

Folyóiratreferátumok

Lang M.:

Die medizinische Arbeit als Schularzt
(Egy kiképzőközpont orvosának munkája)
Schweiz Z. Milit. Med. 1989. 66, 99

Szerző egy kiképzőközpontban 17 héten át teljesített orvosi szolgálatot. Ez idő alatt (584 fős személyi létszám mellett) 1001 orvoshoz fordulás esetét jegyezte fel (736 betegség), 54⁰/₀-ban sebészi, 43⁰/₀-ban belgyógyászati, a fennmaradó esetekben fogászati okból. A betegek zöme az első három héten jelentkezett, ezután stabilizálódott a napi betegszám. Csak egy alkalommal, a kiképzési időszak végén egy kb. 50 km-es gyalogmenet után ugrott magasabbra a napi átlagszám (a személyi állomány 24⁰/₀-a kereste fel a rendelőt).

A gyengélkedő foglaltsága: hetente átlagban 20 betegéjszaka. Figyelemre méltó, hogy a gyengélkedő költözésének időszakában, amikor az elhelyezési körülmények rosszak voltak, nagyon kevés beteg jelentkezett. A gyengélkedőre felvétel oka az esetek 23⁰/₀-ában volt sebészi. Négy beteg került kórházba (mind sebészi eset), nem tértek vissza az alakulathoz.

A részletes táblázat alapján referensnek úgy tűnik, hogy a rendelés sebészi eseteinek 36⁰/₀-a volt baleset, további 26⁰/₀-a feltehetően a kiképzéssel összefüggő kórkép. Hat esetben távolított el szerző cornea idegen testet és két benőtt körmöt. A belgyógyászati esetek 51⁰/₀-a a gastroenterologia területéről adódott, huszonegy eset ételmérgezésből eredt, további 21⁰/₀-ot tett ki a felső légutak és a tüdők betegsége. A 19⁰/₀-nyi dermatológiai eset között 9 kullancs harapás (IgG-t kaptak), 2 rühesség akadt.

Bevonuláskor az 584 közül 33 fő jelentkezett orvosi vizsgálatra, kilencüket bocsátották el különböző időpontokban a szolgálatból. További 10 főt kellett még leszerelni (ebből 8 baleset).

Három közlekedési eredetű haláleset következett be: egy esetben eltávozásra menet, 2 esetben éjszakai gyakorlaton felborult a gépkocsi.

Szerző befejezésül megállapítja, hogy a gyengélkedőn végzett munkája nagyjából megfelelt napi szokásos tevékenységének (körzeti orvos). Felhívja a figyelmet arra, hogy a jelenlegi katonai lábbeli nem megfelelő, s egyetért azzal, hogy ez évtől kezdve menetgyakorlaton az újoncok saját cipőjüket viselhetik. Az

újoncnak mintegy 200 svájci frankjába kerül a lábápolás, ha a gyulladással, gombás betegségeket és a rándulásokat meg akarja előzni.

Dr. Novák János

Braathen L. R.:

Recruiting of medical personnel to the Armed Forces Medical Services in Norway (Az egészségügyi állomány kiképzése és igénybevétele a Norvég Hadsereg Egészségügyi Szolgálatában)
Med. Cps. Int. 1989, 4, 48

Norvégia lakosságának száma és a gazdasági adottságok nem teszik lehetővé úgynevezett hivatásos (a magyar: zsoldos) hadsereg fenntartását. A törvény úgy rendelkezik, hogy minden férfi állampolgár 12—15 hónapos szolgálatot és behívás esetén további időt a gyakorlatokban való részvétellel köteles teljesíteni. Az obsit időpontja 44 éves kor.

Orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és állatorvosok tisztként szolgálnak. (A tartalékos tisztek képezik a mozgósított hadsereg 90%-át.) A 6—8 hetes katonai alapképzés az első egyetemi évek idejére esik. Az egyetem elvégzését kötelezően követő másfél éves gyakorlati idő (sebészet, belgyógyászat, körzeti orvos mellett) után 6 hetes általános tiszti kiképzés van soron, majd 2 hetes speciális képzés (légierő, szárazföldi erő, haditengerészet). Ezzel a jelölt meg is kapja az alhadnagyi rendfokozatot.

44 éves koráig az orvos stb. egészségügyi diplomás behívható gyakorlatra. Tapasztalat szerint ez fejenként átlagban 1,4 alkalmat jelent. Sebészeket viszonylag gyakrabban hívnak be. A 44. életév betöltése után újabb behívásra már nem kerül sor (kulcsbeosztású orvosok csak totális mozgósításkor hívhatók be), de a tartalékos orvostisztek stb. 35 éves korukig, némelykor még tovább is nyilvántartásban maradnak.

Néhány orvos a Nemzeti Gárdában (ún. Home Guard), mint a fegyveres erők egy részében teljesít szolgálatot.

Dr. Novák János

Wachtel T. L., Cowan M. L., Reardon J. D.:

Developing a regional and national burn disaster response (Regionális és nemzeti katasztrófaellátási rendszer kialakítása)
J. B. C. R. 1989, 10, 561

Ambár az Amerikai Egyesült Államokban szerencséje van a nagy tömegeket érintő természeti katasztrófákat illetően, s a halottak száma elenyésző a mindennapi balesetekhez képest, a probléma mégis a közvélemény érdeklődésének homlokterében áll.

Szerzők áttekintik a ma élő katasztrófaterveket, és javaslatot tesznek a Nemzeti Katasztrófamedicina Rendszer (a továbbiakban: NKR) működésére. Napja-

inkban sem a szövetségi, sem a helyi szervek nem érdekeltek különösebben a katasztrófatervek végrehajtási feltételeinek biztosításában, az egyértelmű felelősség tisztázásának hiányában. A szövetségi (állami) szervek 1950 óta felelősek a természeti katasztrófákat túlélő áldozatok számára a létfeltételek biztosításában, s így azóta a segélynyújtás feltételei lényegesen javultak, az intézkedési lánc működése felgyorsult.

Az NKR-t 1984-ben hozták létre, s állami, szövetségi szervek mellett az egészségügy privát szektora is részt vesz benne. A katona-egészségügyi szolgálat a sérültek szállításában kap fontos szerepet. Úgy tűnik, célszerűbb a sérülteket a meglévő kórházba vinni, mintsem egy kórházat telepíteni a góchoz. Égettek vonatkozásában a terv e sérülteknek első lépcsőben a színhelyhez közel történő koncentrálását tűzi ki célul — más sérüléstípusokhoz hasonlóan. Ezt a feladatot a katasztrófamedicina segélycsoport (a továbbiakban: KSCS) látja el, egészségügyi anyaggal együtt a helyszínre siet, és 96 óra hosszat képes egészségügyi anyagutánpótlás nélkül működni.

Felmerül a javaslat, hogy a speciális (égési) osztályozás céljára specializált KSCS-t hozzanak létre, elsősorban annak eldöntése érdekében, hogy melyik sérült szorul szakosított kórházi ápolási egységben történő ellátásra. Ez az osztályozás lehet másodlagos is, tehát az általános osztályozást követően kerülhetne sorra.

Az összes sérültekre vonatkozó elosztásban a katona-egészségügyi szolgálat is közreműködik. A hadsereg légi szállítóeszközeinek elsőrendű szerep jut a sérülteknek a katasztrófa színhelyéről mielőbbi kiürítésében.

Az NKR 1560 kórházban 105 010 acut ágygal számol a 73 régióban. Az ágyak készenléte 8-tól 72 órás időpontra vonatkozik. A katona-egészségügyi szolgálat koordinátora azonban az elosztó kórházba azonnal is szállíttathat sérülteket.

