
REFERÁTY

K NÁZORŮM O NĚKTERÝCH AKTUÁLNÍCH OTÁZKÁCH VÁLEČNÉ INTERNY

3556/16

Prof. N. S. MOLČANOV
(Volný překlad)

V č. 6. 1961 Voj. zdravotnických listů jsme uveřejnili překlad zásadní stati profesora N. S. Molčanova. K tomuto článku probíhala na stránkách časopisu Vojenno-mediceinskij žurnal diskuse, již se zúčastnila řada vojenských zdravotnických činitelů Sovětské armády. Profesor N. S. Molčanov shrnul výsledky diskuse v č. 7 časopisu Vojenno-mediceinskij žurnal, kde vysvětlil některé nejasnosti a dotazy, které při diskusi vznikly. Redakce uveřejňuje proto ve zkrácené formě závěr diskuse, a to zejména se zaměřením na materiály, jež byly přetiskovány v našem časopise, a na problematiku, jež se vyskytuje i v naší armádě:

V pojednání „Některé aktuální otázky válečné interny“ byly probány hlavně tyto základní otázky: problémy tohoto úseku vojenské medicíny v podmínkách soudobé války, rozsah internistické pomoci na zdravotnických etapách v soudobých vojenských operacích, zdravotnické třídění, pojednání o netransportabilnosti raněných a nemocných, profylaxe v podmínkách bojové činnosti vojsk, příprava vojenských lékařů — internistů aj.

Pojednání vyvolalo živý ohlas a řada autorů se vyslovila k daným problémům. Jejich názory jsou vesměs zahrnuty v tomto článku.

V soudobých vojenských operacích přibude do značné míry raněných, kteří budou potřebovat poskytnutí internistické pomoci. K nim samozřejmě patří zasažení otravnými látkami, bakteriologickými prostředky a ozáření. Některí autoři zdůrazňují nutnost zvýšení úlohy internistů v chirurgických nemocnicích, kde se budou starat o značnou část kombinovaně postižených a léčit je. V důsledku toho vzrůstá úloha válečné interny v systému soudobého zdravotnického zabezpečení.

Vybrat nemocné čistou formou nemoci z ozáření jako hlavní objekt pro práci internistů bude obtížné a je i nereálný předpoklad, že by se o kombinovaně postižené mohli starat jen chirurgové. Není možno popřít, že k poskytnutí pomoci těmto postiženým, kteří mohou představovat největší část zdravotnických ztrát po atomovém napadení, bude nutná spolupráce chirurgů s internisty.

Za války je možno očekávat i zvýšení výskytu běžných onemocnění z důvodů pozměněné re-

akce organismů souběžně s narůstáním mnohých stressových činitelů. Možnost výskytu masových ztrát vyžaduje nutnost značného zvýšení profylaktických opatření u bojujících vojsk. To vše svědčí o mnohých a vesměs složitých úkolech vojenských lékařů — internistů při soudobých vojenských operacích.

Druhou otázkou řešenou v tomto pojednání byl rozsah internistické pomoci na zdravotnických etapách za války.

Všichni autoři se vyjadřují k zmenšení rozsahu pomoci na té či oné zdravotnické etapě v závislosti na množství a druhu zdravotnických ztrát, na množství prostředků určených k poskytování zdravotnické pomoci a na dalších okolnostech. Některí doplňují tuto otázku ještě dalšími údaji. V řadě případů mohou ranění a zasažení přicházet na divizní obvazišť, samostatný zdravotnický oddíl, do vnitřní polní pohyblivé nemocnice i do ostatních léčebných zařízení přímo z ohnisek napadení, aniž prošli nižšími zdravotnickými etapami. V důsledku toho budou muset uvedené zdravotnické etapy a zařízení vyčleněná k ohnisku napadení nejen k poskytnutí první lékařské, ale i kvalifikované internistické pomoci často měnit rozsah poskytované pomoci. Jinak řečeno, v boji budou muset etapy v řadě případů v důsledku složité situace poskytovat pomoc v rozsahu neodpovídajícím běžným pravidlům. To vyžaduje nutnost vzájemné zaměnitelnosti a zastupitelnosti polních zdravotnických zařízení. Některí autoři by chtěli detailně určit rozsah internistické pomoci na zdravotnických etapách vojenského týlu, z čehož je vidět, že ji považují za stabilní, a s tím samozřejmě nelze souhlasit.

