

06.09:355.422(437.6 Dukla)(091)

K 20. VÝROČÍ KARPATSKO—DUKELSKÉ OPERACE

Plukovník doc. MUDr. Vladimír DUFEK

Ústřední vojenská nemocnice, Praha

Dukelská operace patřila a patří ke kulminač-nímu období v životě snad každého příslušníka našeho vojska v SSSR. Je proto správné zamyslet se u příležitosti 20. výročí této veliké bitvy v Kar-patech nad některými problémy vojáka v poli. Aktivní účastníci dukelských bojů by si měli ne- jenom občas vzpomínat na bojové akce a zá- žitky, nýbrž by z nich měli vyvozovat i ponaučení a předávat je svým podřízeným a spolupracov- níkům. Životní shon, zaneprázdnění, značný ča- sový odstup a soustředění na problémy dneška by neměly být omluvou. Jistě že by měli vzpomí- nat i zdravotníci a uvažovat o tom, zda se některé zkušenosti nemohou uplatnit i dnes, popřípadě i v budoucnu, ať již v poměrech mírových nebo válečných. Látky k přemýšlení je ku podivu dost, stejně jako motivů aktuálních i pro dnešní dobu. Dovolím si na některé poukázat.

Jedním z nich je **improvizace** v polní zdravot- nické službě. Octne-li se lékař v těžké situaci, týkající se např. materiálního vybavení v poli, jakožto průvodního zjevu všech válek, musí umět improvizovat, nebo se alespoň pokusit o impro- vizaci. Jistě že nelze improvizovat vše a všude. Velmi často však ano. Nelze nechat např. krváčet raněného z končetiny jen proto, že lékař nemá obinadlo nebo obvaz. I s holými rukama lze krvá- cení zastavit. Vždy je možno najít kus látky, třeba i z vlastní košile, a krvácející tepnu nebo žílu komprimovat.

Nelze také odsunout raněného s nefixovanou zlomeninou jen proto, že chybí dlahy. Téměř vždy lze improvizovaným způsobem poměrně dobře fixovat končetinu. To jsou běžně známé věci, o kterých se učí na fakultách a se kterými konečně na frontě nebylo tolik obtíží. Hůře tomu bylo však v jiných směrech, např. na úseku od- sunu. Zde bylo nutno velmi často improvizovat především odsunové prostředky, zvláště v hor- ském, nesjízdném terénu. Zde musel lékař vy- víjet velkou iniciativu, musel být vynalézavý a důsledný. Musel třeba k zajištění odsunu osobně rekvírovat civilní povozy, improvizovat nosítka např. z několika tyčí (tenkých kmenů) pro od- sun tahem jednou osobou apod. A ne všichni lékaři nebo zdravotníci takovéto vlastnosti na začátku bojů měli. U některých se projevila bez- radnost, hlavně přišli-li do armády z dobře vyba- vených nemocnic, a to i v takových případech, kdy improvizace byla možná a vcelku jednodu- chá. Ti méně rozhodní a málo podnikaví — v im- provizaci nezkušenější dopláceli na to trpkými zkušenostmi. Hlavně však na to dopláceli ranění.

Máme-li proto z válečných zkušeností těžit pro dnešek, pak by se nemělo zapomínat mezi jiným na výuku improvizace ve vojenských zdravotnic- kých zařízeních.

Kromě oblasti chirurgické bylo nutno impro- vizovat a vyvíjet značnou iniciativu i v poskyto- vání pomoci nemocným vnitřními chorobami. Velkým problémem v Karpatech bylo narůstání nemoci z nachlazení (hlavně v době dešťů, mlh, plískanic a rozbahněného terénu), především akutních katarů dýchacích cest, viróz, sinusitid, cystitid apod. Odsunovat desítky nemocných na DO nebylo možné, jelikož prapory byly i tak velmi prořídle. Odsunovat do VPPN bylo rovněž neúnosné, zvláště když šlo o značné množství banálních febrilních stavů. Obtížné bylo také po- nechat tyto nemocné na pospas osudu.

