

PŘEKLADY

356.33:616—001—083

LIKVIDOVAT MNOHOETAPOVOST V LÉČEBNĚ ODSUNOVÉM ZABEZPEČENÍ RANĚNÝCH A NEMOCNÝCH VE VOJSKOVÉM ČLÁNKU ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY

Generálmajor MUDr. Josef PRAVEČEK

(upravený překlad článku plk. zdrav. služby doc. O. K. GAVRILOVA)

Etapní léčení s odsunem podle určení jako základ léčebně odsunového zabezpečení raněných a nemocných zajistilo v minulých válkách značně vysokou úroveň práce zdravotnické služby. To však neznamená, že v systému etapního léčení s odsunem podle určení nebyly nedostatky. Analýza zkušeností z Velké vlastenecké války provedená mnohými badateli [A. N. Berkutov, A. S. Georgievskij, A. N. Grigoriev, B. K. Danilov, N. B. Kruglikov a ostatní] tyto nedostatky objasnila. Jedním z velmi závažných je mnohoetapovost v organizaci lékařské pomoci i odsunu raněných.

K nejcharakterističtější zvláštností léčebně odsunového zabezpečení vojsk za Velké vlastenecké války patřilo postupné procházení raněných a nemocných rozličnými etapami zdrav. odsunu, rozvinutými na bojišti a v zápolí. I v prostoru vojskového týlu raněný prošel všemi etapami zdrav. odsunu: nejdřív praporem obva-
zištěm, pak plukovním a nakonec divizním nebo chirurgickou polní pohyblivou nemocnicí 1. linie. V armádním týlovém prostoru se značná část raněných a nemocných postupně odsunovala z prvního sledu armádní nemocniční základny

do druhého a někdy i do třetího sledu. Stejný obraz byl i v nemocniční základně frontu.

Ani není třeba zastavovat se podrobněji u škodlivých následků mnohoetapovosti. Již N. I. Pirogov ve svých „Načalach“ a „Vojenno-vračebnom děle“ ukazoval na nutnost rychlejšího odsunu raněných na místo konečného léčení s tím, co nejméně je překládat. Následky poranění a doba léčení jsou v určité závislosti na počtu etap zdrav. odsunu, jimiž ranění prošli.

Důsledkem mnohoetapovosti jako základního nedostatku etapového léčení s odsunem podle určení byly za Velké vlastenecké války i ostatní stránky tohoto systému: nutné porušení plánovitosti léčebného procesu, opakování třídění na jednotlivých stupních odsunu, opakování operačních výkonů, dlouhé setrvávání raněných na odsunových cestách, časté přeplnění zdravotnických etap nad plánovanou počty a nakonec opožděný příchod raněných i nemocných do specializovaných léčebných zařízení armády a frontu. Připomínám jako příklad, že v průběhu vídeňské operace v r. 1945 se značná část raněných dostala do specializovaných chirurgických nemocnic jedné z armád až 3. nebo 4. den po

poranění, což se nezbytně odrazilo na výsledcích léčení.

Odstavení připomenutých nedostatků léčebně odsunového systému v průběhu minulé války by určitě vedlo k ještě lepším kvalitativním ukazatelům práce zdravotnické služby (zvětšení procenta raněných a nemocných vrácených vojskům, zmenšení invalidnosti atd.). Na druhé straně se mnohoetapovost v průběhu války v letech 1941—1945 a s ní spojené další nedostatky etapového léčení s odsunem podle určení nepodařilo odstranit, i když tyto nedostatky byly známy chirurgům, internistům i organizátorům zdrav. zabezpečení. Tyto nedostatky odstranit nešlo hlavně proto, že byly způsobeny objektivními příčinami, které zdravotnická služba v té době odstranit nemohla.

Nejzávažnější příčinou, která především podmiňovala mnohoetapovost, byla různorodost odsunových prostředků ve vojenském týlovém prostoru, která byla způsobena tehdejší technikou vybaveností zdravotnické služby.

