i czynności pęcherza i zwieraczy. Bezwiedne oddawanie moczu może być następstwem uszkodzenia ściany pęcherza albo niedomogi zwieracza.

Niedomoga zwieracza może powstać na tle różnych wad wrodzonych (np. wierzchniactwo), uszkodzeń urazowych, rozrostu nowotworowego, zniszczenia przez proces zapalny (np. gruźlica) albo wskutek uwięźnięcia kamienia w ujściu wewnętrznym cewki. Niedomoga zwieracza może być także następstwem schorzeń ośrodkowego układu nerwowego np. zapalenia opon mózgowych lub rdzenia kręgowego, porażenia (hemiparaplegia) oraz uszkodzeń kręgosłupa.

6. Bezwiedne oddawanie moczu bywa czasem następstwem prawie całkowitej utraty pojemności pęcherza, np. przy gruźlicy lub kamicy pęcherzowej, albo przeciwnie — skutkiem rozstrzeni pęcherza moczowego.

Wszystkie przypadki, w których bezwiedne oddawanie moczu jest następstwem dających się stwierdzić zmian organicznych w drogach moczowych, w kręgosłupie (jeżeli zmiany kostne upośledzają czynność rdzenia kręgowego) oraz zmian w ośrodkowym i obwodowym układzie nerwowym — nazywać należy „nietrzymaniem moczu“.

Nietrzymanie moczu jest więc o b j a w e m różnorodnych schorzeń układu moczowo-płciowego lub nerwowego i polega na bezwiednym oddawaniu moczu nie tylko podczas snu, ale i podczas czuwania.

Nocne moczenie samoistne (mimowolne)

7. W odróżnieniu od nietrzymania moczu na tle zmian organicznych w narządzie moczowo-płciowym lub układzie nerwowym nocnym moczeniem samoistnym (mimowolnym) nazywamy schorzenie, którego przyczyn organicznych w żadnym z wymienionych narządów nie można dostępnymi metodami wykryć.

8. Nocne moczenie samoistne (mimowolne) polega zatem wyłącznie na zaburzeniu czynności oddawania moczu bez zmian organicznych w układzie moczowo-płciowym i nerwowym. U osoby

dotkniętej moczeniem nocnym nie wykształcił się złożony mechanizm oddawania moczu zależny od harmonijnego współdziałania odpowiednich ośrodków nerwowych (wyższych i niższych). W wieku dziecięcym, przeważnie w okresie do 2—3 roku życia, u człowieka wykształca się zdolność kierowania czynnością mięśnia zwieracza zewnętrznego i świadomego oddawania moczu. Z biegiem czasu kontrola zwieracza pęcherza ulega „automatyzacji” — przekształca się w odruch warunkowy — tworzą się określone nawyki, dzięki którym oddawanie moczu następuje w odpowiednich sytuacjach.

9. U osób z nocnym moczeniem samoistnym (mimowolnym) nawyki tego rodzaju nie wytworzyły się lub wytworzyły się w stopniu niedostatecznym, i w czasie snu, przy wyłączonej świadomości, osoba taka nie panuje nad zwieraczem, który pod naciskiem moczu gromadzącego się w pęcherzu rozluźnia się i następuje bezwiedne oddanie moczu.

10. Samoistne oddawanie moczu występuje zazwyczaj w pierwszej połowie nocy albo regularnie co noc, albo tylko co pewien czas.

Dotknięci tym schorzeniem to najczęściej ludzie z zaburzeniami charakterologicznymi lub z niedorozwojem umysłowym, a niekiedy nawet z objawami zwyrodnienia somatycznego i psychicznego. Niejednokrotnie można wykazać związek przyczynowy pomiędzy przebyciem jakiegoś wstrząsu psychicznego a moczeniem nocnym. Moczenie nocne może też towarzyszyć nocnym napadom padaczkowym.

