

356.33:616-08:614.888

SOUČASNÁ PROBLEMATIKA „VEDOUcíHO POŠKOZENí“ A JEHO VLIVU NA TŘíDĚNí, ODSUN A LÉČENí PODLE URČENí

Plukovník MUDr. Ctibor DRBAL, MNO, HT-ZS

Přes podstatné změny, jimiž prošla organizace léčebně odsunového zabezpečení vojsk v průběhu posledních let, zůstává jedním z hlavních jejích principů odsun a léčení podle určení. Tento princip, jenž — jak známo — našel své plné uplatnění již v době druhé světové války, spočíval v třídění a odsunu určitých profilů raněných a nemocných přímo do odpovídajících typů polních nemocnic, kde jim byla poskytována potřebná odborná a specializovaná pomoc. Hlavním článkem, odkud začínal být uplatňován odsun podle určení, bylo divizní obvaziště. Cílem, smyslem a podstatou odsunu a léčení podle určení

byla snaha dopravit raněného co nejdříve a co nejkratší cestou do takového typu léčebného zařízení, kde mu může být poskytnuto léčení odpovídající povaze a závažnosti poranění nebo onemocnění.

Základním kritériem pro vytváření jednotlivých skupin raněných a nemocných odsunovaných podle určení byly již tenkrát převážně aspekty a indikace medicínské. U raněných pak byla rozhodujícím hlediskem především lokalizace poranění. Tak vzniklo obecně známé třídění na skupiny raněných do hlavy a krku, raněných do hrudníku a břicha atd., pro něž byly také vy-

tvořeny odpovídající typy specializovaných polních nemocnic.

Tato specifikace jednotlivých skupin poškození (a tím i jednotlivých typů specializovaných nemocnic) bezprostředně odrážela onen obraz zdravotnických ztrát, jenž byl pro období druhé světové války typický. Šlo tehdy převážně o poranění způsobená jedním zraňujícím činitelem a lokalizovaná většinou na určitou oblast těla.

Bez jakýchkoli pochybností zůstává i dnes naším cílem, abychom raněného nebo nemocného co nejdříve a co nejkratší cestou dopravili do toho typu léčebného zařízení, kde mu může být poskytnuta optimální pomoc a léčení.

Je tedy možno říci, že tentýž základní požadavek, jenž byl pramenem vzniku etapového léčení s odsunem podle určení, platí v plném rozsahu i dnes. Znamená to, že obecný princip léčení a odsunu podle určení má i dnes své plné opodstatnění.

Všimněme si však blíže jednoho z hlavních faktorů, jenž byl jakousi osnovou, na niž se navíjela celá bohatá struktura organizace odsunu podle určení a specializovaného léčení. Touto osnovou a hlavním kritériem pro třídění i pro vytváření určitých typů specializovaných nemocnic — jak jsme si řekli — bylo vlastní poškození organismu, jeho charakter, druh a lokalizace.

A právě tento faktor (jistěže spolu i s jinými) se podstatně změnil. Jestliže tehdejší systém třídění a odsunu podle určení a specializovaného léčení vycházel z toho, že

- převážná část válečných poškození jsou poranění (hlavně střelná),
- většina poraněných je poškozena pouze jednostranně působícím zraňujícím činitelem,
- většina poranění je převážně nebo výhradně lokalizována na určitou omezenou část nebo oblast těla,

pak dnešní názory na systém odsunu a léčení podle určení musí vycházet z toho, že

- převážná část válečných poškození je kombinovaná, způsobená několika činiteli současně,
- většina soudobých poškození nebude výrazně lokalizována jen na určitou omezenou partii těla.

K tomu musíme vzít v úvahu prokázaná fakta, že současné působení několika poškozujících činitelů se na celkovém zdravotním stavu postiženého nezobrazí jako pouhý jejich aritmetický součet, ale že jednotlivé patofyziologické procesy se budou vzájemně nepříznivě ovlivňovat a umocňovat. Konečně je nutné počítat i s tím, že dynamika působení jednotlivých poškozujících faktorů, odrážející se v rozvoji patologických změn i v klinickém obraze, má různý časový průběh. Tak např. poranění nejen že bude nepříznivě ovlivňováno současným ozářením organismu, ale celý klinický obraz určený v prvním období hlavně mechanickým poškozením bude vystřídán obdobím, kdy sice poranění může být již na ústupu, ale začne se rozvíjet nemoc z ozáření. Podobných případů a variant, vyplývajících ze zkoumání

průběhu kombinovaných poškození, je mnoho a jsou předmětem četných prací poslední doby.