Jak známo, byli ranění z bojiště až po divizní obvaziště většinou odsunováni třemi druhy odsunových prostředků: nejprve ručně, potom na povoze taženém koňmi a konečně automobilem. Vynášení raněných z bojiště prováděli sběrači raněných, kteří k tomu používali nosítek, lodkovitých saní (volokuse), z lyží i stanových dílců uzpůsobených nosítek. Samozřejmě, že podobný odsun se nemohl provádět na větší vzdálenost. Proto se v blízkosti bojiště rozvíjelo praporeční obvaziště nebo shromaždiště raněných, kde byli ranění překládáni na koňské povozy. Praporeční obvaziště se rozvíjelo tak, aby se koňský transport mohl k nim dostat, aniž se vystavoval nebezpečí palby z ručních zbraní i palby přímé dělostřelecké podpory. Tak se praporeční obvaziště jaksi stávala shromaždištěm raněných vynesných z bojiště a místem, kde se dále nakládali na koňský transport. Velmi často byli ranění nuceni na této etapě čekat i delší dobu na další odsun, protože koňských zdravotnických povozů byl vždy nedostatek a počet koloběhů u nich byl velmi malý.

Pozdní doba, kdy se dostávali ranění na praporeční obvaziště následkem malé výkonnosti sběračů raněných, a zadržení raněných na praporečním obvazišti určovaly nutnost poskytnout zdravotnickou pomoc na praporečním obvazišti značnému počtu raněných proto, aby byli připraveni k dalšímu odsunu koňským potahem. Proto byl na obvazišti felčar, který poskytoval raněným a nemocným předlékařskou pomoc a určoval pořadí odsunu tak, jak přijížděl plukovní zdravotnický transport.

Zdravotnická služba pluku v té době neměla zdravotnické automobily. Koňský transport nemohl zabezpečit odsun raněných z praporečního obvaziště na větší vzdálenost. To mohlo přinést raněným nenapravitelnou škodu. Současně automobilní zdravotnický transport divize nebyl schopen zabezpečit odsun raněných a nemocných bezprostředně z praporečního obvaziště, protože odsunové prostředky byly početně omezeny, jejich průchodnost a schopnost jízdy po cestách

byly malé. Kromě toho bylo prakticky nemožné organizovat odsun raněných z praporečního obvaziště automobilním transportem divizního zdravotnického praporu pro časté přemísťování praporečních obvazišť. Proto se ve vzdálenosti 5—12 km od linie praporečních obvazišť rozvíjela plukovní obvaziště, která se stala místem soustřeďování raněných a nemocných, kteří byli přivezeni koňským transportem, etapou, kde raněný byl prohlédnut lékařem a pak přeložen z koňského transportu na automobilní. Zde se ranění a nemocní podrobovali třídění a dostávali první lékařskou pomoc. Pro nedostatek automobilního transportu se ranění často zdrželi na plukovním obvazišti i několik hodin.

Třetí část odsunové cesty (z PlO na DO) ranění překonávali na automobilních odsunových prostředcích divizního zdravotnického praporu. Přitom se odsun prováděl jen do DO. Divizní zdravotnický transport a tím spíše i divizní „porožňáky“ nemohly odsunovat za hranice divize. Současně se armádní „porožňák“ i armádní zdravotnické odsunové prostředky přibližovaly k linii fronty jen po divizní obvaziště. Vznikala nutnost překládat raněné na DO z divizního automobilního transportu na armádní.

Tak ranění a nemocní ve vojenském týlovém prostoru procházeli všemi etapami zdrav. odsunu jednotlivým potokem (drenážní typ odsunu). Delší setrvávání raněných na etapách čekáním na odsunové prostředky a nutnost jejich překládání z jednoho druhu transportu na jiný nutily personál všech etap zdravotnického odsunu prohlížet všechny raněné a nemocné a uskutečňovat vnitroetapní i odsunové třídění. Samozřejmě tím na úseku odsunu do hloubky 20—30 km ranění a nemocní prošli **třemi** etapami zdravotnického odsunu a vždy se přitom podrobovali procesu třídění. Zdravotnické třídění vyžadovalo personál podle toho, jaké byly úkoly třídění, přičemž jeho rozsah byl na různých etapách různý, a proto se nepodařilo zabezpečit posloupnost v procesu třídění na etapách. Každá zdravotnická etapa vždy znovu přistupovala k třídění těch, kdož postoupili na etapu, aniž se bralo v úvahu to, že již na předcházející etapě třídění prošli.

