

Dr. Bernát Iván c. egyetemi tanár, az orvostudományok doktora

A tábori belgyógyászat fejlődése a felszabadulás óta

A tábori belgyógyászat egyike a katonai orvostudomány legfiatalabb ágainak. Felszabadulás utáni fejlődésének alapját a második világháború tapasztalatainak elemzése és általánosítása képezte. Jelentősége a haditechnika forradalmi változása, mindenekelőtt a tömegpusztító fegyverek megjelenése következtében, lehetőségei pedig az orvostudomány fejlődésével rendkívüli mértékben megnöttek. A rakéta-nukleáris háborúban a belgyógyászati típusú harci sérültek az egészségügyi veszteségnek számottevő részét alkotják. A belgyógyászok feladatai nem korlátozódnának a harci sérülteknek, továbbá a belbetegeknek és a sebesültek betegségének a gyógyítására. Tevékenységükre az egészségügyi veszteség ellátásában szükség lenne.

A tábori belgyógyászat egyike a katonai orvostudomány legfiatalabb ágainak. Egyes elemei ugyan már a 19. században megjelentek, de tudományos rendszerré, illetőleg önálló tudományággá csak a második világháború folyamán vált. A tábori belgyógyászat felszabadulás utáni fejlődésének alapját a háborús tapasztalatok vetették meg. Ezek ismerete nélkül a további fejlődés sajátosságai nehezen volnának megérthetők.

A második világháborúban — annak kezdetétől egészen befejezéséig — az egészségügyi veszteség túlnyomó részét minden hadseregben a sebészeti profilú harci sérülések alkották. Ez a közismert tény magyarázatot ad arra, hogy miért állították az egészségügyi biztosítás megszervezésének középpontjába éppen a sebesült-ellátást. A vezető szervek intézkedései, a háború folyamán lefolytatott tudományos konferenciák tematikája, a kutatómunka iránya, stb. mind-mind arról tanúskodik, hogy a figyelem mindenekelőtt a sebesültek gyógyítására irányult. Ez volt a helyzet a Szovjet Hadseregben is.

A csapatok háborús egészségügyi biztosításának tapasztalatait például a Szovjet Hadsereg a háború harmadik szakaszában „Tábori Sebészeti Utasításban” foglalta össze (1944., 3. kiadás). Ez elsősorban a sebesült-ellátás problémáival foglalkozott, bár összefoglalását adta az egész gyógyító-kiürítő ellátásban szerzett tapasztalatoknak. A betegek gyógyítását csak röviden érintette. A megfelelő tábori belgyógyászati utasítás kiadására a háború éveiben nem került sor.

A sebesültek és betegek gyógyításának és hátraszállításának irányelveit a Szovjet Hadsereg egészségügyi szolgálatának főcsoportfőnöke (Je. I. Szmir-

nov) és a Szovjet Hadsereg fősebésze (N. N. Burdenko) adta ki. Az okmányon a főbelgyógyász (M. Sz. Vovszki) aláírása nem is szerepelt.

A háború folyamán szervezett tudományos értekezletek majdnem kizárólag sebészeti kérdésekkel foglalkoztak. A háború alatt megjelent katonai orvosi közlemények tematikája is a sebészeti profil erős túlsúlyáról tanúskodik. A sebészeti tárgyú dolgozatok száma 9544, a belgyógyászatiaké pedig mindössze 1523 volt.

Az egészségügyi főcsoportfőnök mellett működő orvosi tudományos tanács a háború első időszakában (1941. június—1942. november) két ülést tartott. Ezeken a legfontosabbnak ítélt kérdéseket vitatták meg.

A napirend szinte kivétel nélkül a sebesültek gyógyításával összefüggő problémákkal (a traumás shock pathogenesis, klinikuma és terapiája; a könnyűsebesültek gyógyítása; a specializált — sebészi — segélynyújtás elvi alapjai stb.) foglalkozott. A későbbiekben is lényegében hasonló volt a helyzet. Az érdeklődés középpontjában továbbra is a traumás shock, a medence lött sérülésének ellátása, a sebkezelés, illetőleg a törések gyógyításának módszerei és más sebészeti kérdések állottak.

A tábori belgyógyászat nagy jelentőségének felismerése főleg annak következménye volt, hogy kiderült: a betegek száma rendkívül jelentékeny és aránya az egészségügyi veszteségen belül számottevő. Így a háború kitörése és 1942. január elseje között a betegek az egészségügyi veszteségnek 19,3 %-át, 1942-ben azonban már több mint 34 %-át tették ki. A háború utolsó (berlini hadműveletében a betegek aránya 11,3—29,9 % között ingadozott, általában véve pedig az egészségügyi veszteségnek mintegy harmadát alkotta. Ez a tény (a belbetegek nagy száma) egyébként a magyar katonai orvosok körében hosszú ideig nem volt köztudott, és talán magyarázatot adhat arra, hogy a tábori belgyógyászat jelentőségének reális megítélésére nálunk viszonylag későn — csak a tömegpusztító fegyverek megjelenésével összefüggő gyökeres változások hatására — került sor.

A betegellátás szervezeti formái és gyakorlati módszerei a Nagy Honvédő Háború folyamán fokozatosan alakultak ki és a tábori belgyógyászat helye és szerepe a többi katonai orvosi diszciplína között csak lassan kristályosodott ki. E tudományág megszületését és fejlődését a gyakorlati szükségletek követelték meg, mindenekelőtt pedig annak felismerése, hogy a betegek mielőbbi gyógyulása a személyi utánpótlás fontos forrását képezi. Fokozatosan kialakult a betegellátás egységes rendszere, amely kifejlett formájában a hadosztály-segélyhelyektől kezdve a hátszág gyógyító intézeteivel bezárólag biztosítani tudta a magas színvonalú szakorvosi, illetőleg specializált gyógyító munkát. Ennek eredményeképpen a háború befejező időszakában már minden tíz beteg közül kilenc vált újra harcképessé és ennek jelentősége mindenki számára egyértelmű volt.

