

VOJENSKÉ ZDRAVOTNICKÉ LISTY

ROČNÍK XXXV

PROSINEC 1966

ČÍSLO 6

355.01:617.7—083

NĚKTERÉ NÁZORY NA POSKYTOVÁNÍ OFTALMOLOGICKÉ PĚČE PŘI MODERNÍM VEDENÍ VÁLKY

Podplukovník MUDr. J. KUDRNOVSKÝ, major MUDr. J. SUCHÁNEK,
vojenská nemocnice v Plzni

Oftalmologická pomoc v boji má velmi mnoho problémů, zejména ve včasné diagnostice, která bývá někdy velmi nesnadná, dále v organizaci první pomoci a ve způsobu provádění odsunu a i v další všeobecné péči, zvláště srovnáme-li tento stav s komplexním ošetřením jiných druhů zranění. Některé nedostatky, o kterých se chceme zmínit, vyplývají především z nedostatečné erudice středního zdrav. personálu na nejnižších etapách zdrav. služby a z nesprávného ohodnocení očních zranění i na vyšších etapách (zejména na divizním obvodu). Považujeme proto za vhodné v tomto našem sdělení podat informativní přehled o současném stavu oftalmologické péče za války v cizích armádách a provést krátce srovnání se stavem v naší armádě, tak jak jej známe a jak je procvičován. Pokusili jsme se získat některé prameny, podle nichž by bylo možné si utvořit ucelený obraz o organizaci péče o zraněné do oka, o vlastní péči o ně, o způsobech, jak se tato péče poskytovala ve válečných konfliktech po druhé světové válce a podle jakých pravidel se řídí v současné době. Pro informaci nám posloužily některé články uveřejněné v několika číslech západoněmeckého časopisu „Wehrmedizinische Mitteilungen“ a obsah některých kapitol z „Emergency War Surgery“ (naléhavé případy ve válečné chirurgii). Tato kniha byla vydána nakladatelstvím State Department of Defence jako služebně platná příručka pro lékaře armád NATO. Již zpočátku je možno říci, že podle těchto materiálů je problematika vojenské oftalmologie v západních armádách podobná jako u nás. Jsou zde popisovány jednotlivé léčebné metody, operační technika, operační postupy apod., které jsou naprosto běžné na většině našich odborných pracovišť, takže vzhledem k tomu jsme nepovažovali za nutné detailně se zabývat popisem jednotlivých metod a v naší informaci jsme se zaměřili především na některé organizačně taktické otázky.

Oční odborná pomoc se poskytuje prakticky ve všech armádách ve specializovaných nemocnicích a podle toho jsou také upraveny požadavky na znalost ošetřování očních zranění u útvarových lékařů a u lékařů — všeobecných chirurgů. Z hlediska odsunu se dbá na to, aby specializovaná odborná pomoc mohla být zraněnému poskytnuta v době co možná nejkratší, což ovšem je jistě ovlivněno mnohými faktory, hlavně bojovou situací, umístěním etap a celkovou koncepcí zdravotnických odsunů.

Například v době korejského konfliktu byla značná část specializovaných odborných pracovišť umístěna na nemocničních plavidlech, která kotvila v blízkosti pobřeží v zájmovém zabezpečeném prostoru a měnila své místo podle situace na bojišti. Tak tomu bylo skoro po polovinu války, hlavně v době, kdy se bojovalo jižně od 38. rovnoběžky nebo bezprostředně v její oblasti. Podmínky tvaru a polohy prostorů bojových situací byly pro tento způsob řešení pro zdrav. službu americké armády velice výhodné.

Z toho vyplývá přímo nutnost použít k provádění odsunů větší množství vrtulníků, a to pro všechny druhy zranění pro tento odsun indikované. Při odsunu raněných pomocí vrtulníků poklesla mortalita během odsunu na nejmenší možnou míru, jaká je dosud známa. Předností této dopravy jsou možnosti pružných změn odsunových směrů podle bojové situace, šetrnost a menší délka trvání odsunu. Nevýhodou je snadná zranitelnost vrtulníku, proto je nutné dokonalé pozemní a vzdušné zabezpečení vyhraněného koridoru, kterým se odsun provádí. Tento druh odsunu se týká všech typů závažnějších poranění, mezi které právě zranění oka patří a která je nutno ošetřit na specializovaných pracovištích.