Pohyb raněných a nemocných všeobecným proudem až po divizní obvaziště a chirurgickou polní pohyblivou nemocnici 1. linie byl určen i obecně uznávanou zásadou o nutnosti prvotního chirurgického ošetření všech ran ve vojenském týlovém prostoru a požadavkem, aby se toto ošetření provádělo co nejdříve po zranění. Ustálený systém v poskytování chirurgické pomoci, ve kterém bylo divizní obvaziště hlavním operačním sálem vojenského týlového prostoru, neměl za následek jen mnohoetapovost v léčebně odsunovém zabezpečení. Jak dokazuje profesor A. N. Berkutov, zvláště divizní obvaziště pracovala často přetížená, měla málo času, aby provedla prvotní chirurgické ošetření ran tak pečlivě, jak bylo třeba. Mnozí chirurgové se už v době Velké vlastenecké války pokoušeli přenést chirurgické ošetření části těžce nemocných a raněných (s poraněním lbi, stehna) do

nemocniční základny. Neurochirurgové první obětovali dobu ošetření střelných poranění lbi ve prospěch kvality ošetření. Ale v širokém měřítku všechny tyto otázky, které vzušovaly chirurgy, nebyly řešeny proto, že zdravotnická služba v minulé válce neměla sil a prostředků, hlavně jakostních odsunových prostředků, a zejména že nebyly jiné reálné prostředky profylaxe a zpomalení rozvoje infekce v rání kromě včasného chirurgického ošetření.

Mnohoetapovost, jako negativní stránka etapového léčení raněných a nemocných ve vojskovém týlovém prostoru, měla svůj kořen i v podmínkách činnosti zdravotnické služby a ve zvláštnostech její organizace. Při rychlém tempu útoku a značné hloubce úkolů, které vojska plní, plukovní obvaziště se často přemísťovala, i několikrát za den. Organizovat odsun raněných za hranice vojskového týlového prostoru bylo možno jen z jediného obvaziště divize, jehož umístění bylo dobře známo v zdrav. oddělení armády. Takovým obvazištěm bylo divizní obvaziště, které se přemísťovalo méně často a opožďovalo se za vojsky proto, že nestačilo v krátké době poskytnout chirurgické ošetření všem raněným a nemohlo být včas uvolněno armádními prostředky. Vznikala nutnost dělení divizního obvaziště na části a ty členit do hloubky. V týlu divize zůstávaly zvláštní „divizní odsunové etapy“, jejichž hlavním úkolem bylo dokončit odsun raněných do armádní nemocniční základny a léčení odsunu neschopných. V závislosti na velikosti ztrát, tempu, hloubce útočné operace, způsobu vzájemné spolupráce sil a prostředků zdrav. služby armády a divize v týlovém prostoru divize vznikly 3 až 4 takové odsunové etapy.

Tak vypadaly nedostatky etapového léčení raněných a nemocných ve vojskovém týlovém prostoru a některé příčiny, které je podmiňovaly.

Po Velké vlastenecké válce došlo k podstatným změnám nejen ve výzbroji armády, v taktice i operačním umění, ale také v pohledech na patologii a terapii válečných poranění. K podstatnému zlepšení došlo i v technickém vyzbrojení zdrav. služby armády. Širokého upotřebení v chirurgii dosáhla antibiotika jako prostředek profylaxe ranné infekce. Současně s tím velké zvýšení pravděpodobných ztrát a vznik nových druhů poranění přispěly ke skutečnému nesouladu mezi objemem práce (množstvím a charakterem zdravotnických ztrát) a možnostmi zdravotnické služby poskytnout poraněným pomoc, zvláště ve vojskovém týlovém prostoru. Před zdravotnickou službou stál úkol vypracovat správnou taktiku léčebně odsunového zabezpečení ve vojskovém týlovém prostoru, budou-li masové ztráty, omezená doba na provedení léčebně odsunových opatření a omezené prostředky pro tento úkol. Řešení tohoto úkolu se uskutečňovalo především zúžením rozsahu pomoci na vojskových etapách a přenesením těžiště chirurgické práce do léčebných zařízení armády a frontu. Začíná se uplatňovat odložené chirurgické ošetření některé části raněných, čímž bylo odstraněno nežádoucí opakování chirurgických

výkonů ve vojskovém i armádním (frontovém) týlu. (A. N. Berkutov, I. C. Kolesnikov, V. K. Danilov a ostatní).