Trzeba jednak brać również pod uwagę możliwość świadomego i umyślnego oddawania moczu (symulację) w zamiarze uzyskania zwolnienia ze służby wojskowej lub też możliwość nieświadomego protestu przeciwko nowym warunkom życia, do których dany żołnierz nie zdążył się przystosować („ucieczka w chorobę”).

11. Okres służby wojskowej stawiając przed młodym mężczyzną szereg nowych zadań i obowiązków, niekiedy trudnych i ciężkich, a przy tym zupełnie odmiennych od jego warunków życia cywilnego, powoduje, że osoby psychicznie niezahartowane lub psychopatyczne podświadomie lub świadomie szukają drogi do zmiany warunków życiowych.

12. Nie zalicza się do nocnego moczenia samoistnego (mimowolnego) sporadycznych wypadków bezwiednego oddania moczu we śnie po bardzo uciążliwych, forsownych ćwiczeniach lub po przemarznieniu.

Rozdział II

ZASADY POSTĘPOWANIA W PRZYPADKACH NOCNEGO MOCZENIA SAMOISTNEGO (MIMOWOLNEGO)

Ogólne zasady postępowania lekarskiego

13. O sposobie postępowania w każdym przypadku bezwiednego oddawania moczu we śnie decyduje rozpoznanie oparte o jego indywidualną etiopatogenezę. Nieuwzględnienie patogenety schorzenia prowadzi z reguły do niewłaściwego postępowania leczniczego i błędnego orzekania. W każdym przypadku bezwiednego oddawania moczu we śnie przeprowadzać dokładne badanie urologiczne. Jeśli badanie to nie wykaże zmian w układzie moczowym, trzeba zwrócić uwagę na wymienione wyżej schorzenia (Rozdział I „Nietrzymanie moczu“), które mogą wywoływać nietrzymanie moczu na drodze odruchowej. Dopiero po wykluczeniu tych schorzeń można bezwiedne oddawanie moczu we śnie uznać za chorobę pochodzenia psychorodnego i jako nocne moczenie samoistne (mimowolne) leczyć lub skierować żołnierza na drogę kcmisyjnego badania lekarskiego.

Postępowanie lekarskie w czasie poboru.

14. Zazwyczaj moczenie nocne ustępuje samo w wieku pokwitania, a po tym okresie zdarza się tylko wyjątkowo, jednakże nie zwalnia to lekarzy rejonowych komisji poborowych od obowiązku zwrócenia uwagi na możliwość jego istnienia. Lekarze ci powinni zbierać u wszystkich badanych wywiad w kierunku schorzeń narządu moczowego i moczenia nocnego, jednak nie pytając o te sprawy wprost, żeby badany nie domyślał się, o co lekarzowi chodzi i czego chce się konkretnie dowiedzieć, lecz przeprowadzić wywiad oględnie w sposób dyskretny, aby nie zdradzać, co lekarz ma na myśli. Jeżeli badany podaje fakty mogące świadczyć, że cierpi na nocne moczenie samoistne (mimowolne), ustalić początek zachorowania, wyjaśnić, czy przed powołaniem do wojska zwracał się o pomoc lekarską, aby w odpowiednim czasie zasięgnąć informacji o jego chorobie w miejscu stałego zamieszkania lub w zakładzie leczniczym, gdzie się leczył; w tym celu należy także dyskretnie skorzystać z obecności przedstawiciela terenowej rady narodowej, który znając poborowych może w wielu wypadkach potwierdzić, że badany już od dzieciństwa cierpi na moczenie nocne. Dotyczy to zwłaszcza poborowych ze wsi.

Nawet przy negatywnych wynikach badań specjalistycznych (dodatkowych) w wojskowych zakładach leczniczych, jeśli dane

z wywiadu potwierdza rada narodowa w miejscu zamieszkania badanego (dotyczy to szczególnie poborowych ze wsi), powinny one w zasadzie wystarczyć do stwierdzenia nocnego moczenia samoistnego (mimowolnego), a tym samym — nawet przy braku innych schorzeń — do uznania badanego za „zdolnego do służby nieliniowej“ z wnioskiem o zaliczenie go do ponadkontyngentu i niewcielanie do wojska.

