

ZDRAVOTNICKÉ ZABEZPEČENÍ PO OZBROJENÉM ÚTOKU – KÁBUL 2008

^{1,4}Martin OBERREITER, ²Miroslav RYSKA, ³Božetěch JURENKA, ⁴Marek KOCVRLICH

¹Fakultní nemocnice Hradec Králové

²Ústřední vojenská nemocnice Praha, Chirurgická klinika, Praha

³Ústřední vojenská nemocnice Praha, anesteziologicko-resuscitační oddělení, Praha

⁴Šestá polní nemocnice, Olomouc

Souhrn

Autor v krátkosti popisuje atentát na civilisty v nejluxusnějším hotelu v centru Kábulu 14. 1. 2008 a následnou práci lékařů 3. kontingentu polní nemocnice na základně KAIA (Kabul International Airport) při příjmu těžce raněných.

Klíčová slova: Atentát; Hotel Serena; Střelné poranění hrudníku.

Health Support after the Terrorist Attack – Kabul 2008

Summary

The author briefly describes a terrorist attack on civilians in the most luxurious hotel in the centre of Kabul on 14th January 2008. Furthermore, he describes professional work of the medical team of the 3rd Contingent of the Field Hospital on KAIA base (Kabul International Airport) after the admission of severely injured patients.

Key words: Terrorist attack; Serena hotel; Gunshot wound of the thorax.

Útok v hotelu Serena – Kábul 2008

Hotel Serena je luxusní pětihvězdičkový hotel v centru Kábulu. Od svého otevření v roce 2005 hostí mezinárodní klientelu na vysoké úrovni. Současně je sídlem australské ambasády v Afghánistánu. Resort má přísná bezpečnostní pravidla, je obehnan dvěma ploty a má svou vlastní ozbrojenou stráž. Přesto se čtyřem atentátníkům podařilo vniknout do objektu a zabít a zranit několik lidí. Podobný útok v hotelu se stal v Kábulu poprvé od roku 2001, kdy byla svržena vláda Talibanu. Jde také od této doby o největší atentát v Kábulu, který byl spáchán na civilistech. V médiích proběhla informace, že cílem atentátníků byl norský ministr zahraničí, který svou plánovanou cestu do Kábulu zveřejnil na internetu. Taliban se prostřednictvím svého mluvčího k atentátu přihlásil a nechal se slyšet, že se to samé může stát v resortu presidentského paláce vzdáleném jen několik desítek metrů od hotelu Serena.

Dne 14. ledna 2008 v 18.30 h místního času čtyři muži převlečení do uniforem místní policie, vyzbrojení AK-47, ručními granáty a tzv. BBIED's (Bodyborn Individual Explosive Device's) vnikli do objektu hotelu Serena. Během přestřelky s místní

ochrankou si první atentátník odpálil výbušninu na těle přímo u brány do resortu. Další vběhl do tělocvičny, kde nejprve po klientech hotelu střílel ze samopalu a poté si také aktivoval nálož na těle. Třetí atentátník vyběhl na střechu a podle vyšetřovatelů za ním zřejmě náhodně zapadly dveře – atentátník zde ukončil svůj život výbuchem vesty s náloží. Čtvrtý atentátník vběhl do vstupní haly hotelu, použil dva granáty, poté střílel ze samopalu, ale vestu s náloží se rozhodl sundat a skrýt se. Převlékl se do civilních šatů a snažil se opustit hotel, byl však dopaden místní ochrankou.

Zdravotnické zabezpečení po útoku

Na místě zůstalo několik mrtvých a raněných. Zpočátku ošetřoval zraněné hotelový zdravotnický personál a za několik minut i medik jednotky amerického námořnictva, která přijela zajistit místo útoku. Nejdříve byl ošetřen a odvezen na vyšší zdravotnickou etapu (Role 2) 39letý norský diplomat. Operační důstojník 3. kontingentu polní nemocnice a chemické jednotky umístěné na afghánském mezinárodním letišti v Kábulu přijal zprávu, že bude

přivezen jeden těžce raněný, na místě medikem vyhodnocen jako triage P1 (1). Ostatní ranění budou převezeni do dalších nemocnic. Oficiální pracovní doba v nemocnici toho dne již skončila. Zůstali zde pouze dva lékaři a dvě sestry. Příjem jednoho těžce raněného vyžaduje multidisciplinární péči, včetně veškerého komplementu, což přesahuje aktuální personální možnosti polní nemocnice. Z toho důvodu byl velitelem kontingentu vyhlášen signál MASCAL. Během několika minut je veškerý personál na svých místech a je schopen přijímat raněné. Na třídící plochu asi po 80 minutách od útoku přijel obrněný transportér a vyložil avizovaného raněného.

