

## Az osztályozási és a kiürítési munka egysége a csaphadtáp körletében, különös tekintettel a hadosztálysegélyhelyre\*

Írta: Hermann István dr. orvosalezredes

A franciák szellemesen úgy határozzák meg a tábori sebészeti szolgálat három legfontosabb teendőjét, hogy az nem más, mint a három „T”: Triage, Transport, Traitement, azaz osztályozás, szállítás, gyógyítás.

Az osztályozás és kiürítés dialektikus egységet képez. Biztosítja, hogy a sebesült minél előbb arra a helyre kerüljön, ahol a számára legmegfelelőbb ellátást biztosítani lehet. Az osztályozás és kiürítés bonyolult rendszere voltaképpen a sebesülés helyénél kezdődik. Egységes láncolat, azonban jelenleg ennek döntő láncszemével, a csapat-hadtáp körletében folyó munkával foglalkozom. Ezen belül az ittlévő ségélyhelyek működésével.

Az enciklopediai szótár az osztályozást úgy határozza meg, hogy az a harci sérültek és betegek csoportosítása sebesülésük, ill. betegségük neme és jellege szerint, a harc és eü. helyzet tekintetbe vételével annak érdekében, hogy részükre minél előbb a szükséges eü. ellátást és az ésszerű, rendeltetésszerű kiürítést biztosítsák.

Az eü. kiürítés azoknak az intézkedéseknek a rendszere, amelyek célja, hogy a kórházi kezelésre és műtetre szorulókat kivonjuk a harci cselekmények területéről úgy, hogy őket olyan gyógyintézetekbe szállítjuk, amelyek egyrészt a hadműveleti területen, az arcvonaltól több-kevesebb távolságra, másrészt a hátsószágban vannak. Kiürítést végzünk, ha a helyszínen valamilyen oknál fogva nem lehet vagy nem célszerű gyógyítást folytatni.

A korszerű háborúban a tömegpusztító fegyverek alkalmazása folytán tömeges sebesültáramlásra állandóan fel kell készülni. Megnö egyrészt az osztályozás, másrészt a kiürítés jelentősége, mert a kiürítési szempontból vagy diagnosztikus-prognosztikus szempontból osztályozott sebesült-kontingensek nem is láthatók úgy el, hogy végigmenjenek a klasszikus kiürítési szakaszokon. Igaz viszont, hogy a fegyverek megváltozásával minőségi változás következett be a kiürítési eszközökben is.

Míg a második világháború kezdeti időszakában még a gépkocsival történő sebesültkiürítés sem volt általános, addig ma már a szárazföldi szállítások helyett egyre inkább a légi szállításokra számítunk. A jelen időszakra jellemző, hogy a kiürítés megszervezésével az osztályozásnak szükségszerűen egy időben kell történnie, mert a sebesültek várható óriási száma mellett az eü. ellátás csapatláncszeme a sérült-kontingenseknek csak viszonylag kis százalékát képes ellátni.

A sebész osztályozó munkáját akkor végzi, amikor a sebesültet megvizsgálja és csoportokba osztja. Ez diagnosztikai munkájának legelső, de legfontosabb szakasza. Megállapítja a sebesülés jellegét, súlyosságát, de egyidejűleg meg kell határoznia azt a kiürítési szakaszt is, ahová a sebesültet el kell vinni és azt, hogy milyen körülmények között, hogyan kell odavinni. Fentiekből következik, hogy a helyes diagnosis nélkül szakorvosi, még kevésbé a szakosított kezelés és a rendeltetésszerű kiürítés rendszere megvalósíthatatlan. A klasszikus pirogovi elvek különösen a II. világháborúban módosultak. Az osztályozás

\* Az V. Honvédorvosi Tudományos Értekezleten (1961. okt. 26—28.) elhangzott előadás.

sokkal szélesebbkörű és diagnosztikailag sokkal jelentősebb tényezővé vált. Az osztályozás jelentősége a haditechnika fejlődésétől függően háborúról-háborúra egyre növekedett aszerint, amint egyre több és több sebesült ellátása vált szükségessé.

