

616-001(047):362.13(439):355.725(439)

ZPRÁVA O ZAHRANIČNÍ STÁŽI

V době od 7. do 18. dubna 1986 jsem byl na stáži ve Státním traumatologickém ústavu v Budapešti a jednodenní návštěvě traumatologického oddělení Ústřední vojenské nemocnice Maďarské lidové armády.

Státní traumatologický ústav MLR je v moderní desetipodlažní budově světlezelené barvy v Barros utca č. 23—25, poblíž Východního nádraží a hlavní dopravní tepny města, navazující na Alžbětín most přes Dunaj.

Dvě podlaží této budovy v suterénu jsou plně funkčně využita zejména pro příjem, ambulantní vyšetření a ošetření, včetně primárního urgentního chirurgického ošetření pacientů na operačním sále.

Celkový počet lůžek 360 je rozdělen takto: 120 lůžek pro traumatologii pohybového ústrojí, zbývající lůžka jsou téměř rovnoměrně rozdělena — zhruba po třiceti — pro neurotraumatologii, traumatologii maxilofaciální a stomatochirurgii, JIP a septické oddělení, traumatologii hrudníku, břicha, ruky a dětskou traumatologii. Pokoje jsou 1—5lůžkové s převahou pokojů třílůžkových.

Ředitelem ústavu je prof. MUDr. Manninger Jenő, jeho zástupcem prof. MUDr. Renner Antal.

Organizace stáže byla z naší i maďarské strany na vysoké úrovni. Zejména transport po příjezdu na Jižní nádraží v Budapešti péčí hlavního chirurga MLA přistaveným vozem do místa ubytování, které bylo komfortní ve vojenském objektu, a bezprostřední uvedení do traumatologického ústavu mělo dynamický spád.

Na ranním hlášení se schází z celého ústavu denně 50—60 lékařů. Tam se představují zahraniční hosté. Znalosti maďarštiny jsou velmi vítány, i když nejméně 1 lékař na každém oddělení mluví dobře německy nebo anglicky. Hlášení probíhá tak, že se referuje o plánovaných operacích z minulého dne, přijatých a urgentně operovaných nemocných ve službě a plánovaných operacích z programu dne s uvedením předpokládané operační metody. Vše je dokumentováno rentgenogramy, jejichž série si referující předem připraví do hliníkových lehce posuvných rámců před 3×2 m velkým negatoskopem.

Osobní zájem mne přivedl na oddělení traumatologie pohybového ústrojí, kde je vedoucím prof. MUDr. Fekete György. Tam jsem se denně zúčastňoval vizit (které jsou ve 13 h) a práce na operačních sálech. Počet operací z celého ústavu se pohybuje mezi 30—50 za den. Z 12 operačních sálů vyhrazených pro elektivní operace je neustále v provozu 8—10. Poznal jsem zde práci na supersterilním sále ve skafandrech individuálně ventilovaných s využitím elektroniky ke komunikaci personálu zainteresovaného na operaci. Vybavení operačních sálů je na vysoké úrovni. Překládání nemocných z vozíků do sálového traktu se provádí pomocí hydraulicky nastavitelného stolu s běžícím pásem. Extenční stoly jsou lehce ovladatelné, lékař je seřizuje jen v detailech pod rtg zesilovačem těsně před operací. Na operačních sálech jsou rtg přístroje stropní — stabilní a pojízdné s nožním přepínáním projekcí (technika Siemens).

Přísné jsou požadavky na aseptiku a antiseptiku s okamžitou separací infekčních komplikací na septickém oddělení se samostatným operačním sálem.

Těžiště operativy tvoří výkony na kyčelním kloubu a proximálním konci kosti stehenní. Maďarská statistika potvrzuje v praxi pozorovaný přesun výskytu poranění skeletu z horních končetin na končetiny dolní. Na dolních končetinách se operuje v epidurální anestézii, jejíž výhody jsou zvláště výrazné u starších lidí. Alopplastiky kyčelních kloubů probíhají v normovolemické hemodiluci, s hematokritem upraveným pod hodnotu 0,30, se zpětným návratem odebrané krve po operaci, což má mimo zlepšenou perfúzi tkání vliv na snížení pooperačních tromboembolických komplikací.

Postupy při primárních operacích zlomenin ve výše uvedené lokalizaci jsou jednotné, na rozdíl od někdy až protichůdných názorů a literárních údajů z jiných zahraničních pracovišť. Principem při chirurgickém ošetření zlomenin krčku kosti stehenní jsou myšlenky uvedené Wilsonem v VI. edici „Fractures and Joint Injuries“ Watsona-Jonese a prakticky se postupuje podle K. H. Bauera osteosyntézou dvěma třílamelovými hřeby, tedy metodou propagovanou u nás E. Wondrákem. Jeden z těchto hřebů — vlastní modifikace — má postranní dlažku. Enderova metoda osteosyntézy pertrochanterických stabilních i nestabilních zlomenin starších lidí byla na zmíněném pracovišti zavedena v přímé spolupráci s autorovým pracovištěm ve Vídni. Této metodě jsem věnoval zvýšenou pozornost.