A terv intézkedik arról is, hogy katasztrófa esetén azonnal térítik a kórházi és orvosi költségeket, nem kell várni a biztosítótársaságok pénzügyi adminisztrációjára.

Az USA-ban 466 kórház képes égettek szakosított gyógykezelésére, e kórházak közül 145-ben működik égési osztály. 179 égési osztály 1958 ágygal rendelkezik (*ref. megj.*: az adatok az eredeti szövegből származnak, és a különböző szervezetekben regisztrált vagy nem regisztrált osztályok jellegéből fakad az eltérés). További 46 osztály 409 ágygal rendelkezik, de ezek távol esnek a nagyvárosoktól, s ezért nem szerepelnek az NKR-ben.

Egy feltételezett óriási természeti katasztrófára vonatkozó becslés szerint a 11 millió közül 500 000 lakos lenne érintve, 50 000 halottal, 80—100 000 súlyos sérültevel, s mintegy 2%-nyi égettel lehet számolni. A súlyos eseteket az égési osztályokra, a többieket olyan osztályra kellene szállítani, amelyik rendelkezik valamelyes gyakorlattal az égésellátásban — ha nem is „profi”. Katasztrófa esetén azok az égési osztályok jönnek elsősorban szóba, amelyek kórházában traumatológiai szolgálat (osztály) is működik. Az égési osztályokat képessé kell tenni arra, hogy kapacitásukat — kiegészítő kórtermek rendelkezésre bocsátásával — 200%-ra bővíthessék.

Befejezésül szerzők arra figyelmeztetnek, hogy 10—35 égettet produkáló esemény egyáltalán nem kizárt. E sérült kontingens ellátására is fel kell készülni, tervet kell készíteni. Ilyen terv után a katasztrófaterv alapját képezheti.

Weidinger J. W.:

Disaster measures in hospitals

(A kórház katasztrófával kapcsolatos teendői)

A Német Katasztrófatársaság (5.) évi tudományos ülése (Würzburg, 1989. IV. 21—22.)

Med. Cps. Int. 1989, 4, 5. szám, 16.

Évente mintegy 160 katasztrófára lehet számítani a világon, s az elmúlt két évtizedben az egyes katasztrófák áldozatainak száma megkétszereződött, az anyagi kár hatszorosára emelkedett. Az egészségügyben mind ez ideig elsősorban a helyszínen nyújtandó első orvosi segélyre és a helyszíni ellátás szervezésére fordítottak figyelmet. Az 1988. évi NSZK-beli légi bemutató és a dél-angliai sheffieldi stadion katasztrófája egy további kérdésre irányították a figyelmet: felkészültek-e a kórházak egy ilyen szituációra?

Ludwigshafenben az említett légi katasztrófa 27 súlyosan égett sérültjének fogadása zavartalanul zajlott, többek között hála a gondos építészeti megfontolásoknak. Számos más kórházból is elhangzott beszámoló, zömmel sikeresen működő katasztrófatervekről. Hangsúlyozták az elsősegély-kártyák fontosságát, különösen a nyelvi nehézségek áthidalásában. A homburgi egyetemi klinikákról a fotódokumentáció fontosságát emelték ki. Nagy vitát váltott ki, és végül nem találkozott általános egyetértéssel oszályozó kórház kijelölése, mely az egyik előadó szerint legyen a legmagasabb szintű ellátást nyújtó intézet. Kisebb kórházban az ún. kissebészeti szakmák szakembereinek és az ágykapacitásnak a felhasználása segíthet a szükségletek és lehetőségek ellentmondásának feloldásában.

Katasztrófa sérültjeinek gépi lélegeztetéséhez alkalmas orvosi berendezésekkel szemben különleges követelményeket kell támasztani. Többek között legyenek könnyű, egyszerű gépek, idő-kontrolláltak.