Bylo proto nutno improvizovat i u nich. Apli- kace antipyretik, salicylátů, expektorancií přímo u jednotky, např. v malých stanech, byla krajně problematická. Potné kúry mnohdy ještě více zvlhčovaly polopromoklé příkrývky. A zde by- chom chtěli zdůraznit, že jsme učinili velmi dob- rou zkušenost se zemljankami, zvláště když se jednotka zastavila na jednom místě alespoň na 2—3 noci. Vykopání malé (pro 2—3 osoby) ne- hluboké (asi 1 m) zemljanky a její přikrytí kůly a drnem netrvalo tak dlouho, byť šlo často o ka- menitý terén. V takovém úkrytu byl voják dobře chráněn před deštěm a chladem. V zemljance se dalo dobře topit. Bylo nutno jen vyhloubit malou pec např. do boční stěny a prokopat úzký komín zvenčí (popř. ho prodloužit vhodně naskládaný- mi drny). Z takovéto pece pak nečoudilo dovnitř a byla-li k dispozici zvláště silnější břízová po- lena (a v Karpatech o ně nebyla nouze) — pak stačilo přiložit 1—2krát za noc. Oheň při tom byl dosti stabilní a plamen nebylo na povrchu vidět, což bylo zvlášť důležité pro maskování. Zemljanka bývala velmi brzy ohřátá. Oděv, obuv a příkrývky rychle osychaly a nedocházelo při tom k popálení výstroje, jak tomu bývalo často, jestliže se ohřívali promrzlí vojáci u ohňů pod holým nebem. Takovýmto zemljankám jsme dá- vali přednost před sklepy ve vypálených nebo rozbořených domech. Zde nebyla totiž k dispozici kamínka a jednotky konečně nebyly rozmístová- ny téměř nikdy v osadách.

Ve vytopených zemljankách byla pak možnost vhodněji léčit nemoci z nachlazení za jakého- koli počasí. Většinou jsme nemocné ponechávali v jejich vlastních zemljankách. Zde leželi několik dnů, většinou bez přerušení „domácího“ ošetřo- vání, anebo i s přerušením, a to v těžkých bojo- vých situacích. Jen ojediněle byli někteří nemoc- ní staženi do jedné zemljanky — ošetřovny. To bývalo při postupu vpřed, kdy těžce nemocní vyčkávali se zdravotníkem na příchod týlových částí nebo na odsun.

Velkým problémem v chladném období byla také chronická zánětlivá onemocnění, především

chronické bronchitidy, cystitidy, vleklé myalgie a artralgie, zejména u starších příslušníků sboru. Takto postižení bývali častými návštěvníky praporních a oddílových ošetřoven. Běžná expektancia u chronických bronchitiků (zvláště, když často chyběla) nebo antirevmatika u revmatoidních obtíží nepřinášela úlevy trvalejšího rázu. Velmi často nevěděl lékař, co si s nemocným počít. Na častou žádost: „... něco se mnou udělejte“ bylo nutno přece jen reagovat. Tvrdý postup, tj. bagatelizování obtíží, byl nepřijatelný. Dobré slovo rovněž mnoho nepomáhalo — vyznívalo někdy spíše paradoxně. Bylo proto nutno i v tomto směru vyvíjet iniciativu a improvizovat třeba i ve smyslu medikamentózní psychoterapie. Jedním z léčebných prostředků, který se v tomto směru dobře osvědčil, byla autohemoterapie a autouroterapie. Ta první byla tenkrát v klinické medicíně dosti populární, o té druhé se mnoho nevědělo. O jejich opodstatnění se nebudu šířit. To konečně nebylo rozhodující. Hlavně, že se u mnohých nemocných dostavoval úspěch. Důležité konečně bylo, že se s nimi vůbec něco dělalo a že to nebyla velká zátěž pro nemocného, ani pro lékaře. Injekce vlastní krve se dala aplikovat do svalu při kterékoli příležitosti. Zde nutno také poznamenat, že popudové preparáty nebyly k dispozici.