Není mým úkolem dále rozvíjet z klinického hlediska tuto problematiku, tím spíše, že je i nadále systematicky zpracovávána různými pracovišti jednotlivých vojenskolékařských disciplín.

Je však možné poukázat alespoň na některé důsledky, jež z těchto poznatků vyplývají pro uplatňování odsunu podle určení, pro třídění i pro organizaci poskytování odborné a specializované lékařské pomoci.

Řekli jsme si již, že základní medicínská kritéria pro třídění, odsun a specializované léčení, která odpovídala povaze zdravotnických ztrát z boje vedeného klasickými zbraněmi, se podstatně změnila. Tyto změny byly vynuceny tím, že někdejší převládající izolovaná a na omezenou oblast těla více nebo méně lokalizovaná poranění nelze z hlediska soudobého boje, vedeného s použitím zbraní hromadného ničení, považovat za určující.

Bylo tedy třeba stanovit kritéria nová, kritéria odpovídající změněné situaci. Bylo třeba vymezit kritéria, jež by vystihovala složitost i dynamiku kombinovaných poškození a mohla být směrodatná pro jejich správné třídění, odsun podle určení a léčení.

V této souvislosti se právem dostává v poslední době čím dále tím více do popředí pojem „**vedoucího poškození**“.

Správné vymezení tohoto pojmu je proto tak důležité, že má nahradit dosavadní kritérium, vyjádřené u izolovaných poranění především jeho lokalizací, kritériem novým, jež by lépe odpovídalo nové kvalitě soudobých kombinovaných poškození, způsobených hlavně zbraněmi hromadného ničení.

Až dosud bylo některými prameny „vedoucího poškození“ definováno jako „**nejtěžší** poškození z několika souběžných poškození u jednoho pacienta“. K této definici zaujal zcela nedávno kritické stanovisko prof. Šrajber (VMŽ, 6, 1963). Svě výhrady vůči uvedené definici opírá o důvody, jež je možno stručně zrekapitulovat takto: jestliže pacient je současně postižen např. středně těžkým mechanickým poraněním, středně těžkými popáleninami a nemocí z ozáření těžšího stupně, pak za „nejtěžší poškození“ musíme v těchto případech považovat nemoc z ozáření. Podle takto stanoveného kritéria by tyto postižení měli být odsunuti do vnitřní polní pohyblivé nemocnice. Šrajber nesouhlasí s tímto výkladem „vedoucího poškození“ a poukazuje na to, že tomuto pojetí podřízené třídění, odsun podle určení i léčení by narážely na nedostatečně vybavení VPPN, na komplikace ve využití chirurgů atd.

Máme za to, že se můžeme plně přiklonit ke kritickému názoru prof. Šrajbera. Jestliže však zaujmeme odmítavé stanovisko k uvedenému výkladu pojmu „vedoucí poškození“, je třeba současně se pokusit o jeho správnější a přesnější vystižení.

Má-li se tato snaha setkat s pozitivním výsledkem, je třeba kromě toho, co již bylo o kombinovaných poškozeních řečeno, vzít v úvahu i další

okolnosti, jež pro vymezení „vedoucího poškození“ mají zásadní význam.

Celá složitost klasifikace a třídění kombinovaných poškození podle „vedoucího poškození“ je totiž zdůrazněna navíc tím, že v průběhu postupného vývoje patofyziologických procesů i klinického obrazu se bude nepochybně „vedoucí poškození“ měnit. Již o něco dříve jsme si takový — poměrně jednoduchý — příklad demonstrovali. Mechanické poranění, jež bude jako „vedoucí poškození“ prvního období vyžadovat odbornou nebo specializovanou pomoc v nemocnici chirurgického profilu, bude ve fázi svého hojení v dalším průběhu vystřídáno „vedoucím poškozením“, daným rozvojem nemoci z ozáření. To si může vynutit požadavek na další odborné léčení téhož pacienta v nemocnici typu vnitřní polní nemocnice.