Az NDK-ból beszámoló hangzott el a gyorssegélycsoportnak egy vasúti katasztrófa kapcsán történt bevetéséről, nagyjából az egész országban elfogadott elvek alapján. Az orvosképzésben helyet kapott a katasztrófamedicina oktatása és gyakoroltatása.

Az NSZK-ban régiók feletti légi szállítási szolgálatot kívánnak szervezni a sérültek másodlagos szállításához.

Felhívták a figyelmet arra, hogy az NSZK-ban 1986 óta 30 nagyobb kórházi tűz keletkezett. A betegek kiürítésének ide vonatkozó tapasztalatai mellett hangot kapott a felkészülés fontossága.

Dr. Novák János

Tyrer M.:

Lockerbie air disaster

(A Lockerbie légi katasztrófa)

J. Roy. Army Med. Cps. 1989, 135, 93.

A katoniorvos szerző egy olvasói levélben a légi katasztrófa felszámolása során szerzett tapasztalatait írja meg.

1988. december 22-én, karácsonyi szabadságáról azonnali hatállyal berendelték állomáshelyére. Zászlóaljparancsnoka közölte, hogy az egységet légi katasztrófa felszámolására bevetik. A riasztástól számított 6 óra múlva jelentke-

zett a feladat színhelyén, ahol 1/2 óra múlva a segélyhely működőképes volt. Feladatául szabták, hogy 20 fővel a holttesteknek a halottaskamrába, illetve röntgenvizsgálatra stb. szállítását végeztesse, illetve a polgári szervekkel koordinálja (utóbbiak gépkocsiját katonai személyzettel látták el), valamint a katasztrófa felszámolásában (pontosabban a holttestek felkutatásában) részt vevő összes katona felügyeletét lássa el. A szorosan vett szakmai feladat pszichikai traumák megelőzése és/vagy azonnali kezelése volt.

Az első 48 óra alatt 242 holttestet találtak. Legtöbbjüket zsákokba helyezték a katonák. Szerző megjegyzi, hogy sok esetben csak torzót találtak, más holttestek arcán egyértelműen kiütöztek az agonia nyomai.

Számos magas rangú katona látogatta meg az egységet. A katonáknak egyértelműen megígérték, hogy karácsonyi-újévi szabadságukat megkapják. Időközben azonban kitűnt, hogy a mentési-felkutatási munkálatok jelentősen elhúzódnak. Szerző javasolta az egységparancsnoknak, hogy vonja vissza az egységet a 48. óra után. — illetve váltsa az állományt. Utóbb kitűnt, hogy más katonai tanácsadók is tettek hasonló javaslatot. December 26-án érkezett egy másik zászlóalj, mely a holttestek elszállításában gyakorlatilag már nem, csak csak romeltakarítási munkálatokban vettek részt.

Megjegyzni, hogy ún. posttraumás stressz reakció levelének megírásáig nem lépet fel. Mindössze két beteg jelentkezett, egyikük állapota a szabadságra távozás előtt, másikuké, a szabadság első három éjszakáján jelentkező nyomasztó álmok után megszűnt, illetve a reakció lecsengett.

Szerző azt a következtetést vonja le, hogy a bevetésnek e két jelentéktelen esettől eltekintve pszichológiai következmények nélküli lezajlása három tényezőre vezethető vissza:

1. a zászlóalj teljes személyi állománya a bevetést megelőző héten — történetesen — a megfelelő kiképzési direktívák alapján háborús tressz elleni kiképzésen esett át. A kiképzés eredménye a bevetés során több ízben megnyilvánult;
2. a személyi állomány végül is 48 órát dolgozott egyvégtében, s előre látták a bevetés befejezésének időpontját;
3. a zászlóalj személyi állománya rotációban végezte a különböző feladatokat.