A gyógyító-kiürítő ellátás korszerű rendszerének valóra váltásához szükséges anyagi feltételeket azonban előbb meg kellett teremteni. A háború előtt például tábori mozgó kórházakkal a Szovjet Hadsereg nem rendelkezett. Ezeket az intézeteket a háború folyamán fokozatosan szervezték meg. A kezdetben egységes felépítésű mozgó kórházak helyett 1942. decemberében hozták létre a 200 ágyas tábori sebészeti és a 100 ágyas tábori belgyógyászati mozgó-kórházakat. Ezzel egyidőben növelték a könnyű sebesült kórházak számát. (A sebészeti profilú specializált kórházak létrehozására csak 1943-tól kezdve került sor.) A szakosított segélynyújtás biztosítása ér-

dekében fejleszteni kellett az orvosi megerősítő századok szervezetét, létre kellett hozni az osztályozó-kiürítő kórházakat és más intézeteket. A nem szervezetszerű erők és eszközök közül pedig ki kellett fejleszteni olyan formációkat, mint az orvosi osztályozó pontok (állomások), végül pedig biztosítani kellett a megfelelő számú szakembert és egészségügyi felszerelést. 1943 őszére alakult ki az a helyzet, hogy az egészségügyi főcsoportfőnök már utasítást adhatott a szolgálat vezetőinek, hogy a specializált segélyt valamennyi sérült- és beteg-kategória számára kötelezően biztosítsák.

A betegek kvalifikált segélynyújtása jelentős mértékben a hadosztály segélyhelyekre hárult. Figyelemreméltó, hogy a hadosztály segélyhelyekről a betegek 50⁰/o-át tudták harcképesen alakulatukhoz visszairányítani. A gyógyítómunka igazi központját azonban a kórház-bázisok képezték. Ezekben belül a tábori belgyógyászati mozgókórházak többségében olyan színvonalas diagnosztikai és therapiás munka folyt, hogy az nyugodtan egy sorba állítható a békeidők egyetemi klinikáinak vagy kórházainak tevékenységével. E kórházak — mint diagnosztikai-osztályozó gyógyintézetek — különösen nagy szerepet játszottak a heveny betegek és a szállíthatatlanok diagnosisjának korai felállításában, valamint a kezelés megkezdésében, nemegyszer azonban (rövid gyógyulási időtartam esetén) a betegek ezekben a kórházakban maradtak végleges gyógyulásukig. Az idült betegeket, akik hosszabb kezelésre szorultak, a tábori mozgókórházakból vagy belgyógyászati-kiürítő kórházakba, vagy specializált fertőző-, TBC-, ideggyógyászati (a léglökéses hullám sérültjei!), illetőleg bőr- és nemikórházakba szállították. A reconvalescensek gyógyítását többnyire a könnyűbesült kórházakban fejezték be. A gyomor-bélbetegek nagy csoportja számára a belgyógyászati-kiürítő kórházakban külön diétás osztályokat alakítottak ki. A léglökéses hullám sérültjeit néhány fronton az ideggyógyászati kórházakon kívül a kimerült vagy legyengült katonák számára létesített pihenőtáborokban is kezelték.

A rendeltetés szerinti kiürítés biztosításában nagy szerepet játszottak a jól szervezett hadsereg- és front-alárendeltségű osztályozó-kiürítő kórházak, amelyekben külön belgyógyászati osztályok működtek a különféle profilú betegek osztályozásának végrehajtására. A belgyógyászati gyógyító munka jelentős eredményei nem kis részben ezeknek az osztályozó intézeteknek a tevékenységére vezethetők vissza.

A specializált segélynyújtás kiteljesedését az is érezhetően befolyásolta, hogy a háború folyamán gyökeresen megváltozott a gyógyító intézetek aránya a hadművelleti terület és a hátsószág között. 1944 elejétől kezdve a kórházi ágyak kétharmad része már a hadművelleti területen működött és csak egyharmad részük került felhasználásra a hátsószági kórházbázisok keretében. Így lehetőség nyílt „teljes értékű” kórházcsoportok kialakítására a hadseregek és a frontok alárendeltségében.

A kórházbázisokat mindinkább a *kiürítési irányoknak* megfelelően és nem a hadművelleti felépítés alapján telepítették. A belgyógyászati specializált segélyt a HKA első lépcsőjében a tábori belgyógyászati mozgókórházak, a fertőző kórházak, a KSK-ak belgyógyászati osztályai biztosították. Míg a tábori sebészeti mozgókórházak csak a szakorvosi megerősítő század csoportjai révén váltak szakosított intézetekké, a belgyógyászati, a fertőző mozgókórházak és a könnyűbesült-kórházak eleve specializált gyógyító intézeteknek számítottak.

A HKA második lépcsőjében a betegek szakosított segélynyújtása az

osztályozó-kiürítő kórházakra, a belgyógyászati és fertőző mozgókórházakra és (elsősorban) a kiürítő kórházakra hárult. Ezekben a kórházcsoportokban többnyire front-alárendeltségű KSK-ak települtek.

A teljes terjedelmű specializált segélynyújtásra csak a háború harmadik időszakában és csak a front kórházaiban került sor.