Osoby cierpiące na nocne moczenie samoistne (mimowolne) niechętnie o tym mówią i usiłują zachować swe schorzenie w tajemnicy. O tym trzeba pamiętać. Jednak w wyjątkowych wypadkach bywa czasem odwrotnie i z tym trzeba się także liczyć.

15. W razie stwierdzenia nietrzymania moczu na tle zmian organicznych w układzie moczowo-płciowym lub układzie nerwowym należy badanych kwalifikować zgodnie z rozpoznaniem podstawowym według wykazu chorób i ułomności „Przepisów o badaniu i ocenie zdolności fizycznej i psychicznej do służby wojskowej“.

Postępowanie w jednostce wojskowej (w pododdziale)

16. Analiza dotychczasowej obserwacji przypadków bezwiednego oddawania moczu we śnie dowodzi, że etiologia tego schorzenia, a za tym i postępowanie lecznicze wymagają przede wszystkim należytej organizacji warunków bytowych żołnierzy nowowcielonych, odpowiedniej i systematycznej pracy wychowawczej nad nimi, a także opieki ze strony dowództwa i aparatu partyjno-politycznego jednostki wojskowej. Opieka ta jest niezbędna dla zabezpieczenia należytego zakwaterowania, wyżywienia i umundurowania oraz właściwego dozowania wysiłku fizycznego i umysłowego. Brak opieki bywa często u nowowcielonych żołnierzy istotnym powodem złego samopoczucia, a czasem także i przyczyną bezwiednego oddawania moczu we śnie u osobników niezahartowanych, a zwłaszcza z mniej lub więcej zaznaczonymi cechami psychopatycznymi.

17. Właściwe rozwiązanie zagadnienia moczenia nocnego w wojsku wymaga ścisłej współpracy bezpośrednich władz zwierzchnich żołnierza, pracowników służby medycznej jednostki wojskowej, aparatu partyjno-politycznego oraz wojskowych zakładów leczniczych. Wzrost liczby przypadków bezwiednego oddawania moczu we śnie w jednostce wojskowej powinien być sygnałem zarówno dla służby medycznej, jak dla aparatu dowódczego i partyjno-politycznego, gdyż świadczyć może między innymi o zaniedbaniach w dziedzinie zapewnienia należytych warunków bytowych lub o nieodpowiednim dozowaniu wysiłku żołnierzom nowowcielonym. Trzeba jak najwcześniej ujawniać

każdy przypadek bezwiednego oddawania moczu we śnie, indywidualnie go przeanalizować i opracować pod względem lekarskim, uwzględniając wpływy nowego środowiska, aspekty polityczne itd.

18. Praca wychowawczo-uświadamiająca w zakresie omawianego schorzenia odgrywa często nie mniejszą rolę niż stosowanie środków i zabiegów leczniczych. Błędny jest zakorzeniony w wojsku pogląd, że sprawa bezwiednego oddawania moczu we śnie, a w szczególności nocne moczenie samoistne (mimowolne) jest zagadnieniem należącym wyłącznie do służby medycznej.

19. Lekarz jednostki wojskowej w czasie badania lekarskiego żołnierzy nowowcielonych powinien przeprowadzić dyskretny wywiad, co do ewentualnych schorzeń narządu moczowo-płciowego, nerwowego i nocnego moczenia samoistnego (mimowolnego). Jeżeli nowowcielony żołnierz skarży się, że cierpi na bezwiedne moczenie się we śnie lub w przypadku, gdy koledzy nowowcielonego żołnierza wykryją, że oddaje on mocz w czasie snu, lekarz jednostki powinien:

- a) zebrać dokładny wywiad, kiedy wystąpiły pierwsze objawy schorzenia, czy cierpiał na nie przed służbą wojskową, czy się leczył, jak długo i gdzie, czy wystąpienie schorzenia związane jest z przeziębieniem i przemoczeniem, czy towarzyszy mu częste parcie na mocz, bóle w podbrzuszu, palenie w cewce przy oddawaniu moczu itp.; jeżeli żołnierz cierpiący od dzieciństwa na nocne oddawanie moczu powołuje się na świadków — żołnierzy pochodzących z tej samej miejscowości — przeprowadzić wśród nich wywiad, czy istotnie chory żołnierz przed powołaniem do służby wojskowej cierpiał na schorzenia narządu moczowego, układu nerwowego i moczenie nocne;
- b) zwrócić uwagę, czy nie jest to osoba o mniejszej wartościowości psychicznej i fizycznej; zaznaczyć się dokładnie z danymi personalnymi żołnierza, z jego warunkami rodzinnymi i materialnymi, zebrać charakterystykę służbową żołnierza o jego stosunku do służby wojskowej i postępach w szkoleniu; zasięgnąć informacji u lekarza rejonowego w miejscu zamieszkania żołnierza, czy zwracał się o pomoc i czy leczył się z powodu moczenia nocnego (w razie braku odpowiednich danych zwrócić się do lekarza-konsultanta właściwej wojskowej komendy rejonowej z prośbą o ustalenie, czy przed poborem człowiek ten chorował na moczenie nocne);
- c) skontrolować warunki służby, czy nie są zbyt ciężkie, czy fizyczny i umysłowy wysiłek nowowcielonego żołnierza nie przekracza jego możliwości;

- d) sprawdzić, jaki jest stosunek przełożonych i kolegów do badanego żołnierza, a w szczególności, czy nie jest on przedmiotem drwin i wyśmiewania; kategorię nie dopuścić do pozbawiania takich osób należności pościelowej, a w razie konieczności zapewnić im dodatkową zmianę bielizny osobistej i pościelowej;
- e) dokonać oględzin bielizny, skóry ud, moszny, członka, na-pletka; określić przezroczystość świeżo oddanego moczu;
- f) przeprowadzić kilkakrotne analizy moczu przesyłając go do laboratorium, przy czym badanie moczu powinno obejmować porcje ranne i wieczorne;
- g) w razie negatywnego wyniku badania przedmiotowego i przy braku zmian w moczu — wespół z aparatem dowódczym i partyjno-politycznym — starać się usunąć w miarę możliwości wszelkie czynniki, o których była mowa we wstępie tego rozdziału, a które wpływają ujemnie na „moczujące się“ żołnierza; jednocześnie w stosunku do żołnierzy cierpiących na bezwiedne oddawanie moczu nakazać:
- budzenie przez służbowego dla oddania moczu w 1 godzinę po udaniu się na spoczynek i o godz. 2 w nocy,
 - ograniczenie płynów, szczególnie wieczorem,
 - podawanie trzy razy dziennie po łyżce stołowej następującej mieszanki:
 - Sol. Natr. bromati 5.0/200.0
 - Coff. natr. benzoici 0,5
 lub proszków o składzie:
 - Camphorae hydrobrom. 0,1
 - Calci lactici 0,5
 trzy razy dziennie 1 proszek po jedzeniu;
- h) jeśli w ciągu 14 dni postępowanie powyższe nie przyniesie poprawy — skierować chorego na obserwację na izbę chorych. W razie wykrycia u żołnierza oddającego bezwiednie mocz we śnie zmian organicznych w narządzie moczowopłciowym lub układzie nerwowym postępować zgodnie z zasadami leczenia tych schorzeń.