Az osztályozásnak több fajtáját különböztetjük meg. Így beszélünk segélyhelyen-belüli, vagy kiürítési szakaszon-belüli osztályozásról. Ilyenkor döntő fontosságú, hogy a fertőzőket, ill. a sugárzó vagy mérgező harcanyagokkal szennyezetteket különválasszuk. Beszélünk szállítási és kiürítési szempontból végrehajtott osztályozásról, amikor megjelöljük azokat a sebesült-kategóriákat, akiket az adott kiürítési szakaszból el kell szállítani. Azt is megjelöljük, hogy milyen formában történjék a szállítás.

A jó osztályozásnak mindig diagnosztikai és prognosztikai osztályozásnak kell lennie és ez az a körülmény, amely az osztályozást szoros szálakkal köti a kiürítéshez.

Amikor hangsúlyozottan beszélünk a fokozottabb kiürítésről, nyomatékosan le kell szögezni, hogy ez nem azonos az I. világháborúban gyakorolt „mindenáron való kiürítés”-sel. *Leonardov* a II. világháború előtt rámutatott, hogy a rendeltetésszerű kiürítés a hadosztálysegélyhelyen kezdődik. A kiürítés, mint a gyógyítás szerves része szerepel. Az egyre fokéletesedő kiürítési eszközök birtokában a szervezett és korai ellátás egyik döntő tényezője.

A II. világháborúban a hadosztálysegélyhely a fő műtőhely volt. A korszerű háború követelményei között fő osztályozóhellyé lett. A tömeges sebesültáramlás következtében a hadosztálysegélyhelyen a segélynyújtás mérvét rendszerint életmentő beavatkozásokra kell beszűkíteni. A hadosztálysegélyhelyen csoportos osztályozást kell végezni, sőt nem ritkán előfordulhat, hogy a hadosztálysegélyhelyen, elsővonalbeli kórházban, önálló eü. osztagnál kötéslevétel nélküli osztályozást vagyunk kénytelenek végezni.

A kiürítési szakaszokon a sebesült kontingensek osztályozásában attól függetlenül, hogy kinek az erejével és eszközeivel történik az osztályozás, de attól függően, hogy az adott kiürítési szakaszon adott körülmények között nyújtható-e orvosi vagy szakorvosi ellátás, meg kell határozni az áramlatokat, amelyek a sebesültek egyes csoportjait elkülönítik egymástól.

Az olyan kiürítési szakaszokon, ahol már sebesült munka végezhető (hadosztálysegélyhely, elsővonalbeli kórház, önálló eü. osztag), az osztályozás nem az átvevő-osztályozónak nevezett funkcionális alegységben kezdődik, hanem célszerű osztályozó pontot, osztályozó őrsöt kikülöníteni a segélyhely vagy kórház bejáratához és osztályozó térségen fogadni a sérülteket. Az osztályozó térség az időjárástól függetlenül alkalmas kell, hogy legyen a sérültek fogadására.

Az osztályozó ponton, ill. osztályozó térségen három áramlatot különítünk el:

1. A környezetükre veszélyesek;
2. A környezetükre nem veszélyesek;
3. Fertőző betegek, vagy arra gyanúsak.

Az átvevő-osztályozóban célszerű a színes, jelzéses osztályozás rendszerét megtartani.

Az átvevő-osztályozóban és egyéb osztályokon a következő csoportok alakulnak:

1. Akiknek az ellátása az adott kiürítési szakaszon feltétlenül elvégzendő.
2. Akiknek az ellátása halasztható és hátrábbfekvő kiürítési szakaszon végrehajtható el.
3. Könnyű sérültek.