Podle zkušeností z korejské války byly nejlepší výsledky léčeni u těch poranění, která byla na specializovaném pracovišti ošetřena do 5 až 6 hodin po svém vzniku.

Mezi způsoby řešení poskytování pomoci raněným do oka jsou ve všech armádách poměr-

ně malé rozdíly. Vzhledem k tomu, že lze jen velice zřídka počítat s tím, že by první lékařské ošetření prováděl přímo oční odborník, je velice nutné klást značné nároky na všeobecné znalosti poskytování první pomoci raněným do oka na nejnižších zdravotnických etapách. To se týká jak středního zdravotnického personálu, tak útvarových lékařů, kteří provádějí první lékařské ošetření. Přiměřené znalosti je třeba předpokládat u lékařů všeobecně chirurgických směrů pracujících na vyšších etapách. Hlavní těžiště se klade na diferenciální diagnostiku lehkých a těžkých očních zranění. Zde je důležité upozornit na závažnost očních zranění, a proto je nutné každého zraněného velmi pečlivě a jemně vyšetřit a uvážlivě postupovat při vlastním ošetřování. Jde-li o lehké zranění, může ošetřující lékař po skončeném vyšetření a ošetření poslat zraněného zpět k jeho jednotce, zranění ovšem nesmí být na obtíž v plnění úkolu, což znamená, že musí být schopen postarat se sám o sebe a že nepotřebuje zvláštní dohled. Jde-li o těžké poranění, pak jedinou správnou terapií je odsun na specializované pracoviště co možno nejrychleji a nejšetrněji. Často bývá velmi nesnadné rozhodnout o závažnosti zranění a naléhavosti ošetření a tak poranění správně klasifikovat. Velice často se vyskytují těžká zranění, která sama o sobě nevyhlízejí na první pohled nijak hroživě, a naopak lehčí — hlavně ve spojitosti s jiným zevním poraněním v okolí oka — budí dojem těžkého úrazu. Pokládáme proto znovu za vhodné zdůraznit všeobecně známý, ale přesto dosud ne zcela vžitý postup při vyšetřování očních poranění na etapách první lékařské pomoci.

Jemné a citlivé odstranění zevních nečistot z krajiny obličejové postižené zraněním a teprve pak vlastní vyšetření zrakového orgánu. Je nutné zdůraznit hlavně znalost šetrného rozevření oční štěrbin (manuální i instrumentální — z toho manuální znalost této techniky se předpokládá u všeho ošetřujícího personálu, opět ovšem s pečlivou šetrností při tlaku a tahu a při provádění některých dalších úkonů). Je třeba ještě upozornit na tlakové podněty, které mohou na bulbus působit z okolí, a to nejen při vlastním ošetřování, ale způsobené i nesprávně založeným obvazem, polohou hlavy nemocného, tvarem podušky apod. Proto je správné při veškerých poraněních hlavy řádně ji podložit ve vyhovující poloze a fixovat, neboť všechny tyto okolnosti mají veliký vliv na průběh dalšího léčení a v neposlední míře i na stupeň zachování funkce. Jak naše zkušenosti z běžné praxe ukazují, všechna tato základní pravidla stále ještě nepronikla do vojenské praxe. I z mírového života, kde podmínky pro poskytování první pomoci jsou daleko příznivější, můžeme uvést mnoho příkladů nesprávného postupu při prvotním ošetřování očních úrazů a při dopravě zraněných na odborné pracoviště.

Při prvotním lékařském ošetření očního zranění se přikládá veliký význam alespoň odhadu stupně zrakové ostrosti, který může ošetřující zjistit dotazem nebo jednoduchou zkouškou (světlocit, pohyb ruky, počítání prstů, vzdálenost). Tento odhad je nutné zaznamenat do zdravotnických dokladů. Při vyšetřování očních zranění je lépe, pokládá-li se oční poranění za podezřelé z perforace a podle toho se provádí vlastní vyšetřování a ošetřování.