Osvědčovala se i zmíněná již autouroterapie, tj. dosvalová aplikace menšího množství vlastní převarené moče. O tomto léčebném způsobu se v běžné praxi, jak jsem již uvedl, mnoho nevědělo. Ojedinelé zprávy v písemnictví byly však povzbudivé. Možnost provádění této léčebné metody v polních podmínkách byla opět důvodem, proč jsme k ní občas přistoupili. Poměrně dobré léčebné výsledky, které jsme její pomocí dosáhli, jsme publikovali později ze VZL. Myslíme si, že by se nemělo na takové léčebné metody v poli zapomínat.

Lékař přidělený k bojujícímu útvaru musel provádět také **psychoterapii**. S tímto problémem se setkávali naši předchůdci již za první světové války, setkávali jsme se s ním i my za druhé světové války a nepochybně bychom se s problémem psychoterapie setkávali, a to ve větším měřítku i ve 3. světové termonukleární válce.

Provádění dobré psychoterapie není věcí lehoučnou a není také jen věcí lékaře. Na ní se má podílet i politický pracovník a především velitel. Zkušenost však nejednou ukázala, že ji neprováděl nikdo, a když, tak povrchně a někdy zcela špatně. Krátce řečeno neměl s ní nikdo žádné zkušenosti.

Psychoterapie a lékařská psychologie se na fakultách a vojenských akademiích oficiálně buď vůbec nepřednášela, nebo jí byla věnována nepatrná pozornost. Nevím, jak je to dnes se studiem psychologie vojáka v poli a s dobrou psychologickou přípravou bojujících jednotek. Myslím si však, že je to nevalné a že nás na tomto úseku čeká ještě mnoho práce.

Ve výskytu a prevenci psychóz, neurastenicých syndromů a vegetativních rozlad na frontě hrál, jak jsem již uvedl, důležitou roli velitel.

Byl-li klidný, rozvážný a nebojácný, pak se stával již jen svou osobností výtečnou psychologickou zbraní. Dělal-li v tomto směru chyby (hrubým chováním k podřízeným, nízkou úrovní velení, zatěžováním zbytečnými rozkazy, přehnanými tresty apod.), pak také stoupal výskyt psychoneuróz.

Měl-li za takovýchto okolností zasáhnout lékař, pak musel zasáhnout hlavně u velitele. Byla to někdy delikátní a choulostivá věc, ale při trošce taktu se dařila. Bohužel nebylo možno vždy vycházet z toho, že velitel byl aspoň teoreticky informován o tom, jakou roli hrají psychologičtí činitelé v bojové činnosti a v životě vojáka vůbec. Bylo někdy nutno poučit a vést někdy i dlouhé diskuse. Většinou docházelo k tomu, že velitel uznal kritiku a odstranil aspoň pak některé chyby. Aby zde lékař měl úspěch, musel být sám psychologicky erudován. Musel dobře vystihnout, v čem spočívaly chyby velitele a jak se tyto chyby odrážely na životě jednotky. A to nebyla vždy věc těžká. Stačilo jenom chtít, mít otevřené oči a poslouchat stesky vyšetřovaných. Bylo dobré ověřit si pak ještě získané údaje pozorováním života na štábu a u jednotek a učinit si jasno o osobních vztazích a pak teprve taktně zasáhnout.