A háború folyamán a szakosított segélynyújtás megszervezésének több változata alakult ki: (1) Támadó hadművelet megindulási helyzetében az elsődleges specializált segélynyújtás a HKA gyógyítóintézetében folyt. Mint-hogy ilyenkor a HKA második lépcsőjét nem telepítették, mindazokat a betegeket, akik hosszabb ideig tartó gyógyításra szorultak — az elsődleges specializált segélynyújtást követően — a FKA első lépcsőjébe szállították, amely ilyenkor ténylegesen a HKA második lépcsőjének funkcióit látta el (pl. kelet-poroszországi hadművelet, II. Bjelorussz front). (2) Egy másik változat szerint a specializált segélynyújtás hadsereg-alárendeltségű mozgókórházakból és fronttípusú kórházakból (szakosított kiürítő kórházak) szervezett, a front alárendeltségében működő egységes kórházcsoportban folyt („hadseregek közti kórházbázis”). A hadművelet folyamán a betegeket a mozgókórházakból a kiürítő kórházak vették át és így biztosították az előbbieket felhasználását a hadművelet további időszakában (3. Bjelorussz front). (3) A harmadik változatban a szakosított segélynyújtást teljes egészében a FKA biztosította. Ennek első lépcsője lényegében úgy működött, mint HKA (pl. I. Bjelorussz front).

Az említett variánsok alkalmazása a mindenkor konkrét helyzetből adódott. A specializált segélynyújtás megszervezésének mindhárom változata eredményesnek bizonyult. Nehézségek csak akkor merültek fel, ha egyes kórházbázisokon belül domináló szerep jutott a kiürítő kórházaknak, amelyeknek szervezete az említett feladatok ellátására nem volt olyan alkalmas, mint a táborig kórházaké.

A hadműveletek során a specializált segély alapvető formáit, vagy (1) teljes értékű kórházcsoportok biztosították, vagy (2) olyan kisebb kórházcsoportok, amelyeken belül a specializált segély valamennyi alapvető formájának biztosításához nem állott rendelkezésre külön-külön gyógyító intézet és ezért egy-egy kórházban a specializált segély különféle fajtáit nyújtották. Például bel- és fertőző betegek ellátása ugyanabban a belgyógyászati mozgókórházban történt, úgy, hogy utóbbiak számára külön (fertőző) osztályt hoztak létre. Ez akkor volt lehetséges és eredményes, ha kevés beteget kellett ellátni. Alkalmanként azonban szükségintézkedésnek számított, amennyiben olyankor is sor került alkalmazására, ha azt a tartalékintézetek hiánya vagy (a szállítóeszközök korlátozott száma folytán) a kórházak előtelepítésének késedelme elkerülhetetlenné tette (Visztula—Oderai-hadművelet). (3) Az is előfordult, hogy a specializált segélynyújtás biztosítására egyes frontokon *többprofilú kórházakat* hoztak létre. (A többprofilú gyógyító intézetek előképei tehát már a második világháborúban megjelentek.) Tömeges betegáramlás esetén ez a megoldás a szakosított ellátás színvonalának csökkenésével járt együtt, mert a kórházak akkori szervezete a specializált segély nyújtását még megerősítő csoportok felhasználása esetén sem biztosította megfelelő mértékben.

A háború második szakaszában tökéletesítették a vérellátó szolgálatot: ettől az időtől kezdve központilag látták el a frontokat vérrel és vérkészítményekkel. A frontok egészségügyi csoportfőnökségei, a hadseregek egész-

ségügyi osztályai és a kiürítő központok parancsnokságai mellett vérellátó osztályokat szerveztek. Az egészségügyi népbiztosság mozgó vérellátó állomásokat hívott életre azzal a feladattal, hogy tevékenységüket a hadművelleti területen folytassák. Az ország vezető intézetei és legnagyobb vérellátó központjai főleg a frontok és a hátszág katonai kórházbázisai számára termeltek. Fellendült a transfuziológiai kutatómunka. Bagdaszarov, Vinograd-Finkel, Kiszeljov, Filatov és mások újabb módszereket dolgoztak ki a vér hosszabb ideig történő tárolásának lehetővé tételére, vérpótló folyadékok tökéletesítésére, és fejlesztették a katonai vérellátó állomások szervezeti formáit. Nagy figyelmet fordítottak a donor-mozgalomra. Ennek köszönhető, hogy a hadsereg egyedül 1943-ban mintegy 250 000 liter konzervvérhez jutott.

Az egészségügyi szervezés és harcászat területén általánosították az egészségügyi osztályozás és a hátraszállítás terén szerzett tapasztalatokat (A. Sz. Georgievskij, I. M. Csernyak, Ja. N. Kricsevszkij), kidolgozták az egészségügyi szolgálat tervező-szervező munkájának racionális módszereit (A. A. Sosin, I. Sz. Zalkind), tisztázták az ellentámadás egészségügyi biztosításának problémáit (felhasználva a volgai és a kurszki csaták tapasztalatait). Az akkor kidolgozott elméleti tételek képezik az alapját az ellentámadás egészségügyi biztosítására vonatkozó mai korszerű elképzeléseknek. Ezek néhány jellemző vonása: (1) A hadművelleti szünet hiánya vagy az előkészítő időszak rendkívül rövid volta; (2) az ellentámadás egészségügyi biztosításának előkészítése a védelmi hadművelet alatt; (3) a támadásban levő ellenséges erők hadművelési felépítésének sajátosságai; (4) a kórházbázisok nagy megterheltsége és jelentős leszakadása az ellentámadás megkezdésekor és (5) a gyógyító intézetek csekély tartaléka. Ilyen körülmények között az egészségügyi biztosítást a védelmi hadművelet megkezdése előtt *egyidőben, egyszerre* kellett megtervezni a védelmi hadművelet és az ellentámadás időszakára. A kórházbázisokat úgy kell telepíteni, hogy azok áttelepítés nélkül egyaránt biztosítsák a védelmi és a támadó hadművelet egészségügyi ellátását. Ennek érdekében a front és a hadseregek egészségügyi szolgálatának szoros együttműködésére („hadseregek közti kórházbázisok”) és megfelelő tartalékok készítésére van szükség.