Současně výbava všech článků zdravotnické služby stejným typem zdravotnických odsunových prostředků, majících dobrou průchodivost terénem a možnost využívat pro zdravotnický odsun ve vojskovém týlu leteckých odsunových prostředků, zabezpečuje rychlý a vesměs šetrný odsun raněných a nemocných do týlového prostoru armády. Tak byly odstraněny dvě základní příčiny mnohoetapovosti v léčebně odsunovém zabezpečení raněných a nemocných.

Technické přezbrojení zdravotnické služby a nové podmínky její práce postavily ostřeji než v minulosti otázku likvidace dosud trvajících mnohoetapovosti v odsunu raněných ve vojskovém týlovém prostoru. V současných podmínkách se stalo zřetelnějším, že postupné procházení raněných a nemocných praporním, plukovním a divizním obvazištěm povede k tomu, že zdravotnický personál těchto etap se nevyrovná se svými úkoly. Bylo nutno včlenit jak možno nejrychleji do práce k poskytnutí pomoci raněným v ohniscích hromadných ztrát personál těch týlových zdravotnických zařízení, kam ještě nedošla postupující vlna zdravotnických ztrát. V souvislosti s tím vznikla myšlenka o zá-
měně obyčejného způsobu rozmístění zdravotnických etap v ohniscích hromadných ztrát, tj. členění do hloubky, rozvinováním lineárním podél fronty (taktika frontálního uspořádání vojskových etap). Taktika frontálního uspořádání vojskových etap záležela v tom, že se všechny vojskové etapy v ohniscích hromadných ztrát měnily ve shromaždiště zasažených přicházejících bezprostředně z ohniska nebo z bojiště. Pro všechny tyto etapy zdravotnického odsunu se stanovil stejný rozsah neodkladné první lékařské pomoci. Podobné využívání vojskových etap zdravotnického odsunu dovolovalo rozdělit proud raněných z ohniska hromadných ztrát určitými směry již ve vojskovém týlovém prostoru. Toto rozčlenění odsunového proudu raněných pokračovalo i v armádním a frontovém týlovém prostoru, kde se zasažení odsunovali rozličnými druhy odsunových prostředků na různou hloubku. Taktika frontálního uspořádání vojskových etap zdravotnického odsunu v prostorech hromadných ztrát neměla dlouhé trvání. Přestala mít své opodstatnění od té chvíle, kdy hromadné zdravotnické ztráty přestaly mít ohniskový charakter. Při trvale vysokých zdravotnických ztrátách nebylo možno používat taktiky frontálního uspořádání vojskových etap, protože přestala odpovídat podmínkám práce zdravotnické služby, charakterizovaným nutností současně poskytovat pomoc v řadě ohnisek hromadných ztrát se zabezpečením bojujících vojsk vedoucích boj v sestavách členěných do hloubky i šířky.

Zkušenosti z řady polních cvičení ukázaly, že odsun raněných a nemocných ze všech plukovních obvazišť divize jen do divizního obvaziště nebo CHPPN 1. linie v průběhu krátkého časového úseku má za následek dezorganizaci práce

na této etapě. Třídění raněných se pak provádí dlouhou dobu, přičemž se odvolávají od operačních stolů chirurgové, neodkladná kvalifikovaná pomoc se poskytuje opožděně atd. Bylo třeba najít z těchto rozporů východisko. Na jedné straně byly odstraněny základní příčiny zavinující mnohoetapovost v době Velké vlastenecké války. Zůstala nerozhodnuta možnost odsunu raněných a nemocných z plukovního obvaziště bezprostředně do nemocniční základny. Na druhé straně mnohoetapovost zůstávala základním nedostatkem současného systému léčebně odsunového zabezpečení ve vojenském týlovém prostoru.