Některá zranění vyžadují pro očního lékaře nejnepříjemnější zákrok — enukleaci. Vzhledem k tomu, že za válečné situace mohou nastat chvíle, kdy naléhavost ošetření nestrpí odklad, je třeba vytyčit kritéria, podle kterých by tento výkon mohl provést i lékař všeobecně chirurgického zaměření. Technika vlastní enukleace i za použití z okulistického hlediska improvizovaného instrumentaria by měla být známa všem chirurgům. Enukleace je indikována při úplně roztržitém bulbu, je-li odborná oční pomoc pro jakékoli obtíže časově těžko dostupná, nebo nedostupná vůbec. Je nutné zdůraznit potřebu pečlivosti ve vyšetřovací technice a uvážlivosti při operačním postupu. Vždy je třeba dobře zhodnotit veškeré okolnosti zranění, než se přistoupí k vlastnímu provedení operace. O všech takových výkonech je nutné pořídit postačující záznam do operačních dokladů, který by byl dobrým podkladem pro eventuelní nutnost pozdějšího obhájení správnosti léčebného postupu. Tato okolnost je zřejmě z forenzních důvodů zvlášť zdůrazňována v západní literatuře. Je-li tedy v podobných podmínkách enukleace nevyhnutelná, pak je ještě třeba při vlastním provádění výkonu pozorně a precizně technicky pracovat pro potřebu zachování dobrých poměrů v oblasti orbity, aby později vsazená protéza byla zraněným dobře snášena.

Trochu odlišněji přistupuje k rozsáhlému očnímu zranění okulista. Jeho zákrok spočívá nejprve v pokusu o co možná nejdokonalejší rekonstrukci poraněného bulbu (což je směrnicí nařízený základní operační výkon), teprve pak se provádí široká revize a úprava tkání v bezprostřední blízkosti oka. K vlastní enukleaci se přistupuje obvykle mnohem později, až po zhodnocení naléhavosti výkonu. Velmi opatrně se musí postupovat u oboustranných očních poranění, kde je opravdu velice nutné každý zákrok zvlášť uvážit a k zraněnému přistupovat nejen jako lékař, ale i jako psycholog s pochopením jeho obav z hrozící slepoty. Na základě těchto zkušeností je třeba očním zraněním věnovat mimořádnou pozornost, kterou si určitě zaslouží, zvláště když uvážíme veškeré důsledky pro osobnost zraněného, jehož stav by později vyústil v invaliditu — slepotu. I uvedený psychologický přístup k zraněným má svůj obrovský význam pro zachování dobře komponované osobnosti, protože veškerá jiná zranění (např. ztráty končetin, různé potraumatické deformace apod.) jsou samotným zraněným nesporně mnohem lépe snášena, než poranění očí končící slepotou, kde šíře pozdějších možností společenského uplatnění, na kterém závisí jak osobní příjem, tak i stupeň společenského zařazení je značně úzká. Přitom se nesmí opomenout nejdůležitější okolnost, že zraněný je slepý, a i když bývá jinak po tělesné stránce celkem restaurován, ztrácí hlavní kontakt s okolním světem.

Nebezpečí vzniku sympatické oftalmie po válečných poranění očí je podle publikovaných

zpráv poměrně malé. Lze to vysvětlit tím, že prakticky nikdy sympatické onemocnění nevznikne do desátého dne po zranění a velice zřídka vzniká do dvacátého prvního dne po zranění. Podle těchto okolností se dá říci, že v kritické době, kdy by se sympatické onemocnění mohlo vyvinout, bývá již zraněný obvykle po dokonalém chirurgickém ošetření a je v kompletní pooperační péči očního lékaře v příslušném nemocničním zařízení. Podle údajů v literatuře toto onemocnění vzniká asi v 1 % případů. Dojde-li však k rozvinutí obrazu sympatické oftalmie, pak přes veškerou moderní léčbu bývá prognóza pro zachování zraku hrozivá.