A felszabadulás utáni években a tábori belgyógyászat további fejlődése a háborús tapasztalatok elemzésével és általánosításával indult meg. Hazai fejlődésének alapját a Nagy Honvédő Háború tapasztalatainak megismerése és viszonyainkra való alkalmazása képezte. Nagyrészt ez alkotta hazánkban a tábori belgyógyászat első fejlődési szakaszának tartalmát. Ugyanerre az időre esik „A Katonai orvostudomány enciklopédiájának” és „A katonai orvostudomány tapasztalatai a Nagy Honvédő Háborúban” című 35 kötetes, nagyszabású kiadványnak a megjelenése a Szovjetunióban. Ez utóbbi munka 21—24. és 27—30. kötetei foglalják össze a tábori belgyógyászat addig elért eredményeit és tárgyalják annak új fejezeteit (a sebesültek belgyógyászatát, a betegségek sajátosságait háborús körülmények között, stb.) is.

A mérlegkészítés eredménye az alábbi volt: A tábori belgyógyászat szervezeti tekintetben — a háborúk történetében először — a Nagy Honvédő Háború folyamán vált a betegellátás egységes rendszerévé, s ez egybek mellett lehetővé tette a tábori körülmények között folyó gyógyító munka eredményes végrehajtását. Az egészségügyi biztosítás (s ezen belül a belgyógyászati ellátás) annak idején korszerűn bízserében azon-

ban — éppen a tudomány és technika akkori színvonalának korlátai következtében — egy sor hiányosság is felszínre került: (1) A sebesültszállító eszközök kis hatósugara és teljesítőképessége elkerülhetetlenné tette a sebesültek sokszakaszos hátraszállítását. A kiürítésre kerülők többsége — a csapathadtáp kiürítési szakaszait nem számítva — 4–5 kórházcsoportot vagy még többet is kénytelen volt megjárni, míg a végleges ellátást biztosító kórházba került. Az egészségügyi veszteség 35–40%-ának gyógyítása a hárorszámban fejeződött be. A segélynyújtás és a gyógyítás folyamata túlságosan felaprózódott, a hátraszállítás útvonala rendkívüli mértékben megnyúlt, s mindez nem maradhatott hatás nélkül a sérült (beteg) állapotára és sérülése (betegsége) kimenetelére. Csak a háborút követő évek tudományos (antibiotikumok, antidotumok, lyophilizált plasma, stb.) és technika fejlődése (a korszerű szállítóeszközök megnövekedett sebessége, hatósugara, kíméletessége és kapacitása — mindenekelőtt a helikopterek és más légi szállító eszközök) — teremtette meg a gyógyító-kiürítő ellátás rendszerében az annak idején még elkerülhetetlen sokszakaszosság kiküszöbölésének lehetőségét. (2) A Nagy Honvédő Háború tapasztalatai élesen világítottak rá az egészségügyi erők és eszközök mozgékonyságának jelentőségére. A megfelelő manőverképességet csak abban az esetben lehetett elérni, ha a gyógyítóintézetek megfelelő hányadát olyan mozgókórházak alkották, amelyeknek önszállító kapacitása lehetővé tette az intézetek egy fordulóval végrehajtható áttelepülését. Ebben az irányban nagy erőfeszítések történtek és ha 1942. január elején a mozgókórházak aránya a hadsereg- és frontkórházakon belül mindössze 9,1%-ot tett ki, úgy a háború végére ez az arány már az egész ország kórházállományán belül elérte a 27%-ot. A háború folyamán a tábori mozgókórházak száma annyira nőtt, hogy már nemcsak a hadsereg, hanem a fronteszközei között is jelentős tényezőt képviselt (frontalárendeltségű tábori kiürítő központok!), (3) Mindinkább kitűnt a háború éveiben a légi hátraszállítás fontossága. Ennek jelentőségét nemcsak az adta meg, hogy a légiúton kiürítésre kerülők közvetlenül a számukra szükséges kórházakba kerülhettek, hanem az is, hogy hátraszállíthatták azokat a súlyos sérülteket, is, akik a gépkocsi-szállítást nem viselték volna el, illetőleg akiket szállíthatatlannak kellett minősíteni. Ezeknek a csapathadtápban való visszatartása egyébként is rendkívül hátrányosan befolyásolta a segélyhelyek előremozgását és munkájuk folyamatosságát. (4) Igen fontos befolyásoló tényezőnek bizonyult a megfelelő tartalékképzés. A háború éveiben ezért arra törekedtek, hogy a hadműveletek előkészítő időszakában minél inkább növeljék az egészségügyi tartalék nagyságát. A Nagy Honvédő Háború harmadik periódusában a kórházi ágyaknak legalább 30–40%-át, sokszor a felét tartalékolták arra a célra, hogy a hadművelet folyamán a gyógyító-kiürítő feladatok folyamatos megoldását lehetővé tegyék. A kórház-tartaléknál nem kevésbé fontosnak bizonyult a szállítóeszközök, a gyógyszerek-kötszerek és egyéb anyagok tartalékolása. (5) A szakorvoshiány következtében a háború első időszakában még nem volt biztosítható a mozgékony egészségügyi megerősítő alakulatok (szakorvosi megerősítő századok, stb.) kellő száma. A nehézségeket vagy úgy hidalták át, hogy (a) széles körben használták fel az éppen tartalékban lévő kórházak szakorvosait nem-szervezetszerű megerősítő orvoscsoportok létrehozására, vagy úgy, hogy (b) a kiürítő kórházak terhére mozgó szakorvosalegységeket hoztak létre, amelyeket sátrakkal, szállítóeszközökkel, egészségügyi felszereléssel láttak el, hogy alkalmassá váljanak szakorvosi segélynyújtására és a szállíthatatlanok ellátására. Korszerű hadműveletekben a