Vážný přínos pro řešení zmíněných rozporů přinesli vojenští chirurgové. V roce 1956—1957 prof. A. N. Berkutov přišel k závěru, že nové principy prvotního chirurgického ošetření ran daly předpoklady pro další zdokonalení systému léčebně odsunového zabezpečení raněných. Cestou k likvidaci mnohoetapovosti, jak ukazoval profesor A. N. Berkutov, je třídění a rozptýlení raněných do specializovaných léčebných zařízení, začínaje obvazištěm, poskytujícím první lékařskou pomoc. **Při chirurgickém ošetření ran v pozdější době** je možno se vyvarovat mnohoetapovosti v léčení a odstranit neobyčejné přeplnění předních zařízení určených k poskytnutí kvalifikované pomoci.

A tak i poslední faktor, který byl příčinou mnohoetapovosti v léčení raněných, byl podroben vážnému posouzení. Vojenští chirurgové přiznali možnost odsunu značné části raněných (podle lékařské indikace) do specializovaných zařízení přímo z těch etap zdravotnického odsunu, kde se poskytovala jen první lékařská pomoc. Ve spojitosti s tím před zdravotnickou službou vznikl nový úkol: **v jaké míře je v současných podmínkách reálný odsun raněných a nemocných z obvazišť typu plukovních bezprostředně do nemocniční základny? Jakými prostředky může být zabezpečen odsun? Jak organizovat a řídit tento odsun v průběhu bojové činnosti?** Dosud tento úkol v plném rozsahu není vyřešen.

Zevšeobecnění zkušeností nahromaděných dosud z řady cvičení s účastí zdravotnické služby dovoluje přivést k některým otázkám návrhy. Přitom vycházíme z těchto hlavních předpokladů:

Za první: Vojska útočí v rychlém tempu. Jakékoliv obvaziště útvaru nebo svazku je během několika hodin po rozvinutí ve skutečnosti až v armádním týlovém prostoru. Následkem toho poraněný nestačí projít ve vojenském týlovém prostoru více než jednu etapu a rychle se ocitá na území armádního týlového prostoru.

Za druhé: Při současné úrovni lékařské vědy je plně dovoleno a někdy i žádoucí odložit chirurgické ošetření určité části raněných. V souvislosti s tím je při vysokých zdravotnických ztrátách účelné přenést chirurgické ošetření této skupiny raněných z vojenského týlového prostoru do specializovaných léčebných zařízení.

Za třetí: Jednotypové odsunové prostředky automobilní a letecké dávají možnost nepřeru-

šovaného odsunu raněných celým vojenským týlovým prostorem bez zastávky na mezilehlých obvazištích před konečnou etapou odsunu přímo do léčebných zařízení rozvinutých v armádním týlovém prostoru. Nutnost překladových mezilehlých obvazišť odpadá tím spíše, že odsun raněných z plukovních obvazišť se uskutečňuje nejen divizním, ale i armádním zdravotnickým transportem a tento odsun organizuje nejen náčelník zdravotnické služby svazku, ale i náčelník zdravotnického oddělení svazu.

Za čtvrté: V souvislosti s tím zdravotnické třídění ve vojenském týlovém prostoru musí být podřízeno hlavnímu úkolu: **rozdělení poraněných na dvě skupiny, z nichž větší se po poskytnutí předlékařské a první lékařské pomoci odsunuje přímo do nemocniční základny** rozvinuté v armádním týlovém prostoru a **menší se zadržuje ve vojenském týlovém prostoru k poskytnutí neodkladné kvalifikované pomoci.**

Z těchto základních podmínek činnosti zdravotnické služby ve vojenském týlovém prostoru vyplývají i její úkoly v době války v oblasti léčebně odsunového zabezpečení vojsk. Zde připomínáme jen nejdůležitější: **vyhledání a vynešení raněných z bojiště na obvaziště, odkud je možno rozdělit odsunové proudy tím, že největší část poraněných odsunujeme do nemocniční základny; poskytnutí neodkladné první lékařské pomoci a kvalifikované pomoci raněným a nemocným z vitálních indikací.**

Podtrhujeme, že připomenuté úkoly zdravotnické služby ve vojenském týlovém prostoru nelze zaměňovat za úkoly vojenské zdravotnické služby. Rozsah těchto úkolů (tj. vojenské zdravotnické služby) je tak veliký, že jejich splnění je možné jen při spojeném úsilí zdravotnické služby svazků a armády. V některých případech bude třeba k tomuto úkolu přibírat i síly a prostředky zdravotnické služby svazu. Úkoly a podmínky činnosti zdravotnické služby ve vojenském týlovém prostoru určují podle našeho názoru tyto principy organizace léčebně odsunového zabezpečení útvarů.