Postępowanie lekarskie w izbie chorych jednostki wojskowej

20. Okres obserwacji na izbie chorych jednostki nie może w zasadzie przekraczać 10 dni i w tym czasie lekarz jednostki powinien:

- a) przeprowadzić ponownie kontrolne badanie moczu,
- b) ustawić łóżko w ten sposób, by nogi obserwowanego znajdowały się powyżej poziomu głowy (nogi łóżka umieścić

na podstawkach wysokości co najmniej 10 cm); materac, względnie siennik z mierną ilością słomy ułożyć w łóżku na deskach,

- c) ograniczyć do minimum ilość płynów przed udaniem się chorego na spoczynek (sucha kolacja),
- d) sprawdzać, aby chory za każdym razem oddawał mocz pod kontrolą sanitariusza; trzeba notować, jak często chory oddaje mocz i każdą porcję moczu mierzyć; zarządzić, aby obserwowany oddawał mocz do naczynia szklanego z podziałką i zapisywać czas oddania moczu oraz ilość zarówno w dzień, jak w nocy; w ten sposób oznacza się częstość moczenia, a przez zsumowanie oddzielnych porcji określa się diurezę dzienną i nocną (normalnie stosunek moczenia dziennego do nocnego ma się jak 3:2). W okresie obserwacji określić diurezę dzienną i nocną:
 - przy wypijaniu zwykłej ilości płynów (2 doby),
 - przy ściśle ograniczonym picu (2 doby),
- e) rygorystycznie przestrzegać, aby obserwowany oddawał mocz tuż przed udaniem się na spoczynek,
- f) obserwowanych budzić do pełnej świadomości o godz. 24.00 i o godz. 4.00 w celu oddania moczu, a przy budzeniu zwracać uwagę na sposób spania (ułożenie, twardość snu),
- g) jeśli pomimo dwukrotnego budzenia, chory zmoczy się w ciągu dwu kolejnych nocy lub kilka razy w ciągu jednej nocy — zarządzić częstsze budzenie,
- h) aby uniemożliwić ewentualną symulację przez wylewanie wody na pościel, usunąć z sali wszelkie naczynia z wodą, karafki itp.,
- i) zatrudniać obserwowanych w ciągu dnia w rejonie izby chorych, z tym jednak, by nie narażać ich na działanie zimna ani na zbyt ciężki wysiłek fizyczny,
- j) stosować leczenie farmakologiczne, mianowicie leki wymienione w pkt. 18 lit. g dodając przed spaniem jeden proszek luminalu (0,1—0,15).

Wobec wzmożonej pobudliwości m. wypieracza (m. detrusor) korzystne jest podawanie nalewki z wilczej jagody (T-ra belladonae po 10—15 kropli trzy razy dziennie), w razie osłabienia zwieracza pęcherza podawać mieszanek:

T-rae strychni 7,0

T-rae chinae comp. ad 15,0

trzy razy dziennie po 20—25 kropli.

Jednocześnie lekarz jednostki wojskowej powinien wpływać na psychikę chorego żołnierza, wzbudzić jego zaufa-

nie, pomóc mu w ujawnieniu i likwidowaniu obaw, zahamowań i konfliktów psychicznych, psychoterapia bowiem w leczeniu nocnego moczenia samoistnego (mimowolnego) odgrywa pierwszorzędną rolę;

- k) nakazać personelowi izby chorych dokładne prowadzenie bieżącej dokumentacji z wykonania zleconych czynności,
- l) na podstawie dokumentacji (lit. k) i spostrzeżeń własnych prowadzić kartę obserwacji chorego na nocne moczenie samoistne (mimowolne) i wpisać tam również dane z wywiadu chorobowego,
- l) jeśli powyższe postępowanie nie daje rezultatów, skierować chorego żołnierza na obserwację szpitalną, załączając całość dokumentacji, a mianowicie:
 - charakterystykę służbową oraz uwagi o zachowaniu się badanego w pododdziale,
 - dane z wywiadu, wyniki badania lekarskiego oraz szczegółowe dane z obserwacji na izbie chorych jednostki wojskowej,
- m) wymienione pod lit l) dokumenty wręczyć żołnierzowi skierowanemu na obserwację za pokwitowaniem i w załakowanej kopercie, aby mu uniemożliwić zapoznanie się z treścią dokumentów podczas przejazdu.