První tým zdravotnického personálu určený pro příjem pacientů P1 si přebírá raněného – ten leží nepříkrytý na scoop rámu s celotělovou vakuovou dlahou, ve které je tratoliště krve, rychlým odhadem asi 1 litr (celková ztráta však byla 2,5–3 l), je v bezvědomí, nereagující na algický podnět – GCS 3, dýchací cesty má zajištěny ústním vzduchovodem, nemá krční límec, v oblasti mandibuly vpravo je střelné poranění se vstřelem za úhlem mandibuly a výstřelem v oblasti brady, v druhém mezižebří vpravo(!) má zavedenou punkční kanylu 12G, na levé straně hrudníku poněkud laterálně a pod prsní bradavkou je defekt velikosti mužské dlaně obnažující poraněnou levou plíci, ze kterého vytéká krev, dýchání není slyšitelné, na pravé straně je slabě slyšitelné povrchové dýchání s frekvencí větší než 30 dechů/min. Raněný je „zajištěn“ jednou periferní kanylou, která je nefunkční. Iniciální hodnota neinvazivně měřeného tlaku je 60/40 mm Hg, puls 140/min, kapilární návrat neměřitelný, saturace neměřitelná, tělesná teplota 33,1 °C. Během primary survey podle ATLS souběžně s vyšetřováním probíhá zajišťování pacienta: endotracheální kanyla s $\text{FiO}_2 = 1,0$, C-límec (je možné jej aplikovat, protože střelné poranění v oblasti mandibuly nezasahuje na krk (1), periferní žilní vstup, centrální žilní vstup – high flow TRIO, objemová resuscitace volumexpandéry a krystaloidy, dále erytrocytárními koncentráty a čerstvou zmraženou plazmou (FFP) v poměru 1:1, lineárním dávkovačem aplikován noradrenalin 0,9 µg/kg/min i. v., zahřívání pacienta, podle FAST (focused assessment with sonography in trauma) (1) negativní nález břicha, jsou vyloučena další poranění velkých kostí a pánve. Při log roll (1) manévru je patrný vstřel v oblasti 8. mezižebří v zadní axilární čáře vlevo, bez dalších známek poranění. První laboratorní výsledky: Hb 64 g/l; Hct 0,20; glyk 14,2 mmol/l; pH 7,245; paO_2 10,06 kPa

(75,48 mm Hg); pCO_2 7,79 kPa (58,42 mm Hg); HCO_3 24,9 mmol/l; SaO_2 92%. ISS = 20 (2). RTS = 2,338 (5). TRISS skóre (3, 6) pro penetrující poranění je u našeho pacienta 82 %. To znamená, že ze skupiny pacientů se stejným bodovým ohodnocením, jako má tento poraněný, jich 82 % nepřijíždí.

Ve sté minutě od incidentu byl raněný v Trendelenburgově pozici transportován na sál (kromě autotransfuzní funkce je poloha prevencí při relativně častých embolizacích vzduchu do CNS při střelném poranění plíce) (4). Raněný je ohodnocen jako ASA (American Society of Anesthesiologists) 4E – pacient v konstantním ohrožení života vyžadující urgentní operaci.