Operační indikace na diafýze tibie byly zúženy na zevní fixaci otevřených zlomenin (s předností fixátorů svorkových před rámovými — nejčastěji Hoffmannova typu s poznámkou, že mají dobré zkušenosti s naší soupravou Poldi IV) a na nitrodřeňové hřebování příslušného typu a lokalizace zlomeniny. Převážně jsou zlomeniny bérce léčeny klasickou Böhlerovou metodou, a to dokonce na základě doporučení prof. Willeneggera — spoluautora AO metody, který Státní traumatologický ústav v Budapešti navštívil.

Poměrně často se operují zlomeniny v oblasti hlezenného kloubu, i když je uznáván a praktikován i konzervativní způsob terapie. Nejčastěji se na vnitřní kotník aplikuje tahová serkláž a zevní kotník se řeší dlahovou technikou ze soupravy pro osteosyntézu malých fragmentů (známou u nás jako souprava Poldi V). V oblasti hlezenného kloubu se aktivně vyhledávají a operují poranění ligamentózního aparátu. Nejčastěji bývají při těžkých distorzích poraněny fibulární vazy, což se projeví na rentgenogramech v držených polohách, a to v obou základních projekcích.

Neurotraumatologové v diagnostice poranění CNS používají klasických rtg metod s angiografií a perimyelografií. Zlomeniny páteře léčí

převážně funkční — Magnusovou metodou. Operativa je zaměřena na krční páteř, kde se z předního přístupu aplikují fixační implantáty firmy Aesculap. Elektivně se operují netraumatické diskopatie. Stejně tak elektivně se operují nemocní z oddělení břišní traumatologie, která má kapacitu větší, než vyžaduje terapie a observace nemocných s poraněním břicha. Poranění sleziny se zatím řeší zásadně splenektomií.

Hrudní chirurgové — traumatologové ošetřují sériové a blokové zlomeniny žeber s respirační insuficiencí — tzv. flail chest — vnitřní pneumatickou dlahou pomocí respirátoru. Zlomená žebra prakticky nikdy krvavě nereponují a nefixují.

S hlavním chirurgem MLA plk. MUDr. J. Far-kašem jsem se během svého pobytu v Budapešti setkal dvakrát. Poprvé na půdě Státního ústavu traumatologického a podruhé při prohlídce traumatologického oddělení ÚVN MLA, které má 100 lůžek z celkové tisícilůžkové kapacity nemocnice. Toto pracoviště má vysokou odbornou úroveň ve skromnějších podmínkách — asi ve 100 let staré budově. Zdůrazněna mi byla skutečnost, že při 90% obloženosti nepřesahuje výskyt zánětlivých komplikací operovaných nemocných 2 %. Způsoby, jimiž se těchto dobrých výsledků dosahuje, jsou jednoduché: vysoká náročnost na bazální úklid (s možností platit personál lépe než jiné ústavy), šetrné „fyziologické“ operování, výplachy operační rány a časté používání odsávačky během operace. Separace nemocných s vyskytnuvšími se zánětlivými komplikacemi je zde promptní. V boji proti infekci nehrají hlavní roli antibiotika.

Součástí tohoto pracoviště je patnáctilůžkové popáleninové oddělení, které má tím větší význam, že Státní ústav traumatologický popáleniny neléčí a je do značné míry odkázán na Ústřední vojenskou nemocnici. Zařízení a režim na tomto oddělení, vedeném MUDr. Novákem, jsou na špičkové úrovni.

Poslední den mé stáže jsem se zúčastnil ve Státním traumatologickém ústavu symposia o zevní fixaci zlomenin, na kterém přednášeli profesor Burny — doktor medicíny a filozofie — traumatolog z Bruselu a prof. D. Seligson, M. D. z Louisville, ze státu Kentucky. Ta část symposia, kterou jsem mohl sledovat do doby odjezdu zpět do Československa, měla více propagační než odborný význam. Angličtina belgického hosta byla velmi dobře srozumitelná a dodávala sebevědomí těm, kteří byli ke své lékařské angličtině příliš kritičtí. Závěrem lze dodat, že cíle zahraniční stáže byly splněny. Zkušenosti a poznatky jsou přenášeny do denní praxe na našem pracovišti, předávány posluchačům a lékařům v rámci pre i postgraduální výuky.

Pplk. MUDr. Karel Zahořák, CSc.