mozgó egészségügyi alakulatok jelentősége várhatóan még inkább meg fog növekedni és számuk (arányuk) növelésének szükségessége egyre nyilvánvalóbbá válik. (6) A mozgó egészségügyi szervezetek helyettesíthetőségének (egységesítésének) elve a Nagy Honvédő Háború gyakorlatában egyértelmű igazolást nyert. Ennek az elvnek nem kellő érvényesítése a háborút megelőző időszakban, jelentős nehézségeket okozott a háború folyamán, különösen a tábori mozgókórházak és a kiürítő-kórházak közös manővereinek szervezésekor. A teljes egységesítésnek természetesen határt szab az egyes intézetek eltérő feladata, de az eszközök (segélyhelyek, kórházak) jelentős részének egységesítése — legalábbis az egyforma típusú tevékenységet folytató egészségügyi intézeteké — elkerülhetetlen szükségszerűség. A specializált segínyt nyújtó intézetek egységesítésének elve és az intézetek sajátosságainak figyelembe vétele (specializált szakorvosi megerősítő csoportok felhasználása megfelelő felszereléssel) nem zárja ki egymást (D. D. Kuvsinszkij, és A. Sz. Georgievcszkij, 1968). (7) Különös jelentőségre tett szert a véradoszolgálat megszervezése a konzerv-vér és vérpotló folyadékok biztosításában. A háború éveiben kidolgozott egységes transfúziós elvek a véradozmozgalom későbbi fejlődésének alapjául szolgáltak. (8) A sebesültek betegségének fogalma már a múlt század folyamán megjelent. „A sebesülés az egész szervezetet megbetegíti — írta Pirogov a 19. század 60-as éveiben — éspedig sokkal nagyobb mértékben, mint ahogyan azt általában gondolják.” Sebesz létére ő írta le először a sebesültek albuminuriáját és bélhurutját, gümőkórjuk sajátos lefolyását, a sérültek tüdővérzésének klinikumát stb. Botkin is sokat foglalkozott a sebesülések belgyógyászati szövődményeivel és a sebesültek betegségének korai tünettanával. Ő hívta fel a figyelmet arra, hogy a sebesülttel úgy kell foglalkozni, mint beteggel és „a katonarvosnak egyaránt jól kell értenie a sebészethez és a belgyógyászathoz”. Az első világháborúban már világosan kifejtették, hogy a sebesült nemcsak sebészeti beavatkozásokra, hanem átgondolt belgyógyászati kezelésre is szorul (M. V. Csernoruckij, V. I. Glincsikov, N. N. Szavickin, N. I. Ragoza, O. V. Kondratovics és mások). A probléma igazi jelentőségét azonban csak a 30-as években ismerték fel teljes nagyságában (M. N. Achutyin). A Nagy Honvédő Háborúban a belgyógyászok részvétele a sebesültek gyógyításában egyre nagyobb szerephez jutott és kitűnt, hogy a gyogyeredmények alakulásában a sebész és a belgyógyász együttműködésének rendkívül nagy jelentősége van. A tapasztalatok általánosítása során a tábori belgyógyászat új fejezettel („A sebesültek belgyógyászata”) bővült. (Tömegpusztító fegyverek bevetése esetén a harci sérültek betegségének — s ezen belül a profilaxis, a diagnosztika és a terapia kérdéseinek — jelentősége még tovább növekszik. (9) A háborús tapasztalatok bebizonyították, hogy a katonai belgyógyászok feladatai nem merülhetnek ki a betegek gyógyító-kiürítő ellátásának megszervezésében és végrehajtásában. A környezeti feltételeknek rendkívül nagy szerepük van a különféle betegségek morbiditásának megváltoztatásában (növelésében és csökkentésében egyaránt), a klinikai kép és a lefolyás módosításában és a betegség therapiás befolyásolhatóságában is. Nyilvánvalóvá vált, hogy ezeknek a kérdéseknek a tanulmányozása háborús időkben a katonai belgyógyászok alapvető kötelességei közé kell hogy tartozzék. „A megbetegedések háborús sajátosságai” a tábori belgyógyászat diszciplinájának integráns részévé vált. (10) Már az 1939/1940-es szovjet—finn háború is élesen vetette fel a belgyógyászati tevékenység magas színvonalú vezetésének kérdését. A tapasztalatok