4. A haldoklók, akik csak gondozásra és szenvedéseik enyhítésére szorulnak.

A nagy sebesültáramlat az osztályozó pontról, ill. az osztályozó térségről az átvevő-osztályra kerül. Ha a sebesültáramlat túl nagy, akkor az előreláthatólag kiürítendőket nem is küldik az átvevő-osztályozóba, hanem közvetlenül az osztályozó pontról (térségről) kerülnek a kiürítő osztályra vagy egyenesen kiürítésre. A fentiek élénken bizonyítják az osztályozás—kiürítés funkcionális és területi egységét.

Akárhogy vizsgáljuk a bonyolult korszerű viszonyok közt lefolytatott osztályozás sajátosságait, feltűnő, hogy az osztályozás mennyire szorosan kapcsolódik a kiürítéshez.

Nézzünk meg konkrétan egy osztályozó sátrat:

Ha az osztályozó sátorba elméletileg feltehetően minden harci sérült elkerülne, akkor ennek 70%-a tartozik a sebészi kontingensek közé. Ennek 25%-a shockos. Ha tehát az osztályozó sátorban pl. 20 sérült fekszik, ennek 70%-a sebészi, tehát 14 fő, ennek 25%-a, tehát 3—4 sebesült shockos. Utóbbiaknak az adott kiürítési szakaszon kell maradniok. A valóságban ez nem így történik, hiszen az átvevő-osztályozó sátorba nem minden sérült kerül, mert a fertőző betegeket, a sugármérgező harcanyag-sérülteket, tehát belgyógyászati kontingensek, valamint a könnyű sérültek nem ide kerülnek. Végeredményben idekerül meghatározott számú sebesült, akiknek egy kis részét a hadosztálysegélyhelyen, az elsővonalbeli kórházban, ill. az önálló eü. osztagnál kell ellátni: műtéti beavatkozással shocktalanítás nélkül vagy ún. konzervatív shocktalanító eljárásokkal.

Az osztályozó sátor hamarosan kiürül, ezeket a sérülteket a shocktalanítóba és a műtőbe viszik. A sátorban tehát már csak olyanok maradnak, akiket a lehető legrövidebb úton a rendelkezésre álló kiürítő eszközökkel tovább kell szállítani. Az osztályozó sátorból kivettük azokat, akik az adott kiürítési szakaszon ellátásra szorulnak, maradnak azok, akik kiürítésre várnak. Ilyen körülmények között jogosan felvetődik, hogy az ilyen és hasonló kiürítési szakaszokon az osztályozó osztályt és a kiürítő osztályt funkcionális egységgé: *osztályozó—kiürítő osztállyá* tegyük.

Kérdés, hogy milyen módszerrel történjék az osztályozás? Megfelelőnek látszik az, amelyet a Kirov Akadémia Tábori Sebészeti Tanszéke javasol. Eszerint az osztályozó sátorban egy sebészorvos (esetleg gyakorlott belgyógyász), két nővér, két eü. katona és egy írnök halad a harci sérültek mellett. Az orvos (sebész), az első nővér, az első eü. katona segítségével megvizsgálja a sérültet. Az írnök feljegyzi az adatokat, így halad tovább. A sérült ellátását a másik nővér a másik eü. katonával befejezi. Megigazítják a kötést. Megadják a tetanus-antitoxinban oldott pencillint és morphint. Az eü. katonák az osztályozás elvégzése után a műtőbe és a shocktalanítóba irányított sérülteket elviszik. Az osztályozó sátor jellege ezzel fokozatosan megszűnt és kiürítő sátorra alakult, ahonnan a sérülteket el kell szállítani. Nyomatékosan alá kell húzni, hogy noha a hadosztálysegélyhely a korszerű háború követelményei között fő osztályozóhelyé lett, az osztályozás nem öncél, mellette a műtéti munkának is folytania kell.

Hogy az osztályozást sebész, vagy nem sebész végezze, erről másik előadás fog elhangzani.

Kétségtelen, hogy amikor a segélynyújtás mérvét beszűkítjük, a hadosztálysegélyhelyről, az elsővonalbeli kórháztól továbbszállítjuk a sebesültet, beavatkozás nélkül, a kényszerű késedelmet úgy kell pótolni, hogy a távolabbi ellátási szakaszon végleges ellátást kapjon (szakosított kórházban).