Postępowanie w szpitalach wojskowych

21. Pododdział obserwacyjno-leczniczy dla chorych na nocne moczenie samoistne (mimowolne) organizuje się przy oddziale neurologicznym szpitala; podlega on szefowi oddziału neurologicznego, który jest odpowiedzialny za organizację pracy personelu pomocniczego i przestrzeganie obowiązujących przepisów. Komendant szpitala przydziela dla oddziału obserwacyjnego personel pielęgniarski możliwie najlepiej wyszkolony fachowo i wyrobiony politycznie. Zwłaszcza od pielęgniarek i instruktorów sanitarnych pełniących dyżury nocne należy wymagać wysokich kwalifikacji moralnych i fachowych, gdyż od tego w dużym stopniu zależy ostateczna ocena obserwowanego i właściwe rozpoznanie.

Obserwacja chorego w omawianym pododdziale nie powinna w zasadzie trwać dłużej niż 15 dni.

22. Szef oddziału neurologicznego ustala dla chorych z pododdziału obserwacyjno-leczniczego odpowiedni porządek dnia, biorąc za podstawę wymienione w dalszej części „zasady porządkowe“.

1) Zasady porządkowe na oddziale obserwacyjno-leczniczym:

- a) pobudka — 6 rano, udanie się na spoczynek — godz. 22.00,
- b) zakazać obserwowanym leżenia w łóżku, względnie na łóżku, w czasie od pobudki do spoczynku nocnego,
- c) obserwowanych używać w ciągu dnia do prac gospodarczych i porządkowych na terenie szpitala — pod nadzorem wyznaczonego dowódcy,
- d) podczas pracy ubierać moczących się w mundury lub kombinезony ochronne; pamiętać o chronieniu ich przed działaniem zimna,
- e) zapewnić obserwowanym 2-godzinną przerwę w pracy w porze obiadowej oraz zakończenie pracy przed wydaniem kolacji,
- f) zwracać uwagę, żeby obserwowani nie przyjmowali nadmiernej ilości płynów w ciągu dnia, a zwłaszcza w porze wieczornej (sucha kolacja).

2) Postępowanie obserwacyjne:

- a) nakazać, aby wszyscy obserwowani tuż przed udaniem się na spoczynek oddawali mocz — pod kontrolą,
- b) po wieczornym oddaniu moczu lekarz dyżurny przeprowadza systematycznie co dzień kontrolne cewnikowanie pęcherza u kilku dowolnie wybranych spośród obserwowanych — w celu ewentualnego stwierdzenia, czy przypadkiem umyślnie nie zatrzymują moczu. Cewnikowanie takie wykonywać częściej u podejrzanych o symulację,
- c) u wszystkich obserwowanych przeprowadzać obowiązkowo specjalistyczne badanie urologiczne, dokładne badanie psychiatryczno-neurologiczne i inne, jak np. zdjęcia rtg. kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, badanie kału na pasożyty itp.,
- d) w wypadkach podejrzanych o symulację obserwować bezwiednie oddawanie moczu we śnie po domięśniowym wstrzyknięciu 0,0005 scopolamini hydrobromici i 0,20 Luminali natr. (aephenali natr.). Skopolaminę podawać co drugi dzień na zmianę z roztworem soli fizjologicznej. Wstrzykiwać wymienione leki powinien lekarz.

3) Postępowanie obserwacyjne w nocy:

- a) usunąć na noc z sali chorych wszelkie naczynia z wodą oraz uniemożliwić picie z kranu, jeżeli na sali chorych znajduje się umywalnia,

- b) przed położeniem się chorych do łóżka kontrolować sienniki (materace),
- c) budzić obserwowanych w celu oddania moczu o godz. 24.00 i 4.00,
- d) kontrolować sienniki (materace) bezpośrednio przed pobudką oraz natychmiast po opuszczeniu łóżek.

4) Leczenie.