Konečně význam i nesnáze správného určení „vedoucího poškození“ plně vystane, když si uvědomíme, že obraz kombinovaných poškození může být určen nejen současným působením klasických zbraní a tří základních ničivých faktorů jaderných zbraní, ale kombinací poranění, popálení nebo ozáření s účinkem různých otravných látek nebo s libovolnou infekční chorobou. Ve všech těchto případech se změna „vedoucího poškození“, popřípadě změna specializovaného léčebného zařízení v průběhu rozvoje kombinovaného poškození stává ještě markantnější.

Vidíme tedy, že „vedoucí poškození“, jako základní kritérium pro třídění a odsun soudobých válečných poškození, je činitel velmi dynamický, jehož přesné stanovení i další průběžné sledování a upřesňování má mimořádný význam nejen pro správné **zahájení** odborného nebo specializovaného léčení, ale i pro účelné poskytování léčebné pomoci v celém **dalším rozvoji**, průběhu i ústupu onemocnění.

Přiznáme-li platnost těmto zásadám, jež se opírají o poznatky jiných vojenskolékařských oborů, zkoumajících charakter a průběh kombinovaných poškození, můžeme z hlediska třídění a odsunu podle určení definovat „vedoucí poškození“ jako poškození, jehož správné vystižení, určení a léčení je pro **danou fázi rozvoje** patofyziologického procesu a klinického obrazu nejvíce významné k záchraně života a navrácení zdraví postiženého. Je to ono poškození, jehož bezprostřední léčení je v **dané fázi rozvoje** všeho

komplexu patofyziologických změn prvořadě, hlavní a rozhodující pro záchranu života a další průběh i výsledky terapie.

Správné určení a využití kritéria „vedoucího poškození“ nám umožní umístit a léčit postižené v takovém typu léčebného zařízení, jež je nejlépe schopen pro **danou fázi rozvoje** jejich postižení zabezpečit optimální odborné nebo specializované léčení.

Snad se podařilo alespoň ve stručných rysech poukázat na mimořádnou aktuálnost „vedoucího poškození“ při změněném charakteru soudobých válečných poškození i na význam plného a správného výkladu tohoto pojmu pro organizaci léčebně odsunového zabezpečení podle určení.

V této souvislosti nám ještě nepochybně vystane i několik dalších praktických problémů. Je to v prvé řadě nutnost komplexnější přípravy lékařů. Třídění podle „vedoucího poškození“ totiž předpokládá u všech lékařů, podílejících se na třídění, solidní a komplexní znalosti patologie a kliniky **všech** poškození, jež přináší soudobý ozbrojený boj. Jde o to, že se musí umět natolik samostatně orientovat v klinice kombinovaných poškození, aby byli schopni při třídění v kterékoli fázi rozvoje patologických změn správně a přesně postihnout „vedoucí poškození“. V druhé řadě je to požadavek na stále stmelnější týmovou práci specialistů různých oborů uvnitř každého léčebného zařízení a každé zdravotnické etapy. V rozporu s těmito požadavky jsme zatím svědky toho, že vojenskoodborná příprava lékařů je stále ještě převážně zaměřena na studium a výcvik v třídění i léčení izolovaných poškození toho charakteru, jež byl typický pro minulou válku, jež však neodpovídá již struktuře a povaze zdravotnických ztrát soudobé války. Toto zjednodušující zaměření dosud převládalo i v učebnicích, studijních pramenech a pomůckách.

V neposlední řadě nás snad další studium kombinovaných poškození (a z něj vyplývající nutnost důsledného uplatnění třídění, odsunu a léčení podle kritéria „vedoucího poškození“) postupně přivede i k určitému přehodnocení dnešní organizace a vybavení jednotlivých typů polních léčebných zařízení. I to bude třeba, ukáže-li se to být nutné. Vždyť jde o snahu optimálně je přizpůsobit k léčení kombinovaných poškození, jež by nepochybně byla v soudobém boji poškozeními typickými.