Dr. Novák János

Wong L., Grande C. M., Munster A. M.:

Burns and associated nonthermal trauma: an analysis of management, outcome and relation to the Injury Severity Score

(Égési és társuló nem thermicus sérülés: a terapia, a prognosis analízise, különös tekintettel a Sérülés Súlyossági Indexre)

J. B. C. R. 1989, 10, 512.

Mechanikai traumákhoz társulhat égési sérülés, pl. gépjárműbaleset, robbanás vagy tűzből menekülés kapcsán. A thermicus károsodás drámai képe elfedheti a mechanikai traumát.

E sérüléskombinációval kapcsolatban a következő kérdések merülnek fel:

— hogyan alakul a kombinált sérült sorsa az égési osztályon,

- hogyan befolyásolja a két sérülésfajta az adott esetben a nem kombinált sérülés miatt várható (statisztikai) halálozási valószínűséget,
- lehet-e alkalmazni az ISS (Sérülés Súlyossági Index)-et?

Szerzők 1977 és 1987 között a Baltimore-i Égési Központba felvett 40 kombinált sérült adatait dolgozták fel. 3 hasúri, 2 mellkasi, 3 húgyivarszervi és 5 központi idegrendszeri mechanikai sérülés mellett, 61 csonttörés szerepelt az anyagban (2 koponya, 5 maxillofacialis-, 5 medence-, 6 gerinc- és végtagsérülések). Az égési sérülés kiterjedése 1—93% között változott ($x = 26,6\%$). Az égési seb 15 esetben a törött végtagrészleten helyezkedett el. A törésekef 15 esetben (ref.: a 15—15 véletlen egybeesés!) intraossealis fémrögzítéssel, 12 esetben külső rögzítéssel, 11 esetben pedig gipszrögzítéssel kezelték. Két sérült-nél extenzió alkalmaztak, a többi esetben ágyynyugalmat rendeltek. A törések 46 esetben gyógyultak (egy elhúzódóan). A töréskezelést a társuló égési trauma mindössze két sérült esetében akadályozta.

8 sérült halt meg (égési felszínük átlagos kiterjedése: 62%), közülük hatan az első 48 órában, ketten 14 napon belül.

A várható halálozás az ISS alapján 5%, az égési seb kiterjedése és a kor alapján 12% volt. Tényleges 20%-os a halálozási arány.

Mint ahogy 8 közül 6 haláleset a mechanikai traumára volt visszavezethető, Szerzők úgy vélik, hogy az osztályozás, a prognózis megbecslése során a mechanikai sérülést kell elsősorban figyelembe venni. Tapasztalataik szerint égett és törött végtag ellátásában a külső rögzítő (régebben az extenzióé) a vezető szerep, s csak az eredményes bőrpótlás után jöhet szóba a műtéti töréskezelés. Ideális esetben az osteosynthesis a kimetszéssel és bőrpótlással egy ütésben, elsődlegesen is végezhető, de csak az égési sérülés okozta volumenváltozások rendezése után — addig külső fixátor ajánlott.

Szerzők tapasztalata szerint megfelelő figyelemmel dolgozó égési osztály (is) képes a kombinált sérültek eredményes ellátására.

Az ISS — statisztikai értelemben — alkalmazható e beteganyagra, ha a kölcsönös súlyosbítás tényét figyelembe veszik.

Dr. Novák János

Taylor M. St., Kulungowski M. A.:

Frostbite injuries during winter maneuvers: a long-term disability

(Fagyási sérülés téli gyakorlaton: hosszú időre szóló rokkantság)

Milit. Med. 1989, 154, 411.

A fagyási sérülés már Hannibál óta kísérője a nagy háborúknak, így még a II. világháborúnak, a koreai háborúnak is.

Az NSZK-ban, Würzburgban telejült 67. sz. Kiürítő Kórházban 1987, január és február hónapban gyógykezelt 73 fagyási sérültet terveztek követni 6 hónapon át. A fagyás 42 esetben az alsó végtagot 18 esetben a felső végtagot érintette, felső és alsó végtagot 2 sérültben, és a fejet 10 esetben. 18 sérültnek már volt fagyási sérülése. A 73-ból 60% volt fekete bőrű. Az összes sérült kora 19 és 41 év között volt.

