

BESZÁMOLÓK

Beszámoló az Angol Égési Társaság XVI. konferenciájáról

(Newcastle-upon-Tyne, 1983. IV. 6—8.)

Az angol égési konferenciák jelentőségét az adja, hogy Európában az égéskezelés a háború után Birminghamból indult ki. Az angol égéskezelés és kutatás azóta is a világ élvonalában halad, és sok vonásban higgadtabb irányzatot képvisel, mint az amerikai, mely e szakmában a másik nyugati vezető állam.

A konferenciát megelőző napon, különböző angol egyetemekről meghívott reprezentánsok az égési sérülés kezelésének főbb kérdéseiről (sokkaltalánítás, műtéti kezelés, légúti szövődmények, higiénias rendszabályok) összefoglaló, továbbképző előadást tartottak.

A konferencián mintegy 120 szakember vett részt, legtöbbször az összes előadást meghallgatta. Az előadások 20 perces időtartamban hangzottak el, ezt minden esetben diszkusszió követte. A hozzászólókat nem befolyásolta az előadó személyes tekintélye vagy az intézmény presztízse. Ennek következtében több ízben éles vita alakult ki és néhány esetben az előadó, egyes részletekben, álláspontjának feladására kényszerült. Az üléslézők kérlelhetetlenül betartatták a megadott időt, s így a program zavartalanul folyt. A diapozitívek vetítése, a hangosítás és általában a program szervezése mintaszerű volt.

A konferencia tudományos programja négy kérdéscsoportra bontható:

1. Az égésbetegség belgyógyászati jellegű kezelésével foglalkozó előadásokban a szív- keringési rendszer funkciózavarainak felismeréséről és az anyagcserezavarokról esett szó. Az előadottak közül figyelemre méltó az égettek diabétoid cukorterhelési görbéje és más kóros paraméterek háttérben az esetek zömében nem a sérülés kapcsán manifesztálódó latens cukorbetegség előfordulása, hanem a stressz által kiváltott hyperglycaemia (pseudodiabetes) fennállása. A sebészi gyógyulás nem jelenti egyúttal a szénhidrátanyagcsere rendeződését is. Magas kalória- és cukortartalmú táplálás — meglepő módon — csökkentette a cukor-intoleranciát. Ennek a tapasztalatnak a sérültek táplálása és utógondozása, illetve minősítése szempontjából van jelentősége. Kiemelem továbbá azt a tényt, hogy a májműködés zavarainak kóriszmzésére ma nem ismeretes kellően objektív — átfogó — paraméter.

Számottevő megállapítás volt — az állatkísérleti eredményekkel egybevágó — az a klinikai tapasztalat, mely szerint az égési sérülést követő szív-működési zavar (elsősorban a systole volumen csökkenése) megelőzi a keringő volumen csökkenését. Ennek jelentőségét a szaksegély tartalmára nézve mérlegelni lehet.

2. Az égési seb műtéti kezelését illetően a konferencián alapvetően új módszerről nem esett szó, részletkérdésekben alakultak ki nézetkülönbségek.

3. Az égési seb kezelésének és égettek általános ellátásának higiéniai vo-

natkozásai közül a kórházi ágyakra vonatkozó vizsgálatok eredménye szerint a ma világszerte optimálisnak tartott, a légpárna elvén működő úgynevezett fluidzed bed a nagy légforgalom ellenére sem növeli szignifikánsan a levegő fertőzöttségét. (Magyarországon a Kun utcai égési osztálynak van és a győri Honvéd Kórháznak várhatóan lesz ilyen ágya. Célszerű lenne a pécsi és a budapesti égési osztályokra is egy-két ilyen ágyat beszerezni.) — A vizsgálatok szerint a hagyományos ágyakon történő ápolás esetén a különösen gyakori lepedőcsere a keresztfertőzések megelőzésének egyik fontos módszere. Ez utóbbi megállapítás a tábori kórházak égési osztályainak szempontjából kelt gondolatokat.

A terápiában ma is nélkülözhetetlen a víz alatti kötésváltás (fürdetés). A kádaknak a keresztfertőzésben játszott szerepét tűrhető szintre lehet csökkenteni a minden egyes beteg után cholorhexidinnel végzett gondos fertőtlenítéssel és teljes kiszáritással. Előfeltétel azonban, hogy a kád rozsdamentes acélból készüljön. (Utóbbi elvet égési osztályaink felszerelésében követnünk kell.)

Az előbbieken ismertetteket a helyi kórház égési osztályának meglátogatásakor a régi épületben megvalósítva is láthattam, nem igényelnek speciális elhelyezési feltételeket.

4. Az alább következő, a Falkland-szigeteken zajlott csatáról szóló beszámoló referálásához az angol tv-ben sugárzott egyórás műsor anyagát is felhasználom.