talatok alapján a front egészségügyi szolgálatának főnöke mellett konzultatív tanácsot hívtak életre leningrádi orvosprofesszorokból (Lang, Arinkin, Krilov és mások). E tanács irányította a belgyógyászati ellátást, amelyet már ebben az időben is elég széles értelemben (sebesültek belgyógyászati ellátása) folytattak. A Nagy Honvédő Háború kezdetén szervezték meg a főbelgyógyászok státuszait. 1941. augusztus 19-én nevezték ki a szovjet fegyveres erők első főbelgyógyászát M. Sz. Vovszi személyében. (11) Az egészségügyi szolgálat vezetőinek és a belgyógyászoknak háborús tapasztalata érlelte meg azt a gondolatot, hogy szükség van a tábori betegellátás egységes szervezetének kiépítésére. A tábori belgyógyászat feladatait is csak a háború elején fogalmazta meg Szmirnov, a Vörös Hadsereg egészségügyi szolgálatának akkori vezetője. A Nagy Honvédő Háború kitörése az átszervezés időszakában érte a Vörös Hadsereget és a tervek nagy részének realizálására ezért csak a háború folyamán került sor. Ekkor azután nemcsak a tervezett fejlesztést hajtották végre, hanem a tapasztalatok alapján még továbbiakat is. (12) A háborús tapasztalatok meggyőző erővel bizonyították, hogy a gyógyítómunkát az orvostudomány és az orvosi gyakorlat legújabb eredményeinek figyelembevételével kell megszervezni. Ezért a háború folyamán a kutatómunka folytatása és a tapasztalatok gyűjtése egyre rendszeresebbé vált. A tapasztalatcserét a frontok és a hadseregek belgyógyászainak tudományos konferenciái biztosították. A tapasztalatok általánosításában fontos szerepe volt az egészségügyi főcsoportfőnök mellett működő tudományos tanács plenáris üléseinek, az orvosi folyóiratoknak és más tudományos kiadványoknak.

A tábori belgyógyászat háború utáni fejlődésének második szakaszát az jellemezte, hogy megkezdődött a diszciplína jelentőségének gyökeres átértékelése.

Ismeretes, hogy a katonai orvostan fejlődését meghatározó egyik legfontosabb tényező a hadtudománynak, a haditechnikának, a hadsereg szervezeti felépítésének és a hadműveleti művészetnek fejlettségi színvonala. A háború utáni években pedig éppen ezen a területen forradalmi változások következtek be. A 40-es évek végén az Amerikai Egyesült Államok hadseregét, később pedig más kapitalista országok fegyveres erőt is magfegyverrel, majd más tömegpusztító fegyverekkel szerelték fel. Ez a körülmény a szocialista országokat megfelelő ellenlépések megtételére kényszerítette. A tömegpusztító fegyverek megjelenése gyökeresen megváltoztatta az egészségügyi szolgálat háborús tevékenységének feltételeit. A modern háború pusztító hatása össze sem mérhető a korábbi háborúkéval. Az egészségügyi veszteség az addiginak többszörösére növekedhet. A tömegpusztító fegyverek megjelenésével új típusú harci sérülések tömeges előfordulásával kell számolnunk. Megváltozik az egészségügyi veszteség jellege, szerkezete, a sérülések súlyossága. A harci sérülések között a fő helyet az égés, a sugárbetegség, a különféle kombinált sérülések, a belső szervek zárt sérülései, a vegyi anyagok, illetőleg biológiai agensek okozta mérgezések és fertőzések, stb. foglalják el. Bonyolultabbá válik az osztályozó-diagnosztikai munka, idő- és munkaigényessé a terápiás tevékenység. Jellemző vonása lesz a gyógyítómunkának a különféle szakorvosok állandó és szoros együttműködése. Ilyen körülmények között a belgyógyászok szerepe és a tábori belgyógyászat jelentősége rendkívüli mértékben megnő. Ez főképpen annak következménye, hogy (1) az egészségügyi veszteség számottevő hányadát a szoros értelemben vett belgyógyászati profilú harci sérültek alkotják, (2) hogy a belgyó-

gyászok állandó részvétele *valamennyi* kombinált sérült osztályozásában és gyógyításában nélkülözhetetlenné válik és 3) a sebesültek (égettek) betegsége a rakéta-nukleáris háborúban a prognózis fontos tényezőjévé lett. Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a belgyógyászok munkájára nemcsak a betegek és a belgyógyászati típusú harci sérültek, hanem az egész egészségügyi veszteség ellátásában számítani kell. Az előző háborúktól eltérően — írja Kuvsinszkij — most a belgyógyászoknak nemcsak a hagyományos betegekkel és a sebesülések szövődményeivel kell foglalkozniuk, hanem a harci sérültek tömeges áramlása esetén részt kell venniük a segélynyújtás és gyógyítás valamennyi formájának szervezésében és végrehajtásában. Ennek következtében a korszerű háborúban a harci sérültek gyógyításában a belgyógyászoknak már nemcsak segítő szerepük van, hanem rájuk vár a fegyveres erők hatékony egészségügyi ellátásában a fő feladatok egyikének végrehajtása is. Szerepük a régebbihez képest összehasonlíthatatlanul megnőtt (D. D. Kuvsinszkij, 1971).

A tábori belgyógyászat feladatait jelenleg a következőkben lehet összefoglalni: (1) a betegellátás szervezeti formáinak tökéletesítése, (2) a tömegpusztító fegyverek által okozott kóros folyamatok pathogeresisének, korai diagnosztikájának, klinikumának, megelőzésének és gyógyításának tanulmányozása, (3) a sebesültek (égettek, contusiót szenvedtek, stb.) belgyógyászatának művelése, mindenekelőtt pedig a kombinált sérülések sajátosságainak kutatása, (4) a betegségek háborús sajátosságainak tanulmányozása, a prophylaxis és therapia korszerű eredményeinek alkalmazása, (5) a katonai szolgálattal összefüggő egészség-károsodások vizsgálata, a megelőzés és gyógyítás módszereinek tökéletesítése, (6) az orvostudomány legújabb eredményeinek alkalmazása, illetőleg tábori körülmények közötti alkalmazhatóságának vizsgálata, és (7) a tábori belgyógyászat oktatása.