Za první:

Vynášení raněných z bojiště musí být zajištěno rychle manévrující jednotkou pro vynášení a odvážení raněných. Práce těchto jednotek v prostoru a na směrech bojové činnosti vojsk nejlépe zabezpečí včasné poskytnutí první pomoci a odsun raněných z bojiště. Hlavní formou manévru prostředky pro vynášení a odvážení raněných z bojiště za útoku je postupně přemísťování těchto prostředků překračováním přes prostor, kde se vynášení raněných předcházejícími prostředky dosud nezakončilo. V souvislosti s tím je nutno prostředky pro vynášení a odvážení raněných soustředit do rukou hlavního lékaře pluku a nadřízených náčelníků zdravotnické služby.

Za druhé:

Poranění se odsunují z bojiště na různých odsunových prostředcích — speciálních zdravotnických autech nebo automobilech určených pro přísun a vyčleněných k tomu velením. Je třeba, aby se tento odsun konal nepřetržitě, bez

překládání raněných, na takové obvaziště, kde se provádí jejich shromažďování, jejich lékařské třídění, kde je poskytována neodkladná první lékařská pomoc a odkud se začíná odsun rozdělenými proudy raněných divizním nebo armádním zdravotnickým transportem nebo armádním „porožňákem“. Doporučujeme taková obvaziště nazývat „divizním, třídicím a odsunovým místem“. Podle našeho názoru každé divizní třídicí a odsunové místo je třeba rozvíjet silami a prostředky zdravotnického útvaru typu plánovaného plukovního obvaziště. Myslíme, že k tomu účelu mohou být rozvíjena především obvaziště motostřeleckých útvarů, zesílená v některých případech zdravotnickým personálem. Divizní třídicí a odsunová místa, jako etapy zdravotnického odsunu rozvíjené svazkovými obvazišti, jsou po rozvinutí řízeny náčelníkem zdravotnické služby svazku — na rozdíl od doby Velké vlastenecké války — dostávají jiné úkoly k přípravě raněných a nemocných k odsunu rozdělenými proudy. V souvislosti s tím je třeba přepracovat organizaci útvarových obvazišť, abychom ji uvedli v soulad s novými úkoly v současných bojových podmínkách.

Třídění raněných a nemocných na svazkovém odsunovém a třídicím místě má tyto cíle:

1. Vybrat ty, kteří potřebují před odsunem neodkladnou první lékařskou pomoc. Tito ranění se dočasně zdržují na svazkovém třídicím a odsunovém místě a poskytuje se jim první lékařská pomoc.

2. Vybrat raněné potřebující neodkladnou kvalifikovanou pomoc ve vojenském týlovém prostoru. Tato skupina se odsunuje na DZP nebo SZO rozvinutý v prostoru divize.

3. Vyčlenit ty raněné, kteří snesou další zdravotnický odsun do nemocniční základny.

4. Soustředit smrtelně raněné na zvláštním místě.

Provedení zdravotnického třídění s takovými cíli na několika divizních třídicích a odsunových místech značně rozšiřuje možnosti třídicí práce u divize a osvobozuje obvaziště od značného rozsahu práce v době hromadného přílivu raněných a nemocných. Velká část raněných a nemocných bude odsunována do nemocniční základny, aniž procházela obvazištěm. V počtech „třídicího a odsunového místa“ má vedle tabulkového počtu plukovního obvaziště být transport přidán náčelníkem zdravotnické služby pro odsun raněných z ohnisek hromadných ztrát a zdravotnický transport svazu pro odsun raněných do nemocniční základny a do SZO (DO).

Za třetí:

V průběhu útočné operace svazku je třeba rozvinout několik třídicích a odsunových míst. Jejich počet závisí na velikosti zdravotnických ztrát, šířce útočného pásma svazku, množství míst, na nichž prolamuje obranu, a na hloubce úkolů.

