

## A könnyűsérültek ellátásának megszervezése az USA hadseregében

(Fordította: *Dr. Birkás János o. őrnagy*)

Az USA hadseregében a könnyűsérültek gyógyító-kiürítő biztosításának megszervezése a következő alapvető elvekre alapozódik. A sérültek ellátása a sérülés pillanatától a végleges gyógyulásig tart; a sérültek és betegek kiürítése arra az ellátási egységre történik (a hadtápkörletben, vagy hátsországi egészségügyi intézményekben), ahol a végleges, sérülésnek megfelelő ellátás és gyógyítás történik. Mindezek azért, hogy a sérültek mielőbb visszanyerjék harcképességüket. A könnyűsérülteket valamennyi kitűritési szakaszon két nagy csoportra osztják: harcképesekre, illetve harc-képtelenekre (a harcmezőre leghamarabb visszatérők csoportja; valamint gyógykezelésre a hátsországba irányítandók csoportja). Valamennyi kiürítési szakaszon meghatározott beavatkozásokat végeznek, amelyek az adott szakaszon biztosítják a kielégítő eredményeket.

Az elsősegély ön- és kölcsönös segélynyújtás formájában történik. Majd a sérültek a zászlóaljsegélyhelyre kerülnek, ahol osztályozás után a könnyűsérültek külön csoportot képeznek. Innen a könnyűsérültek sebesültszállító gépkocsikon a hadosztály egészségügyi zászlóalj egészségügyi védelmi szakaszából kikülönített osztályozó-kiürítő pontra kerülnek, a peremvonalától mintegy 6—8 km távolságra. Tömegpusztító fegyverek alkalmazása esetén, tömegsérültek keletkezésekor, úgynevezett tartalék osztályozó-kiürítő pont települ azzal a céllal, hogy az oda került sérülteknek osztályozás után halaszthatatlan első orvosi segélyt nyújtson, illetve gyógyítsa a könnyűsérülteket. Ezen pontok ágylétszáma 80. Hozzá tartozik a szükséges sátor és egyéb anyag, amelyekkel együttesen tömeges sérültáramlás esetén rövid időre 120 fő sérült befogadására alkalmas.

A zászlóaljsegélyhelyről, vagy közvetlenül a harcmezőről érkezett sérültek az osztályozó-kiürítő pont (OKP) átvevő részlegeibe kerülnek, ahonnan a súlyos sérülteket a hadsereg táborig kórházaiba ürítik ki, míg a könnyűsérültek a kötözőbe kerülnek, ahol első orvosi segélyben részesülnek. Itt általános orvos és egészségügyi tiszthelyettesek dolgoznak. Azok, akiknek várható gyógyulási ideje 3—5 nap, a fektetőbe jutnak, a többiek légi és földi sebesültszállító eszközökkel kiürítő kórházakba (KK) kerülnek.

Az USA hadseregének egészségügyi szolgálatában a második világháború után 1965-ben történtek az első lényeges változások. Valamennyi hadsereg egészségügyi egység a hadtáp parancsokság egészségügyi brigádjaiba került összevonásra. Az egészségügyi brigádok egységei és intézményei négy csoportra oszthatók. Ezek közül az egyik csoportba tartoznak azok az egészségügyi egységek és intézmények, amelyek a hadsereg hadtáp körletében helyezkednek el, a többiek, az előlfekvők, a hadsereg hadtestjeihez tartoznak. Az előlfekvő egészségügyi egységek sehszeti kórházak és kiürítő kórházakat, valamint önálló osztályozó-kiürítő századokat telepítenek. Rendelkeznek földi és légi kiürítő alegységekkel és különleges egészségügyi csoportokkal. Ezeknél az egészségügyi egységeknél tartózkodnak a lábadozó sérültek és betegek.

Az egészségügyi brigádok önálló osztályozó-kiürítő századai rendszerint a hadosztályok egészségügyi szolgálatának megerősítéséül szolgálnak, mintegy 240 fő befogadóképességgel. Tömegpusztítófegyver alkalmazásakor, tömeges sérültek keletkezése esetén ezek a századok osztályozó-kiürítő pontokat telepítenek és halaszthatatlan szakorvosi segínyt nyújtanak a sérülteknek, illetve biztosítják a könnyűsérültek gyógyítását, valamint a heveny reaktív állapotban levő betegek ellátását (megerősítést kapnak a szakorvosi csoportoktól).

Az osztályozó-kiürítő századoktól (hadsereghez, illetve hadosztályhoz tartozhat) az 5 napon túl gyógyuló sérülteket és betegeket a hadsereg kiürítő kórházaiba szállítják.