Vlastní oftalmochirurgické ošetření v nemocnicích v bezprostřední blízkosti operačního pásma vojsk se provádí s ohledem na některé skutečnosti. Nutno uvážit, zda je, či není zraněné oko pro organismus užitečné — zkráceně lze říci, že pro organismus bude užitečné každé oko, které bude mít alespoň světlocit. I hrubá porušení očních tkání mohou při správném postupu a ošetření vykazat až překvapující funkční výsledky. Tato zásada se zdůrazňuje ještě více, jde-li o poranění obou očí.

Při této příležitosti je nutné připomenout velmi nebezpečná oční poranění s drobným nitroočním cizím tělískem, které obvykle nezanechává velké známky svědčící pro perforaci, kdy ani nitrooční obsah nebývá mnoho rozrušen a i tenze bulby bývá dobrá. Po těchto zraněních je nutné při prvotním ošetření a třídění zvlášť pečlivě pátrat, protože se mohou snadno zanedbat.

Chtěli bychom se ještě zmínit o personálním obsazení zdravotních etap. Na každém divizním obvodu armády Spojených států jsou mezi lékaři chirurgy a internisty jako první odborníci — specialisté, psychiatr a oftalmolog. Jejich přítomnost na těchto etapách má význam především konzultativní, třídící a pak teprve terapeutický. V naší armádě se přítomnost specialistů na etapách na úrovni svazků řeší vysláním odborné skupiny z armádního odřadu zdravotnických posilových skupin, podle potřeby. Jejich úkoly jsou obdobné, tj. především diagnostická a třídící činnost s aspektem na přípravu a vlastní odsun zraněného podle určení. Teprve potom nastupuje funkce konzultativní a vlastní léčebná, a to pouze u těch pacientů, na které časově i vybavením stačí. Uvědomíme-li si všechny

okolnosti, o kterých se hovořilo již výše, zejména diagnostické rozpaky při hodnocení závažnosti očních zranění i u lékařů — neokulistů, nutnost učinit vše, abychom uchránili raněného před nejhorším osudem, to jest před slepotou, a jiné další důsledky, považujeme trvalou přítomnost oftalmologa na divizním obvodu za velmi výhodnou. Uvážíme-li dále všechny možné bojové situace při moderním vedení války, kdy svazky budou často plnit úkoly samostatně a ve větších vzdálenostech od sebe, může být cirkulace armádních odborníků značně obtížná, někdy až problematická.

Velmi složitou zůstává otázka řešení náhrady rozbitých korekčních skel v bojující armádě. Protože jde o problém variabilní a značně široký, hodláme tomuto tématu věnovat zvláštní pozornost v jiném sdělení.

Závěrem lze říci, že očním zraněním je třeba věnovat ještě větší pozornost než dosud (což je všeobecná tendence ve všech moderních armádách), zvláště uvážíme-li, jak bylo výše uvedeno, všechna ekonomická, společenská a psychologická hlediska, která je nutno patřičně docenit. Jinak je třeba klást zejména velký důraz na kvalitu první pomoci a na kvalitu lékařského ošetření na nižších etapách zdravotnické služby u všech raněných do oka, na rychlost odsunu na specializované pracoviště, kde by bylo možno poskytnout za dobu co nejkratší od vzniku poranění dokonalou odbornou oční pomoc.

Souhrn

Autoři se ve své práci zabývají některými názory na poskytování oftalmologické péče při moderním vedení války. Podkladem jim bylo srovnání naší koncepce s některými údaji publikovanými v několika číslech západoněmeckého časopisu „Wehrmedizinische Mitteilungen“ a hlavně pak v „Emergency War Surgery“, což je služebně platná příručka pro příslušníky zdravotnické služby armád NATO. Hlavní problémy, na které poukazují, jsou především některé otázky pomoci raněným do oka a odsunu na nižších etapách a dále pak ekonomické, společenské a psychologické problémy lidí s trvale těžkými následky po poranění zraku. Z tohoto důvodu se péče o raněné do oka dostává stále více a více do popředí zájmu organizátorů zdravotnické služby za války prakticky ve všech moderních armádách.