Během transportu na sál byla promyšlena taktika operace. Vstřel (8. mezižebří vlevo v zadní axilární čáře) spadá do tzv. No Man's land (oblast hrudníku kraniálně ohraničená horizontální rovinou procházející bradavkami a kaudálně dolní hrudní aperturou – obsahuje též orgány dutiny břišní) (4). Krvácení u našeho raněného mohlo pocházet z plíce, ale i z poraněné sleziny a bránice. Technikou FAST byla vyloučena tekutina v dutině břišní, projektil tedy s vysokou pravděpodobností minul nitrobřišní orgány, proto se rozhodujeme pro přístup z široké anterolaterální torakotomie vlevo. Na sále za souběžné volumoresuscitace a převodů erytrocytárních koncentrátů a FFP, s kontinuální podporou katecholaminů 0,9 µg/kg/min, při stálém ohřívání pacienta, provádíme torakotomii ve 4. mezižebří. Krvácení pochází z hrudní stěny (ze šesti do defektu vyčnívající konců žeber), dále z plicního parenchymu a měkkých tkání hrudní stěny. Provedeno debridement, laváž, hemostatická sutura poraněné plíce, adaptační sutura defektu hrudní stěny, sutura měkkých tkání. Byl zaveden hrudní drén a drén do podkoží, který byl částečně protažen střelným kanálem. Pacient převezen na JIP.

Během operace druhý tým určený pro příjem P1 raněných s časovými odstupy od příjmu prvního raněného asi 30 minut a 60 minut postupně přijali těžce raněného 37letého norského novináře se ztrátovým poraněním dolní L a S páteře, mnohočetnými střelnými poraněními hrudníku a velkou ranou stehna s přetrnutou magistralní tepnou a žílou, který svým poraněním na druhém chirurgickém sále podléhá. Dále byl přijat diplomat Spojených arabských emirátů s průstřelem břišní stěny, který byl operován též večer a ráno byl přesunut na standardní oddělení. Nakonec byla přivezena již zcela

exsanguinovaná mladá pracovnice posilovny hotelu Serena s mnohočetnými střelnými a střepinovými poraněními, u které byla konstatována smrt.

Na jednotku intenzivní péče byl tedy přijat norský diplomat, po prodělaném těžkém traumaticko-hemoragickém šoku. Podle APACHE II (7) ohodnocen 20 body (predicted death rate 35,5 %!). Následující dny prošel rozvojem SIRS (Systemic inflammatory response syndrome) s přechodným MODS (Multiple organ dysfunction syndrome – zde dysfunkce plic, ledvin, GIT a krvetvorby). Pro anémii s koagulopatií se pokračuje s náhradou erytrocytárními koncentráty, čerstvou mraženou plazmou. Trombocytární náplavy nejsou na Roli 2 k dispozici, proto se při pokračující anemizaci s koagulopatií (barevná příloha s. IV, obr. 1) vedoucí lékař JIP rozhodl aplikovat první pooperační den rekombinantní faktor VIIa. Po aplikaci došlo promptně k úpravě koagulace a dalších fyziologických parametrů. Třetí pooperační den byl pacient při vědomí, bez bolesti, stále arteficiálně ventilovaný s tracheostomií, hemodynamicky stabilní, bez podpory katecholaminů, bez známek MODS, rána se hojila p. p. i. APACHE II skóre bylo 5 (predicted death rate 5,8 %). V tomto stavu byl předán anesteziologickému týmu z Osla a letecky transportován zpět do vlasti. Z norské nemocnice byl propuštěn 31. ledna 2008 (17. pooperační den). Do polní nemocnice na základnu KAIA odeslal děkvný dopis.

Literatura

1. American College of Surgeons. *Advanced Trauma Life Support for Doctors – ATLS*. 7th ed. American College of Surgeons, 2004. ISBN 1-880696-14-2
2. BAKER, SP., et al. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *J. Trauma*, 1974, vol. 14, p. 187–196.
3. BOYD, CR., et al. Evaluating Trauma Care. The TRISS Method. *J. Trauma*, 1987 vol. 27, p. 370–378.
4. HIRSBERG, A. – MATTOX, KL. *Top Knife – The Art & Craft of Trauma Surgery*. 2005. ISBN 1 903378 22 2
5. CHAMPION, HR., et al. A Revision of the Trauma Score. *J. Trauma*, 1989, vol. 29, p. 623–629.
6. CHAMPION, HR., et al. Coefficients update. *J. Trauma*, 1995, vol. 38, p. 94–95.
7. KNAUS, WA., et al. APACHE II. A severity of disease classification system. *Crit. Care Med.*, 1985, vol. 13, p. 818–829.

Korespondence: MUDr. Martin Oberreiter
6. polní nemocnice
Šantova 1
771 11 Olomouc
e-mail: xober@centrum.cz

Do redakce došlo 16. 10. 2009