

616-001-031.13:355.33:351.1(437.1/2)

POLYTRAUMA VE ZDRAVOTNICKÉM ZABEZPEČENÍ AČR ZA VÁLKY

Plk. doc. MUDr. Ladislav VYKOUŘIL, CSc.
Vojenská lékařská akademie J. E. Purkyně, Hradec Králové
(rektor: plk. doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.)

Etapový systém léčení s odsunem podle určení, podle kterého měla být organizována a realizována pomoc raněným za války v polních podmínkách, byl sice účelný a vhodný, určen však byl spíše pro útočný způsob boje. V něm byly poskytovány etapovitě všechny stupně zdravotnické pomoci včetně specializované. Specializovaná chirurgická pomoc tří typů: pro poranění hlavy a páteře, břicha a hrudníku a ortopedicko-traumatologická byla organizována tak, že v záloze byla posilová skupina specialistů (PSS) s personálem a specializovanými operačně převazovými bloky, které byly přidělovány k chirurgické polní pohyblivé nemocnici (CHPPN), a tak byly vytvářeny v nemocniční základně specializované chirurgické polní pohyblivé nemocnice (SCHPPN) výše zmíněného specializovaného trojího zaměření. Tento způsob šetřil úzké speciality, kterých je za války nedostatek, a odpovídal útočnému charakteru operací s potřebou obratu specializovaných bloků a jejich novému nasazení v chirurgické nemocnici na novém místě.

Po 2. světové válce se charakter válečných poranění změnil nejen díky pravděpodobnosti použití zbraní hromadného ničení, ale i v lokálních válkách přibýlo těžkých devastujících poranění střelami s vysokou energií a minami a začal se používat termín polytraumata podobně jako v mírovém životě s přibývajícím traumatizujícím účinkem poranění při dopravních nehodách apod. Byla zvládnuta resuscitace na místě poranění s obnovením a podporou vitálních funkcí a zabezpečení zajištěný transport s trvalým dozorem kvalifikovaného lékaře, a tak se k chirurgovi dostává polytraumatizovaný pacient, který dříve neměl naději na přežití. Praxe ukázala, že úspěšnost léčby těchto mnohočetných a sdružených poranění několika systémů a tělesných dutin, která vedou k bezprostřednímu ohrožení vitálních funkcí, jejichž prognóza je vždy horší než prognóza izolovaných poranění a jejichž mortalita stoupá se závažným poraněním každého dalšího systému, je nejvýhodnější ve velkých centrech zabezpečujících všechny profily poranění.

Tyto zkušenosti z mírové traumatologie se snažila do svého etapového systému zabudovat také válečná chirurgie. Oddělená činnost jednotlivých SCHPPN nezabezpečovala komplexně polytraumatizovaného pacienta. Proto byla vytvořena mnohoprofilová polní pohyblivá nemocnice (MPPN), která vedle jiných specializovaných úkolů byla schopna poskytovat specializovanou pomoc polytraumatizovaným mimo poranění hlavy a páteře.

Při transformaci armády v minulých letech byla transformována také polní zdravotnická služba. Při transformování lůžkové kapacity byly zvažovány názory na bojovou činnost armády na vlastním území při obranném způsobu boje, na úlohu vojenské logistiky a teritoria, na podíl civilního sektoru na zdravotnické zabezpečení i smysl mírových vojenských zdravotnických zařízení. Společným východiskem i cílem změn je zájem raněných, vyjádřený preferencí odborně medicínských kritérií. Byla prosazována snaha přiblížit normy poskytování zdravotnické péče v polních podmínkách mírovým kvalitativním normám, upouští se od úzce resortního pohledu na zdravotnické zabezpečení příslušníků AČR a občanů České republiky za branné pohotovosti státu. Při racionálním využívání sítě stacionárních civilních i vojenských zdravotnických zařízení je nutná orientace těchto zařízení jen na zabezpečení těch funkcí, které nemohou být zajištěny teritoriálními zařízeními.

Systém přidělování specializovaných operačně převazových bloků (SOPB) z centra se v nových podmínkách přežil. Situace nebude vyžadovat časté manévry a přemísťování SOPB a přidělování těchto neorganických prostředků komplikuje využívání vlastního OPB nemocnice. Oddělená specializovaná pomoc v různých nemocnicích se stala nevýhodou v současném pojetí ošetřování polytraumat ve velkých centrech zabezpečujících všechny profily. Proto při jednom z transformačních kroků zdravotnické služby AČR (1993) bylo navrženo sloučit všechny tři chirurgické specializace v jedné nemocnici - polní specializované chirurgické nemocnici (PSCHN), která by měla 600 lůžek. Výhodou zde měla být komplexní péče o polytraumata, lepší spolupráce odborníků, konzultace apod. K nevýhodám tohoto velkého zařízení bylo počítáno: nahromadění velkého počtu odborníků na jednom místě, náročnější řízení a problémy s rozmístěním v menší osadě. Takovéto nemocnice byly potřeba 4 (2400 lůžek).