W przypadku nietrzymania moczu na tle zmian organicznych w układzie nerwowym lub moczowo-płciowym zastosować odpowiednie leczenie farmakologiczne i fizykalne, względnie operacyjne.

W razie stwierdzenia nocnego moczenia samoistnego (mimowolnego) bardzo pożyteczna jest pomoc psychologa lub psychiatry tym bardziej, że działanie leków farmakologicznych wywiera w tych przypadkach wpływ w dużej mierze i na psychikę. Z leków farmakologicznych stosować środki wyżej wymienione oraz preparaty hormonalne (przy niedorozwoju płciowym) i preparaty tarczycowe (przy objawach niedomogi tarczycy). Ponadto stosować można wstrzykiwania roztworu soli kuchennej do przestrzeni epiduralnej przez otwór krzyżowy, elektryzację krocza, diatermię krótkofalową okolicy pęcherza, elektrokoagulację szyi pęcherza itp.

5) Prowadzenie historii choroby i ewidencja.

Historie chorób obserwowanych prowadzić bardzo szczegółowo z uwzględnieniem wszystkich dolegliwości towarzyszących zachowaniu się obserwowanego, jego poziomu umysłowego i wyników obserwacji nocnego moczenia samoistnego (mimowolnego). Ponadto zaprowadzić specjalną ewidencję obserwowanych z dokładnym oznaczeniem czasu i ilości podawanych środków nasennych oraz adnotacjami odnośnie oddania, względnie nieoddania moczu w ciągu poszczególnych nocy z całego okresu obserwacji.

Przy wypisywaniu chorego ze szpitala przekazać lekarzowi jednostki wojskowej dokładne pisemne zalecenia, co do dalszego postępowania leczniczo-profilaktycznego.

6) Postępowanie przy stwierdzeniu symulacji oraz postępowanie orzecznicze.

Stwierdzenie, że obserwowany uparczywie i świadomie oddaje pod siebie mocz tuż przed zaśnięciem lub bezpośrednio po obudzeniu się i inne dowody celowego oddawania moczu pod siebie

wystarczają do ustalenia faktu symulacji. O takim fakcie zawiadomić właściwego prokuratora wojskowego, który zadecyduje o dalszym postępowaniu z symulantem. W stosunku do symulanta zastosować także odpowiednie leczenie psychoterapeutyczne, uświadamiając go jednocześnie o konsekwencjach karnych wynikających z dalszego symulowania.

W razie stwierdzenia u obserwowanych schorzeń narządu moczowo-płciowego lub układu nerwowego, które powodują nieprzytrzymanie moczu oraz przyczyniają się do zmiany jego stopnia zdolności do służby wojskowej, należy żołnierza skierować do garnizonowej wojskowej komisji lekarskiej celem zakwalifikowania go do odpowiedniej kategorii zdolności do służby wojskowej, podając schorzenia stwierdzone przez obserwację szpitalną. Analogicznie, w przypadkach stwierdzenia niewątpliwego i nie budzącego żadnych zastrzeżeń nocnego moczenia samoistnego (mimowolnego) stawiać chorych przed garnizonową wojskową komisją lekarską celem określenia ich stopnia zdolności do służby wojskowej oraz możliwości wykorzystania w tej służbie. W tych wypadkach żołnierz powinien w zasadzie otrzymać kategorię: „Zdolny do służby nielinowej“ z notatką służbową o zwolnienie z wojska.

PRZEPISY KOŃCOWE

23. Niniejsze wytyczne mają za zadanie z jednej strony zapobiec wypadkom symulacji nocnego moczenia samoistnego (mimowolnego), z drugiej zaś ujednoczyć zasady leczenia, należy je zatem udostępnić oficerom-lekarzom i felczerom oraz oficerom z aparatu dowódczego i partyjno-politycznego. Przepisów tych nie wolno podawać do wiadomości osób niezainteresowanych, a przede wszystkim chorych i pozostałych żołnierzy służby zasadniczej.





42709/
2.