A kiürítő kórházak ágylétszáma 400. Feladata: sebészeti és belgyógyászati orvosi segélynyújtás valamennyi odakerülőnek, illetve a 15 napon belül gyógyuló könnyűsérültek és betegek gyógykezelése. A szükséges segélynyújtás és gyógyulás után a sérültek és betegek az úgynevezett lábadozó központba (utókezelő központ) kerülnek, ahol utókezelést kapnak valamint fizikai és erkölcsi (politikai) állapotukat erősítik. Alapvetően ezekben a központokban sebészeti utókezelés, pszichiátriai kezelés, fizioterápiás kezelés és gyógytorna folyik, valamint katonai és harci kiképzés is. Innen a gyógyultak visszatérnek a harcoló csapatokhoz, vagyis az alakulatok feltöltésére használják fel őket. Amerikai szerzők véleménye szerint ezeket az utókezelő központokat fel lehet használni sérültek nagytömegű keletkezése esetén, amikor is jelenlegi 1500-as befogadóképességüket 3000-re lehet emelni. A kommunikációs zónában könnyűsérültek részére gyógyintézmény nincs. Ezen típusú sérültek az általános kórházakban kapnak ellátást, amelyek tulajdonképpen többprofilú gyógyintézmények. Egy utókezelő központ és 2—4 általános kórház képez egy kórházi központot (kórházbázist).

A vietnami háborúban a sérültek kiürítésének — mondhatni — klasszikus módja alapvetően megváltozott. A sérültek kiürítése közvetlenül a sérülés helyéről helikopterrel történt, ahol első orvosi segélyben részesültek, már a helyszínen vagy szállítás közben. Ezen kívül a helikopteren történt az osztályozás is. A könnyűsérültek kiürítése előlfekvő tábori kórházakba történt (megkerülve az osztályozó-kiürítő pontokat). Ugyanide kerültek a súlyos sérültek is. Itt a könnyűsérültek közül azok maradtak, akik várhatóan 15 napon belül gyógyultak. A könnyűsérültek 15—30 napig gyógyuló csoportját a kiürítő kórházakba irányították. Ez

az összes veszteség 38,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-a volt. Azokat a sérülteket, akiknek gyógykezelése előreláthatólag elérte a 60 napot, haladéktalanul állandó jellegű kórházakba irányították Dél-Vietnamba, Guana szigetére és Japánba.

Ugyancsak amerikai szerzők szerint jelentős volt azoknak a sérülteknek a száma, akik csupán ambulens kezelésre szorultak. 1961. januártól 1967 októberig nyilvántartott 88 886 sérültnek mintegy 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-a nem szorult kórházi kezelésre. Ezeknek a sérülteknek a harcmezőn, tábori viszonyok között, eü. tiszthelyettesek vagy orvosok nyújtottak elsősegélyt, utána visszatértek a harcmezőre. Más adatok szerint ez a szám 48,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Amerikai orvosszakértők véleménye szerint az egységek és alegységek harcképességét alapvetően meghatározza az egészségügyi veszteség nagysága, valamint a sérültek újbóli harcképességének visszaállítási ideje.

A győzelem kivívásában jelentős szerepet játszanak azok a katonák, akik felgyógyulásuk után visszatérnek a harcoló alakulatokhoz. Atomcsapás következtében az összes sérültek 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-a könnyűsérült lesz, és pontosan ez a kontingens lesz az, amelyre felgyógyulásuk után a csapatok feltöltésében számítani lehet.

A jövő háborújában az USA katonai doktrínája szerint előnyben részesül az, „akit az adott helyen és adott idő alatt a legnagyobb valószínűséggel lehet meggyógyítani”.

Tehát a könnyűsérültek, illetve kezelésük előnyben részesül a többi sérülttel szemben, mivel azok mielőbbi visszatérése a harcmezőre a katonai célok elérése érdekében a legelőnyösebb.

#### *Irodalom:*

Albrecht M. Jskustva americke ratne hiruske alusbe u Vijetnamu. Vojnosanit. Pregl., 1970., 27. 4. As casualties in Vietnam Topped 100 000 mark . . . J. Armed Forces, 1967, v. 105, N 7 Comparison of casualties — World War II — Korea — Vietnam. USARV Med. Bull., 2. (USARV Pam-40-4), 1967. 32. Juli — Aug. Eiseman B. Combat casualty management in Vietnam. J. Trauma, 1967, 7. 1. Fischer H. Bisherige ärztliche Erfahrungen bei den Kämpfen in Vietnam J. Mittellung Werhrmed. Monatsschrift, 1968. 12. 10. Jones E. L. Peters A. F. Gasiar R. M. Early Management of. Battle Casualties in Vietnam. Archives of Surg., 1968. v. 97. 1. Hassman I. and Stockstill L. The casualty list: distributing but distorted. J. Armed Forces, 1968, 105, 31. Lindsey D. The initial care of the wounded on the battlefield. Rev. Intern. Serv. Santé Arm Terre, Mer, Air, 1968. 41. Rignault D. Le service de santé américain au Vietnam. Aspects nouveaux de la chirurgie de guerre. Revue des Corp de Santé, 1968. 9. 4.