Za čtvrté:

Pro poskytnutí neodkladné kvalifikované pomoci raněným ve vojenském týlovém prostoru nutno rozvinout obvaziště nebo samostatný zdravotnický oddíl. Do nich se odsunují jen ra-

nění potřebující neodkladnou kvalifikovanou pomoc z vitální indikace.

Tak svazkové obvaziště nebo obvaziště rozvíjená SZO přestávají být obvazištěm pro všechny raněné a nemocné. Stávají se obvazištěm, kde se poskytuje neodkladná kvalifikovaná pomoc z vitálních indikací, obvazištěm neodkladné protišokové pomoci, kde se vede boj s krvácením a kde se provádějí velké chirurgické výkony neodkladného charakteru.

Úzká profilace svazkového obvaziště (obvaziště SZO) ve směru neodkladné kvalifikované pomoci raněným osvobozuje personál obvaziště od nutnosti třídění všech raněných svazku bez výjimky (jak tomu bylo dříve), což vytváří podmínky pro práci větší části lékařů na operačních a převazových sálech, rozšiřuje pracoviště, kde se poskytuje neodkladná kvalifikovaná pomoc.

Za páté:

V předkládané variantě organizace léčebně odsunového zabezpečení se mění i odpovědnost hlavního lékaře, náčelníka zdravotnické služby svazku a svazu, za jeho zajištění. Hlavní lékaři odpovídají za vynášení raněných a poskytnutí první pomoci raněným na bojišti. Náčelník zdravotnické služby svazku zajišťuje odsun raněných do třídicích a odsunových míst. Odsun raněných do třídicích a odsunových míst organizuje zdravotnické oddělení svazu. Pro zabezpečení nepřetržitého řízení zdravotnického odsunu je nutná přesná organizace dispečerských míst. Úkol koncových dispečerských míst ve vojenském týlovém prostoru musí plnit štáby samostatných zdravotnických oddílů.

Předkládané schéma (v původním článku - pozn. red.) léčebně odsunového zabezpečení ve vojenském týlovém prostoru má, jak se nám zdá, celou řadu vážných předností ve srovnání s dosud platným systémem etapového léčení. V základech tohoto nového systému je zásada brzkého rozdělení raněných odsunem podle určení již z obvaziště útvaru. Hlavní přednost nového návrhu je v tom, že nové zásady vycházejí ze zvláštností bojové činnosti i úrovně technické vybavenosti zdravotnické služby, že likvidují mnohoetapovost v odsunu raněných i nemocných, což dovolu-
je vyvarovat se opakovaného třídění, rozšiřuje základnu pro třídění ve vojenském týlovém prostoru tím, že se rozvíjí několik třídicích a odsunových míst. Všechno to zabezpečuje včasné dopravení raněných (zasažených) a nemocných do léčebných zařízení k poskytnutí účinné pomoci, rozšiřuje možnosti efektivnějšího využívání personálu obvazišť (SZO) pro vlastní chirurgickou práci.

Brzké rozdělení odsunových proudů dovolu-
je vyvarovat se nahromadění větších mas raněných i nemocných na DO (SZO) proto, že ranění se soustřeďují v několika třídicích a odsunových místech a pak se rozdělují mezi léčebná zařízení nemocniční základny a DO (SZO).

V rámci nevelké zprávy není možné vyložit všechny změny a doplnění, které je třeba provést v současném systému léčebně odsunového zabezpečení vojsk. Na druhé straně: další zlepšování tohoto systému ve vojenském týlovém

prostoru třeba vždy začínat odstraňováním mnohoetapovosti v organizaci léčebné pomoci i odsunu raněných a nemocných.

Poznámka redakce:

V poslední době vychází ve „Vojenno-medickém žurnálu“ řada zásadních článků o zdravotnickém zabezpečení soudobého boje. Vývoj operačního umění i neobyčejně rychlý rozvoj

lékařských věd nese s sebou celou řadu problémů pro vojenskou zdravotnickou službu, které je třeba řešit, aby byla s to úspěšně plnit své poslání v soudobém boji.

Otiskujeme proto, obdobně jako „Vojenno medicinskij žurnál“, velmi závažný článek plukovníka Gavrilova jako diskusní a očekáváme, že vzbudí zasloužený ohlas a odezvu našich čtenářů.