40 közül 26 betegnél találtak állandósult neurovascularis károsodásra utaló is vízbe történő merítésből álló teszt (utóbbinak 60 mp-nél hosszabb ideig panasz nélkül történő elviselését tekintették normálisnak).

40 közül 26 betegnél találtak állandósult neurovascularis károsodásra utaló tüneteket. E magas arány aláhúzza a fagyási sérülések megelőzésének fontosságát.

Dr. Novák János

Geerke H.:
Truppenführung und Sanitätsdienst
(A csapatok és az egészségügyi szolgálat)
Wehrmed. Mschr. 1990. 34, 43.

A német hadtörténetben első ízben vált az egészségügyi szolgálat — a szárazföldi csapatok, a haditengerészet és a légierő mellett — önállóvá. Az idáig vezető út 200 évig tartó fáradozásból állt. A vita sokáig azon folyt, hogy kell-e egyáltalán katonai egészségügyi szolgálat, vagy csak polgári orvosok lássák el ezt a feladatot. A döntésben a II. világháború tapasztalatai és az orvostudomány gyors fejlődése fontos szerepet játszott. Hogy ma már nem a fegyvernemeknek van egészségügyi szolgálata, hanem ez önállóvá vált, hozzájárult a Genfi Egyezményekből fakadó követelményrendszer is, valamint az, hogy a katonai alkalmasság elbírálása ma már komplex tevékenység, modern medikai berendezéseket és speciális szakismereteket igénylő tevékenység.

A parancsnoki kar számára a katoná-egészségügy akkor vált fontossá, amikor a 30 éves háború után kialakultak a fegyvernemek. Világossá vált, hogy a harci szellem fenntartásában és a katonák egészségének megóvásában az egészségügyi szolgálatnak jelentős szerep jut. Ennek eredete a zsoldoscsapatok vezetőinek saját egészségi biztonságuk megőrzésére irányuló igényére nyúlik vissza. A XVIII. és XIX. században Blücher hangsúlyozta a katonorvosok érdemeit és nélkülözhetlenségüket. A katonáorvosok ebben a korban kaptak első ízben tábornoki rangot. A katoná-egészségügyi szolgálat, mint önálló tiszti csoport is a XIX. században jelent meg.

Fogorvosok a katoná-egészségügyi szolgálatban első ízben a XX. században kaptak helyet, addig a csapatorvosok és néhány erre kiképzett kórházi orvos feladatkörébe tartozott a fogászati munka. Egészen a II. világháborúig polgári fogorvosokat szerződtettek, s csak akkor kaptak tiszti rangot fogorvosok.

A katonai vezetés és az egészségügyi szolgálat közötti viszonyban alapvető (pozitív irányú) változás végül akkor következett be, amikor a sebészetben megjelent a narcosis és az asepticus sebellátás, a belgyógyászatban pedig a bakteriologia és a járványok leküzdésének lehetősége. Utóbbinak köszönhetően az 1870/71. évi német—francia háborúban fordult elő először, hogy sebesülésektől eredt a nagyobb veszteség és nem a betegségekétől. Addig ugyanis a járványok fellépését a katonai vezetők csak — elkerülhetetlen — sorscsapásként kezelték. Az egészségügyi szolgálat tehát stratégiai tényezővé vált.

Világos, hogy a mai kedvezőbb megítélésben az egészségügyi szolgálat teljesítménye vezető szerepet játszik, s hogy ez dönti el a helyét és szerepét a hadseregben. Ebből következik, hogy napjaink szolgálatának el kell érnie a legjobb polgári intézetek színvonalát. Utóbbiakkal történő szoros együttműködés elengedhetetlen. A magas szakmai követelmény a csapatorvosokra is érvényes.

Dr. Novák János