A szabad előadások közül a helyi háborúk során bekövetkezett égettek ellátásáról elhangzott beszámoló az egész hallgatóság figyelmét felkeltettk.

A *Falkland-szigeti csatáról* szóló referátumában Chapman orvosvezéres a sérültek ellátásáról számolt be.

Összesen 580 sérült került hozzájuk, közülük harci sérült volt 537: 112 égés, 70 lövészarokláb, 270 lött- és szilánksérülés, valamint 85 egyéb trauma. A fennmaradó 43 sérülés a katonai (harci) cselekményekkel speciálisan *nem* összefüggő baleset volt.

A sérülteket az első szaksegély után — lehetőleg — helikopterrel a kórházhajóra szállították, más esetekben az orvosi kötöző (vagy főkötöző) helyen látták el (ezek az ESH, illetve OSH-nek felelnek meg). Az előadó megjegyezte, hogy a kis helikopterek nem bizonyultak gazdaságosnak, a jövőben a sérültek szállítását nagyobb befogadóképességű helikopterekkel javasolja végezni.

A sokktalanításhoz 2 literes műanyagpalackokat alkalmaztak. Az infúzióhoz használt véna — a képeken láthatóan — általában a csukló vagy könyökvéna volt. A segélyhelyeken felállított sátrak berendezését a tágas mozgásterek jellemezték. A sebllátási, illetve életmentő műtéteket végző orvosok műanyagkötényt, gumikesztyűt, sapkát és orrmaszkot viseltek (de fehér köpenyt nem). Az osztályozóban és másutt is a sérültek várakozására 2 hordágy egymás feletti elhelyezését biztosító, könnyű (fém) állványok szolgáltak. Ugyanez az állvány a felső tartókeret lesüllyesztésével kötöző- műtőasztallá alakítható át. A műtétekhez egygős műtőlámpák szolgáltak.

Nem számítottak jelentős arányban előforduló égésekre, ezért csak egy fő sebész volt a harcoló csapatok egészségügyi szolgálatában, aki égések ellátásában gyakorlott volt. Ebből következően viszonylag kevés — a lehetségesnél kevesebb — korai műtetet végeztek. Az égettek zöme egyébként a Sir Callaghan nevű hadihajót ért találat kapcsán sérült, s legtöbb esetben az égés szilánksérüléssel társult. A megszokott egyedi infúziós terápiára az első napokban a

tömeges ellátás miatt nem volt lehetőség, a folyadékpótlás alapjául a haematokrit szolgált és a sokktalanítás Dextrán 70-nel történt.

Shafir dr. az 1982. évi izraeli—libanoni háború harckocsi égettjeinek ellátásáról számolt be. A sérültek többsége kombinált (szilánk+égés) sérülést szenvedett. Figyelemre méltó, hogy míg az 1973. évi közel-keleti háborúban a sérültek több mint fele égett meg testének kevesebb mint 10⁰/₀-án, 1982-ben a 10⁰/₀-nál kisebb felületű égések az összes termikus traumának csak 21⁰/₀-át tették ki. Míg viszont 1973-ban a harckocsi sérültek 33⁰/₀-a égett meg, ez az arány 1982-ben 57⁰/₀-ra nőtt. A harckocsiban sérültek (nemcsak égettek) 47⁰/₀-a meghalt. Az égési sérülések jelentős arányban, az összes sérülés 25⁰/₀-ában az arcra terjedtek.

A sérültek 1—3 óra alatt elérték a tábori kórházat és 3—10 óra alatt a végleges ellátást nyújtó bázis (béke) kórházat.

A sokktalanításhoz alkalmazott infúziók 80⁰/₀-a Ringer-laktát-, 20⁰/₀-a kolloid volt. A terápiás eredmények értékelésekor kitűnt, hogy a folyadékpótlás hatékonysága elsősorban a beadott volumentől függ és csak másodsorban az alkalmazott infúziós oldatok minőségétől.

Az első ellátás a sebtörlés után alkalmazott ezüst-szulfadiazin kenőcs (Magyarországon csak nosocomialis szerként használatos) volt, a kezeket nem kötötték be, hanem polietilén fóliába burkolták.

Előadó a kezelés egyik legfontosabb részeként a szájon át bevitt különösen magas kalóriájú tápanyagok (tápszerek) adását említette, a korai, úgynevezett érintőleges kimetszés alkalmazása mellett.

A konferencia anyagának áttekintése alapján úgy vélem, hogy sebészi és belgyógyászati ellátás tekintetében a hazai gyakorlat össz-európai színvonalú. A kellő higiéniai körülmények megteremtésének a munkaerőgondokból fakadó, valamint az általános betegellátási berendezések korszerűsítésének devizális nehézségekből eredő lemaradásunk felszámolása a soronkövetkező feladat.

Dr. Novák János orvos ezredes