Pokud se týká vlastní psychoterapeutické činnosti, prováděla se v poli dosti obtížně. Měl-li mít lékař aspoň trochu úspěchu, musel být na ni připraven a provádět ji velmi obezřetně a s rozvahou. Bohužel nebýval na ni vždy čas a hlavně nebyly potřebné znalosti. Když lékař uměl vyložit nemocnému podstatu jeho obtíží, příčinu jeho duševního onemocnění, když ho patřičným způsobem potěšil, dodal odvahy, když měl čas s ním opakovaně besedovat, pak se dočkal lepšího úspěchu než po medikaci, zvláště když sedativ v poli byl většinou nedostatek (nemluvě již o jejich tehdejší kvalitě). Bylo to konečně nejlépe vidět při postupu jednotky vpřed, zvláště při překročení čs. hranice, kdy i tí nejvíce duševně a vegetativně poškození vždy pokřáli.

Měl-li bych shrnout otázku psychoterapie u jednotky v poli, musel bych ještě jednou podtrhnout nutnost preventivní činnosti lékaře, resp. jeho zásahu v oblasti vystupování a chování velitele, dále v oblasti zvyšování psychologické úrovně velitelského sboru a pak ve vlastní psychoterapeutické činnosti. K ní by měl být vojenský nebo mobilizovaný lékař připraven již v míru. Neděje-li se tak na fakultách, mělo by být jeho vzdělání doplněno v postgraduálním školení. Rozhodující slovo by do budoucna měli říci naši psychiatři. Jsem si vědom, že metodika a výuka nebude snadná. Je proto na čase věnovat jí co nejdříve velkou pozornost.

Je známou zkušeností, že bez dobrých **pomocných zdravotníků** by nebylo možné dobré zdravotnické zajištění bojujících vojsk. O ně se zdravotnická služba opírá asi stejným způsobem, jako armáda o poddůstojníky a praporčíky. My jsme jich u Dukly neměli dostatek. Bylo nutno se tehdy rvát s velitelem o vyčlenění dobrých,

fyzicky výkonných sběračů raněných. To konečně nebylo a není žádnou novinkou. A není to také situace specifická jen pro naši armádu. Nutno počítat s tím, že pomocných zdravotníků bude nedostatek i v budoucnu. Proto bych rád při této příležitosti podtrhl význam žen v našem zdravotnictví. Možno říci, že se velmi dobře osvědčily. Vynikaly zejména v obětavosti, zručnosti, svědomitosti a odvaze. Osvědčily se jak na ošetřovnách u útvarů, tak zejména na DO. Obstály také po duševní a fyzické stránce. Veškeré polní útrapy, nevyspaní, zimu, dlouhodobé vypětí snášely mnohdy lépe než muži. Zkušenosti z karpatsko-dukelské operace potvrdily, že ženy jsou i ve větším měřítku mobilizovatelné a že v polním zdravotnictví na mnoha místech plně zastoupí muže.

Vztah velitele k lékaři nebo lékaře k svému veliteli nebývá vždy na výši. Je to problém starý, se kterým se setkáváme téměř ve všech armádách. Zapadá jednak do všeobecně lidských vztahů, jednak je svým způsobem specifický právě pro armádu. Vyplývá totiž značnou měrou z velitelské pravomoci nelékaře nad lékařem, z možnosti přímého rozkazování, z nepřipustnosti diskuse a kritizování, z nutnosti bezpodmínečného splnění rozkazu. Tato skutečnost vytváří občas — zvláště u čerstvě mobilizovaných lékařů — nezdravou atmosféru již sama o sobě. Přidruží-li se k tomu pak ještě subjektivní prvky, jako vzájemná neoblíbenost, ješitnost na své postavení, hodnost nebo titul, pak se osobní vztahy mohou značně vyhrotit. O následcích není třeba hovořit. Je to pak stav skutečně nezdravý, většínou zaviněný oboustranně.

Co je možno k tomuto problému po dukelských zkušenostech říci? Vyplynulo-li z takovýchto osobních vztahů anebo i z jiných důvodů podceňování významu lékaře a zdravotníků v míru nebo před zasazením do boje, pak se situace v poli promptně změnila. Tekla-li krev nebo byla-li jednotka vyřazena z boje ze zdravotních důvodů, pak význam zdravotnictví značně vzrůstalo. Toto by se mělo velitelům častěji připomínat v dobách mírových, aby k obratu nedocházelo až v boji. Jsem přesvědčen, že správný velitel si je této skutečnosti vědom a že nedopustí, aby se vážnost a postavení lékaře u útvaru snižovaly.