Hlavní pozornost byla věnována organizaci zdravotnického třídění raněných a nemocných vyžadujících internistickou pomoc. Jak je známo, řešili jsme jen jednu z mnohých nedořešených otázek této problematiky — otázku oddělení proudu zasažených, vyžadujících internistickou pomoc na některých zdravotnických etapách. Autoři vyjadřující se k této otázce ji do značné

míry rozšířili. Většina z nich projevila souhlas s všeobecnými zásadami. Někteří se snažili zpracovat schéma třídění na různých zdravotnických etapách (N. G. Ivanov). V souhlase s tímto schématem by bylo možno udělat některé dílčí závěry. V pojednání bylo zdůrazněno, že v soudobém boji velmi vzrůstá význam zdravotnického třídění v souvislosti s možností vzniku hromadných ztrát a příchodem raněných a zasažených na zdravotnické etapy za krátký časový úsek. Neuvádíme znovu dávno uzákoněné zásady, že se má zdravotnické třídění provádět na každé zdravotnické etapě. To bylo ještě jednou zdůrazněno na jednom z posledních plén vědecké rady náčelníka hlavní zdravotnické správy ministerstva obrany SSSR. Stejně tak výskyt nových kontingentů zdravotnických ztrát přináší značné obtíže v provádění třídění. V tom smyslu nelze souhlasit s názorem, že dostačují jen zkušenosti z Velké vlastenecké války o organizaci třídění raněných vyžadujících chirurgické ošetření a že lze rozdělit již třídící hlídkou divizního obvodu (samostatného zdravotnického oddílu) dva proudy (chodící a ležící) a odesílat jen na různá přijímací a třídící oddělení.

V pojednání bylo několikrát zdůrazněno, že třídění zasažených potřebujících internistickou pomoc se střetává se značně většími potížemi než třídění raněných s povrchním poškozením. V souvislosti s různou reakcí organismů na působení škodlivých činitelů a v souvislosti s různou dobou odsunu raněných na zdravotnické etapy budou mezi tak zvanými chodícími často nemocní akutní nemocí z ozáření druhého i třetího stupně. Značně různé obrazy počátečních příznaků a obtíže diagnostiky nemoci z ozáření projednávala i vědecká rada náčelníka hlavní zdravotnické správy ministerstva obrany SSSR, protože možnou diagnostiku nemoci z ozáření na předních etapách lze stanovit jen na základě anamnestických údajů (pobyt v zamořeném prostoru), radiometrických údajů a výsledků sledování zasaženého (vesměs povrchního).

Správné je to, že první rozdělení proudu raněných provádí třídící hlídka divizního obvodu (samostatného zdravotnického oddílu) nebo rozdělovna raněných v nemocniční základně. Zde se všichni zasažení rozdělí do tří proudů: a) vyžadující speciální pomoc, b) vyžadující izolaci, c) nevyžadující ani speciální pomoc, ani izolaci. Na přijímacích a třídících odděleních zdravotnických etap poskytujících první lékařskou a kvalifikovanou pomoc se rozdělí tyto ranění a nemocní do těchto skupin: a) na vyžadující pomoc na dané etapě, b) neschopné odsunu, c) podléhající dalšímu odsunu (u nichž může být zdravotnická pomoc odložena), d) lehce raněné a nemocné.

Předpokládá se, že infekčně nemocné a podezřelé z infekce odesílá třídící hlídka do izolátoru a odtud do infekčních nemocnic. Zde bude při zachování možnosti sledování nemocných jen neznatelné procento těchto nemocných, kromě doby příjmu bakteriologicky zasažených. Pode-

zřelí z infekce se budou vyskytovat v každém z proudů raněných a nemocných došlých na přijímací a třídící oddělení a odtud budou dodatečně odesíláni do izolátoru a dále do infekčních nemocnic. Rozumí se též, že rozdělení na „ty, kteří potřebují zdravotnickou pomoc“ a na „ty, kteří ji nepotřebují“ bylo provedeno již na etapě, která prováděla první třídění.

Nutnost oddělení proudu lehce raněných je jasná. Mají-li být určeni podle charakteru nutné pomoci (chirurgické, interní), jsou to ranění s dobou léčení na místě 5–10 dnů nebo podléhající vyléčení v nemocnici pro lehce raněné. Středně těžce a těžce raněné a nemocné (mezi nimi i ozáření dávkou nad 200 r) je povinen, vzhledem k otázce diagnózy a třídění prohlédnout internista. Po využití údajů radiometricky zjištěných připadá podstatný význam dalšímu sledování zasažených. To vyžaduje nutnost oddělit proud zasažených vyžadujících internistickou pomoc. I chirurg, který provádí třídění zasažených vyžadujících chirurgickou pomoc (při kombinovaných poraněních), bude muset často konzultovat s internistou.