A korszerű harcnak vannak olyan szakaszai, amikor a hadosztálysegélyhelyre és az elsővonalbeli kórházba olyan tömegben érkeznek sebesültek, hogy az osztályozási munkát fokozott tempóban kell folytatni és az osztályozót meg kell erősíteni. Ez történhet a hadosztálysegélyhely orvosaiból szervezett osztályozó brigádokkal. Az ún. kórházi osztály egyik sebésze pl. felhasználható arra, hogy második osztályozó brigádot szervezzen vagy részt vehet ilyen esetben az osztályozásban maga a hadosztálysegélyhely vezető sebésze. Az osztályozó megerősítése tehát a hadosztálysegélyhely saját erejével történik. Sokszor azonban ez nem elegendő, mert magát a hadosztálysegélyhelyet is meg kell erősíteni. Úgy véljük, hogy a legcélszerűbb ilyen esetben az önálló egészségügyi osztagból tapasztalt sebészekkel olyan brigádokat alakítani, akik nemcsak a műtéti munkát képesek elvégezni, hanem az osztályozást is.

Röviden szeretnék megemlékezni arról, hogy a nyugati országok hadseregeiben is döntő jelentőséget tulajdonítanak az osztályozásnak. Számos tanulmány foglalkozik ezzel a kérdéssel (*Hartgering, Page, Joedicke*).

A kiürítés voltaképpen a kihordással kezdődik. A kézi kihordásnál a sebesültvívők nagymérvű veszteségével kell számolni. Ezért egyre inkább kell kihordó technikai eszközöket számításba venni. A hadosztálytól való kiürítésben a csatanap sérültjeinek kb. 85%-a kerül kiürítésre, mégpedig azért, mert 5% könnyű sérült visszamarad a csapatnál, viszont az adott kiürítési napon legalább 10%-a szállíthatatlan. Tisztában kell lenni a rendelkezésre álló kiürítési eszközökkel és azok kapacitásával. A kiürítés alapjait a sebesültszállító gépkocsi, valamint a visszatérő járművek képezik. Adott körülmények között azonban a helyi kiürítési eszközöket is számításba kell venni.

A korszerű kiürítési eszközök között egészségügyi szempontból a helikopterek nagy jelentőségűek. Véleményünk szerint célszerű helikopterrel szállítani azokat a sürgős beavatkozásra szoruló sérülteket, akik a beavatkozást még nem kapták meg, valamint az olyan sérülteket, akik gépkocsival „szállíthatatlanok”, de helikopterrel szállíthatónak minősíthetők. A helikopterek berepülnek a hadosztálysegélyhelyig, de kivételes esetben előbbfekvő gócba is elmennek. Ekkor a gócból való ürítéssel újabb osztályozási probléma merül fel, egységben a kiürítéssel. Ez újabb példája az osztályozás—kiürítés egységének.

Az eü. helikoptereken kívül számításba vehetjük a nagyobb méretű teher szállító helikoptereket. Ezek mint „visszatérő helikopterek” sebesültszállításra felhasználhatók. Ehhez azonban leszállóhelyről gondoskodni kell.

Ha a kiürítéshez szállítógépekkel számolhatunk, akkor mindig esetenként kell eldönteni, hogy a sebészileg el nem látott vagy ellátott sérülteket szállít-suk-e velük hátra.

Az elmondottakból világosan látható, hogy az eü. kiürítéshez felhasználunk minden lehetséges kiürítési eszközt. A szállító eszközök mélységből történő manővereztetésével elérhető, hogy az arcvonaltól különböző távolságban fekvő kiürítési szakaszokon tömegsérülések alkalmával, rövid időkülönbséggel szinte egyszerre indul a munka, csak így biztosítható, hogy a rendelkezésre álló sebészeti erőket ésszerűen használjuk fel a sebesültek osztályozása, kiürítése és ellátása érdekében.