Jistě, že vina nespočívá jen na veliteli. Často je lékař primární příčinou špatného poměru velitele k němu. Svým nevojenským vystupováním, podceňováním, někdy až ironizováním velitelských rozhodnutí si právem popudí i nejlepšího velitele. Vojenský lékař si musí být skutečně vědom toho, že není jen lékařem, ale i důstojníkem. Skloubení těchto dvou momentů není jistě vždy lehké. Být jen dobrým lékařem hlavně ve smyslu diagnostickém a léčebném u útvaru, zejména za války, nestačí. Lékař musí mít i dobré velitelské vlastnosti, organizační schopnosti, rozhodnost i patriční tvrdost, je-li toho zapotřebí. Musí vědět, kdy má zaujmout vůči veliteli jasný nekompromisní postoj při obhajobě zdravotnických požadavků a kdy má ustoupit vzhledem k celkové situaci. Lékař se nesmí velitele bát,

nesmí mu poklonkovat, musí si ho ale vážit, musí podporovat jeho autoritu, musí si být vědom jeho odpovědného postavení u útvaru. Rozhodujícím motivem v jejich vzájemném vztahu musí být vždy dobré skloubení požadavků velitelských a zdravotnických, které má za cíl nejlepší zajištění bojových úkolů útvaru. Myslím, že i tato psychologická oblast by měla tvořit určitou náplň výuky mladých vojenských lékařů v míru.

Při občasných přednáškách o dukelské operaci jsou dotazováni přímí účastníci na to, zda měli někdy **strach**. Je to jistě zajímavá otázka a důležitý psychologický problém. Předem možno říci, že se strach vyskytoval běžně i v našem sboru a také v jeho zdravotnické službě. Byl to konečně průvodní zjev všech válek. Ten byl buď individuální nebo kolektivní, postihující tedy jednotlivce nebo i celou jednotku. Byl zjevem periodickým, vyskytujícím se v každém boji a mizícím po jeho skončení (zejména po přerušení střelby), nebo byl zjevem přechodným, vyskytujícím se např. na začátku polního tažení a s délkou pobytu na frontě ho ubývalo, event. byl zlem trvalým.

Je těžko říci, jak tomu bylo přesně v našem sboru. Nikdo určitě žádnou statistiku o výskytu strachu a jeho jednotlivých formách nezpracoval. Byla by to konečně jen statistika uváděných pocitů, převážně subjektivně zkreslená, protože ke strachu se nikdo rád nepřiznává. Je jisté, že strach na frontě skutečně byl. Prožíval jsem ho sám a z vizáže mých spolupracovníků-zdravotníků nebo vůbec spolubojovníků se zračil také. Myslím, že nejčastěji se vyskytoval strach periodický, hlavně v těžkých nebezpečných situacích. Je možné rovněž tvrdit, že ho bylo více na začátku bojů a že později ubýval. Adaptace na frontové poměry hrála určitě důležitou roli. Nevím, zda u některých jednotlivců zanikl úplně. Domnívám se, že i ten nejzkušenější a nejotřelejší bojovník v těžkých situacích mívá mnohé nepříjemné pocity, i když k jejich označení používal třeba jiných pojmů než strach.