Na rozdíl od třídění v minulých válkách bude mít v současné době velký význam třídění uvnitř etap. To se týká především zasažených atomovými zbraněmi, kteří přicházejí na zdravotnické etapy poskytující kvalifikovanou nebo specializovanou pomoc. V souvislosti se svérázným průběhem nemoci z ozáření (možnost častých nenápadných přechodů jednoho stupně v druhý) vzniká nutnost systematického sledování nemocných, a to nejen fyzikálního, ale i hematologického. Přesné vymezení stupně rozvinutí onemocnění je nutné v zájmu odsunového třídění a etapového léčení.

Třídění uvnitř etap, jak již bylo řečeno, se zakládá na řádném klinickém i laboratorním sledování raněných a nemocných. Už dříve bylo uvedeno, že řádné fyzikální sledování na přijímacích a třídících odděleních etap, poskytujících kvalifikovanou a specializovanou pomoc, bude ztíženo při masovém příchodu raněných a nemocných.

Současně je nutno v krátké době stanovit přesnou diagnózu nemoci (akutní nemoc z ozáření), upřesnit stupeň jejího rozvinutí a těžkost průběhu. Proto je třeba provést fyzikální i hematologické vyšetření už ve vnitřní polní pohyblivé nemocnici, ale ne na přijímacích a třídících odděleních a ne stacionárně. Považujeme za nutné provádět u všech nemocných středně těžkou a těžkou formou nemoci z ozáření vyšetření krve v průběhu prvních dvou dnů (třeba jen celkové množství leukocytů a výběrově diferenciál). Už to dává možnost stanovit velmi těžce, těžce, středně těžce i lehce nemocné, stanovit základní léčebná opatření a možnost odsunu u těch, kteří jej potřebují. Za tři až pět dnů se provádí další vyšetření krve s diferenciálem, což odpovídá pravidelnému třídění uvnitř etap. Do vyšetření prováděných zdravotnickými etapami patří i radiometrické vyšetřování výmětů (stolice, moči atd.), třeba jen výběrově.

Plně je třeba souhlasit s názorem, že se má brát v úvahu časový faktor při třídění i léčení raněných a nemocných na různých zdravotnických etapách.

Autoři předložili i řadu organizačních otázek. Nelze však souhlasit s názorem, že by pro kontingenty s kombinovaným zasažením účinkem atomových zbraní měly být vyčleněny speciální nemocnice s odpovídajícím obsazením chirurgy, internisty i ostatními specialisty. V soudobé válce totiž nelze počítat jen se ztrátami po atomovém napadení, ale i se ztrátami vzniklými následkem použití chemických látek, biologických prostředků a jejich kombinací. Přijetí návrhu by znamenalo sestavit nemocnice pro zasažené atomovými, biologickými i chemickými zbraněmi. V soudobé válce by to představovalo velké množství těchto nemocnic, přičemž by část z nich nebyla využita, protože jednorázové přijímání všech jmenovaných kontingentů zasažených nebude pravidlem. Kromě toho by vznikly obtíže s rozdělením zasažených na zdravotnických etapách vzhledem k složité struktuře specializovaných nemocnic. Proto je třeba počítat s tím, že by jmenované kategorie zasažených byly soustřeďovány ve vnitřních polních pohyblivých nemocnicích a infekčních polních pohyblivých nemoc-

nicích po doplnění těchto zařízení v každém konkrétním případě odpovídajícím personálem a materiálem.

Nelze souhlasit s tím, že by všechna léčebná zařízení interního profilu měla být připravena poskytovat kvalifikovanou i specializovanou pomoc zasaženým atomovými, chemickými a částečně i biologickými zbraněmi (toxiny). To by vylučovalo možnost specializovat vnitřní polní pohyblivou nemocnici (pro zasažené otravnými látkami, pro ozáření) na určitou dobu při nárazovém přílivu těchto i různých jiných druhů zasažených, nebo tehdy, kdy je v nemocniční základně několik těchto nemocnic.

Závěrem je nutno říci, že otázky třídění, rozsahu pomoci na zdravotnických etapách v podmínkách konkrétní situace, rozsahu práce internistů v chirurgických nemocnicích, práce vnitřní polní pohyblivé nemocnice v případech, kdy se v ní soustřeďují nemocní nemocí z ozáření i zasažení otravnými látkami, i ostatní otázky v tomto článku řešené potřebují ještě další zkoumání a ověřování při praktické činnosti zdravotnické služby na vojenských cvičeních.

Z časopisu Vojenno-medicevskij žurnal volně přeložil
major MUDr. Jan KRŠKA