A tábori belgyógyászat háború utáni fejlődésének harmadik szakaszát a belgyógyászok előtt álló új feladatok tudományos megközelítése, a tömegpusztító fegyverek okozta egészségügyi károsodások tanulmányozása, a gyógyító-kiürítő ellátás korszerű módszereinek kidolgozása és a szervezeti feltételek fokozatos megteremtésének előkészítése jellemzi. A tábori belgyógyászat fejlődésére a tömegpusztító fegyverek megjelenésén kívül a haditechnika forradalmi átalakulása egyéb tekintetben (elektromágneses erők hatása, üzemyanyagok toxicológiája, az új technika támasztotta megváltozott élettani követelmények, stb.) is hatást gyakorolt.

A kutatómunkát, illetőleg annak eredményét a jelen időszakban elsősorban az alábbi sajátosságok jellemzik: (1) új tudományágak (radiobiológia, sugárhaematológia, stb.) kialakulása, illetőleg „tradicionális” tudományágak (egészségügyi szervezés és harcászat, tábori belgyógyászat, repülőorvostan, stb.) új tartalommal való bővülése, (2) a kutatómódszerek átalakulása (a háborús tapasztalatok elemzése és általánosítása mellett a tapasztalati-kísérleti módszerek fokozatos előtérbe kerülése, a gyakorlatok szervezésének és lefolytatásának változása, komplex-kutatások szervezése, amelyekben különböző profilú szakemberek közösen vesznek részt), (3) korszerű elektronikus számítógépek, illetőleg a kibernetika mind szélesebb körű felhasználása.

Az ellátási elvekben bekövetkezett változások legjellemzőbb vonásait a következőkben lehet összefoglalni: (1) a hátországba irányuló tömeges hátraszállítás gyakorlatától eltérően egyre inkább az a tendencia kezd érvényesülni, hogy a harci sérültek és betegek túlnyomó többsége a hadműveleti

területen települt kórház-bázisokon részesüljön végleges gyógyításban és a hátsó ország kórházaiba csak azok a sérültek (betegek) kerüljenek, akiknek igen hosszú ideig tartó kezelésre van szükségük, illetőleg akiknél nincs remény arra, hogy gyógyulásuk után ismét harcképesé váljanak, (2) a kiürítés megszervezése során arra kell törekedni, hogy a „sokszakaszosságot” a lehetőség határáig csökkentjük és biztosítsuk, hogy a sérültek (betegek) minél előbb arra a kiürítési szakaszra kerüljenek, amelynek kórházaiban teljes terjedelmű egészségügyi ellátást lehet biztosítani számukra, azaz gyógyításuk ott fejeződik be, ahol eredetileg specializált segélynyújtásban részesültek. A hátsó országban gyógyítandó sérültek és betegek — a hosszabb ideig tartó hátraszállítást figyelembevevő gondos előkészítés után — közvetlenül a hátsó ország kórházaiba üritendők ki, (3) A korszerű tömegpusztító fegyverek hatásának egészségügyi következményei egyidőben, tömegesen és sokszor olyan gyorsan alakulnak ki, hogy az életmentő elsősegélyt egyedül az egészségügyi szolgálat erői és eszközei nem képesek biztosítani. Ennek következtében elengedhetlenné vált az egész személyi állomány megfelelő egészségügyi alapkiképzése. Ennek célja, hogy biztosítsa: minden harcos legyen képes a gyors és szakszerű elsősegélynyújtásra önmaga és harcostársai számára. Az egészségügyi kiképzésnek nemcsak az erre a célra biztosított órákon kell folynia, hanem az egész kiképzés szerves részét kell alkotnia („komplex foglalkozások, gyakorlatok”). (4) Jellemző vonása a felszabadulást követő időszakban bekövetkezett fejlődésnek a katonai és polgári egészségügy szoros kapcsolatának és együttműködésének további elmélyülése, amely tevékenységük számos területére kiterjed. (5) A kiképzésben és továbbképzésben a háború utáni fejlődést jól jellemzi, hogy (a) az egészségügyi gyakorlatok szervezése nemcsak kiképzési célból, hanem a katonaorvosi kutatómunka elősegítése és az elméleti tételek gyakorlati ellenőrzése céljából is történik. Egyre nagyobb szerepet kapnak a komplex gyakorlatok. (b) Az orvosok és más egészségügyi szakemberek képzésének és továbbképzésének tervszerűsége fokozódott. A tervek tekintetbe veszik a különféle profilok, így a tábori belgyógyászat és határterületei speciális szükségleteit is.

A tábori belgyógyászat rendszeres oktatása a világon elsőként a Szovjetunióban kezdődött 1943-ban, a Katonaorvosi Akadémia parancsnoki fakultásán. 1946 óta az oktatás az Akadémia minden fakultásán folyik. Kezdetben az általános belgyógyászati tanszékeken adták elő, 1955-től pedig önálló tábori belgyógyászati tanszéket szerveztek. A polgári egyetemek katonaorvosi fakultásának a tábori belgyógyászat egyik alapvető tantárgya lett, sőt 1947-től a polgári egyetemek valamennyi hallgatója számára kötelező diszciplína a belgyógyászati oktatás keretén belül.

I R O D A L O M

Kuvsinszkij, D. D. és Georgievskij, A. Sz.: Ocserki isztorii szovjetszkoj vojennoj megyicini. Medicina, Leningrád, 1968. — *Molcsanov, N. Sz.:* és *Gembickij, Je. V.:* Vojerno-polevaja terapija, VMA Sz. M. Kirova, Leningrád, 1971. *Szmirnov, Je. I.:* Enciklopedicseszki szlovarj vojennoj megyicini. 5. kötet, G. I. Med. Lit., Moszkva, 1948. *Vovszki, M. Sz. et al.:* *Terapija.* In: *Opit. Szovj. Med. v VOV 1941—1945,* 21—24. és 27—30. kötet. Medgiz, Moszkva, 1949—1953. *Werner, G. et al.:* Innere Militärmedizin. Militärverlag der DDR, Berlin, 1974.