Mít strach na frontě není však projevem slabosti, zbabělosti nebo nějakým negativním rysem, který by měl znamenat, že jeho nositel je špatným vojákem, že nesplní úkol apod. Důležité je však umět strach překonávat. K tomu je zapotřebí především silné vůle a cílené výchovy. Příklad velitele zde hraje hlavní roli. Neméně důležitá role připadá i zdravotníkovi, především lékaři, pokud se k němu opakovaným strachem neurotizovaný voják dostaví. Zde je pak velmi důležitá vhodná, dobře prováděná psychoterapie. Ještě bych podotkl, že velmi důležitou roli hrál v tomto směru lékař, naučil-li se (i pomocí svých zdravotníků) aktivně vyhledávat zvláště ustrašené vojáky, kteří se neodvážili přijít k němu sami, a na ně zaměřil svou pozornost. Bylo nutno upozornit na ně především velitele a prodiskutovat s ním vhodný postup. Lékař by se měl z tohoto stanoviska vyjadřovat aspoň k těm příslušníkům jednotky, kterým se ukládá nějaký špičkový úkol. Dosud tomu tak běžně nebylo.

Důležitým preventivním momentem strachu

bylo odvedení pozornosti jednotlivce i celé jednotky od hrozivého vývoje situace a soustředění pozornosti na plnění vlastního úkolu. V plném soustředění na svou práci, ať již je to např. vynášení raněných z bojiště, poskytování první pomoci v palbě, operování při bombardování, se na strach tak nemyslí, resp. není čas na něj myslet. Nečinnost jednotky a vyčkávání byly v tomto směru velkým zlem. Jednotka má za takovýchto okolností čas pozorovat okolí, debatovat např. o tom, zda se blíží tanky nebo zda nepřítel použije plynu (jak tomu skutečně ke konci dukelské operace bylo) a tím strach jen potencovat.

Je nesporné, že **dlouhodobý pobyt na frontě**, zvláště v Karpatech, měl **negativní vliv na zdraví**. Tělesné i duševní útrapy, zejména v zimním údobí, častá poranění apod. zanechávaly u mnohých různé následky. Setkávali jsme se s nimi již za války, hlavně však po ní. Byly to nejčastěji různé neurastenické syndromy, únavové stavy, deprese, myalgie, artralgie, neuralgie apod. S touto poválečnou problematikou se setkáváme bohužel ještě i dnes, tedy 20 roků po skončení války. Chybí nám však bohužel vědecké zpracování negativního vlivu válečných událostí na zdraví zúčastněných. Dosud tato otázka nebyla u příslušníků našich zahraničních jednotek soustavněji studována. Chybí nám analogická studie, jak ji u persekovaných osob v koncentračních táborech provádí u nás Bláha se spolupracovníky.

Myslím, že by stálo za to ověřit si význam

dlouhodobého pobytu v poli na větší skupině osob a srovnat získané výsledky s kontrolním vybraným souborem obyvatelstva, které se bojů na frontě nezúčastnilo. Takováto studie by měla zejména velký význam posudkový. Mnohdy totiž stojíme před otázkou, zda přiznat nebo nepřiznat našemu zahraničnímu vojákovi souvislost jeho choroby s válkou. Ne u všech onemocnění je to věc lehká. Zvláště ne u těch, která začala až delší dobu (i několik let) po válce.

Dosud vycházíme ze zkušenosti jiných, především sovětských a angloamerických autorů. Většina z nich zaujímá jednoznačné stanovisko a tvrdí, že dlouhodobý pobyt na frontě má negativní vliv na zdraví zejména tím, že mění reaktivitu, snižuje odolnost nebo způsobuje i jiné škody na zdraví, takže vznik různých revmatických, neuralgických, degenerativních, aterosklerotických, neurovegetativních a i jiných onemocnění je u nich častější. Vyskytují se však autoři, kteří nejsou o opodstatnění takového stanoviska zcela přesvědčeni. Nikdo z nich však netvrdí pravý opak, tj. nikdo nevyvrátil etiopatogenetické souvislosti některých chorob s válečnými útrapami.

Proto je nutno při posuzování původu a příčiny chorob u zahraničních vojáků vycházet ze stanoviska, které je příznivější pro posuzování.

Posuzování následků bojových operací na zdraví jejich účastníků i z tohoto aspektu je vždy na místě.