V další etapě transformace polní zdravotnické služby naší armády byla zvažována otázka, zda je v polních nemocnicích třeba zabezpečit raněným poskytování i specializované pomoci. Zda je vhodné poskytovat v improvizovaných poměrech vysoce kvalifikované zákroky náročné na čas i vybavení personálem a technikou. Bylo rozhodnuto, že specializovaná pomoc bude poskytována v teritoriálních nemocnicích a v polních zařízeních AČR poskytována nebude.

Takže raněný se po poskytnutí první lékařské pomoci dostává na brigádní obvaziště, kde mu je poskytnuta odborná chirurgická pomoc všeobecným chirurgem. Zahrnuje neodkladné chirurgické výkony, bez jejichž provedení by byl vážně ohrožen život raněného. Navazuje zpravidla na výkony první lékařské pomoci a doplňuje je. V některých případech (polytraumata) vytváří podmínky pro poskytnutí specializované pomoci a pro konečné léčení. Zásadou např. je, že zde musí být zastaveno každé, tedy i vnitřní krvácení, proto zde v případě potřeby musí být provedena trepanace lebky, otevřen hrudník či provedena laparatomie. Většina těchto těžce raněných je ihned po ošetření nebo po krátké dočasné hospitalizaci odsunována do specializovaných nemocnic teritoria. Ranění, kteří vyžadují šetrný odsun v prvním pořadí naléhavosti, jsou vybírání pro vrtulníkový transport. Přednostně jsou odsunováni ti, kteří nemohli být výjimečně opeřováni pro přetížení obvaziště a vyžadují chirurgickou pomoc odložitelnou v krajní nouzi, s poraněním velkých končetinových tepen, u kterých přichází v úvahu rekonstrukční výkon, ranění s nejasnou diagnózou a ti, kteří vyžadují prvotní chirurgické ošetření ve specializovaných nemocnicích (poranění hlavy, páteře, poranění dlouhých kostí a velkých kloubů).

U polytraumat se často setkáváme se značným, exsanguinujícím vnitřním krvácením. Rozsáhlé multiviscerální poranění vyžaduje komplexní a časově náročné výkony u pacienta v těžkém šoku, u něhož je obtížné ošetřit krvácení často z více zdrojů a více oblastí. Jedinou možností je taktika rychlých nouzových chirurgických výkonů s plánovaným dvojdobým přístupem (reoperací). Je nutné použít dočasné opatření, které umožní rychlé ukončení operace a definitivní ošetření bude uskutečněno až po korekci koagulopatie a stabilizaci pacienta. Tato dvojdobá taktika s plánovanou reoperací představuje významnou změnu koncepce moderní traumatologie. Chirurgický zákrok představuje další trauma i u zdánlivě „stabilizovaného“ pacienta.

Zjednodušené dočasné zákroky (stavění krvácení tamponádou, uzávěry otevřených kliček střevních jejich ligováním apod.) zkracují operační ošetření a vylučují překročení fyziologických možností raněného, a proto jsou účelnější. Jsou ideálním řešením pro chirurgy, kteří mají malé zkušenosti s rozsáhlým úrazovým poškozením. Následná pooperační stabilizace a reoperace jsou lépe uskutečnitelné v traumatologických centrech, kde mají větší zkušenosti a prostředky k lepšímu ošetření. Takže z dnešního pohledu je účelnější dvojdobé ošetření s neodkladnými život zachraňujícími výkony v podmínkách polní odborné chirurgické pomoci a následné druhotné řešení pak v rámci specializované chirurgické pomoci teritoria. Toto řešení se stává nezbytným pro válečnou chirurgii, která musí poskytnout pomoc co největšímu počtu raněných často v nepříznivých podmínkách.

Souhrn

Kombinovaný polní a teritoriální systém zdravotnického zabezpečení řeší léčbu těch nejtěžších válečných poranění - polytraumat tak, že v polních zařízeních jsou zajištěny vitální funkce a poskytnuta neodkladná kvalifikovaná chirurgická pomoc a jsou vytvořeny podmínky pro poskytnutí specializované chirurgické pomoci v územních nemocnicích (traumatologických centrech).

Dvojdobá taktika s plánovanou reoperací představuje významnou změnu koncepce moderní traumatologie, kterou je nutno využívat i v polních podmínkách.

Klíčová slova: Polytrauma; Kombinovaný polní a teritoriální systém zdravotnického zabezpečení; Koncepce traumatologie.

Do redakce došlo 4. 2. 1998