Бернат И., полковник м/с:

РАЗВИТИЕ ПОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ СО ВРЕМЕНИ ОСВОБОЖДЕНИЯ

Полевая терапия является одной из самых молодых отраслей военной медицины. В основе ее развития после освобождения лежали анализ и обобщение опыта второй мировой войны. Из-за революционного преобразования военной техники, в первую очередь вследствие появления оружия массового уничтожения, значение полевой терапии чрезвычайно возросло, а возможности ее все расширяются новыми достижениями медицинской науки. В условиях ракетно-нуклеарной войны, пораженные терапевтического профиля составляют значительную часть санитарной потери. Кроме того, задачи терапевтов при таких условиях не ограничиваются лечением пораженных терапевтического профиля, больных и раненых. Деятельность их распространяется на медицинское обеспечение всей санитарной потери.

Prof. Dr. I. Bernát, Oberst des Med. Dienstes, Doktor der Med. Wissenschaften:

ENTWICKLUNG DER INNEREN MILITÄRMEDIZIN SEIT DER BEFREIUNG UNGARNS

Die Innere Militärmedizin ist einer der jüngsten Zweige der Militärmedizin. Als Grundsätze ihrer Entwicklung nach unserer Befreiung dienten die Analyse und Generalisierung der Erfahrungen des zweiten Weltkrieges. Infolge der revolutionären Veränderung der Kriegstechnik, vor allem der Erscheinung massenvernichtender Waffen, hat ihre Bedeutung, bzw. einhergehend mit der Entwicklung der Medizin ihre Möglichkeiten außerordentlich zugenommen. In einem raketen-nukleären Krieg wären die Kriegsverletzten internistischen Profils einen bedeutenden Anteil der sanitären Verluste bilden. Aufgaben der Feldinternisten werden sich nicht nur auf die Heilung der Kriegsverletzten fernerhin der internistischen Kranken sowie die Krankheiten der Verwundeten beschränken. Ihre Tätigkeit wäre zur Betreuung des ganzen sanitären Verlustes erforderlich.

CONFERON^R

kapszula

HAEMOPOETICUM

ÖSSZETÉTEL:

Kapszulánként 250 mg Ferrum sulfuricum oxydulatum (= 50 mg elemi vas) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Bármilyen eredetű vashiány-anaemia; acut és chronikus vérzések után, vas-veszteség következtében kialakuló hypochrom anaemiák; terhességi és gyermekágyi hypochrom anaemiák; valamint fertőzések utáni, illetve a táplálkozással összefüggő vashiányos anaemiák esetén felnőtt- és gyermekkorban egyaránt.

Vasfelszívódási zavar következtében kialakuló hyposiderosis (pl. gyomor-resectio után), latens hyposiderosis, valamint a véradók hyposiderosisa. Essentialis hypochrom anaemiák (pl. fogamzóképes korú nők vashiányos anaemiája). Anaemia perniciosus specifikus terápiájának kiegészítése. Vashiány következtében létrejött bőr és nyálkahártya károsodások (pl. rhinitis atrophicans (caena), rhagadok, ulceratiók).

ADAGOLÁS:

A ferro-sók adagját úgy kell megválasztani, hogy a beteg kúraszerű adagolással megfelelő mennyiségű elemi vasat kapjon.

Átlagos adagja felnőtteknek és serdülőkorúaknak naponta 2–3-szor 1 kapszula (100–150 mg elemi vas).

Gyermekek adagja 3–6 éves korban (14–20 kg között) napi 1 kapszula (50 mg elemi vas), 7–12 éves korban (20–35 kg között) napi 2-szer 1 kapszula (100 mg elemi vas). Csecsemő- és kisdededkorban napi 1–2-szer 1/4 kapszula (12,5–25 mg elemi vas) tartalmát kávéskanálnyi szirupban (pl. málnában) adagoljuk. A kapszulát főétkezések után, szétrágás nélkül egészben kell lenyelni. Csecsemők és kisdededek részére történő alkalmazása csak akkor ajánlatos, ha a kapszulák tartalmának a szükséges adagokra történő pontos és szakszerű szétosztása biztosítva van.

A kúraszerű adagolás időtartama latens hyposiderosisban általában 6–8 hét, vashiányos anaemiákban (az állapot súlyosságától függően) 2–3 hónap.

Anaemiás gyermekek részére történő vaskezelés javallata esetén, figyelembe kell venni a gyomor sósav viszonyát, valamint a C-vitamin (esetleg a folsav) szükségletet.

MELLÉKHATÁSOK:

Szedése során gyomor-bélpanaszokat, fejfájást, szédülést, túladagolás esetén haemosiderosist okozhat. A bélsár a keletkező vaskénegtől fekete, erre helyes a beteget előre figyelmeztetni.

A kezelés közben keletkezett esetleges dyspepsia, hasmenés felléptekor a vaszedését átmenetileg el kell hagyni.

FIGYELMEZTETÉS!

Tetracyclin-féleségekkel együtt adni nem tanácsos, mivel chelatképződés miatt a vas resorptiója erősen gátolt.

A gyógyszerzert gyermekektől elzárva kell tartani.

CSOMAGOLÁS:

50 db à 0,25 g kapszula. Ára: 37,50 Ft

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.