

Referátumok

Dunant J. H.:

Triage au poste de secours sanitaire

(Osztályozás a kiürítési szakaszokon — segélyhelyeken)

Schweiz. Z. Milit-Med. 1987, 64, 24.

Az osztályozás a nagy tömegű sérültek ellátásának legfontosabb és legnehezebb feladata. Ezért a legtapasztaltabb — lehetőleg sebész — orvos végezze. Az osztályozást végző személy

- legyen döntésképes,
- érezze felelősségét,
- gyorsan ítélje meg az esetet,
- legyen jó áttekintőképességű,
- rendelkezék alapos szakmai felkészültséggel.

Álláspontját az egészségügyi taktikai helyzet és a sérült állapota alapján alakítja ki. Utóbbinak tényezői: vitális funkciók, helyi lelet, fájdalom, addig kapott gyógyszerek, a sérült által felvett testtartás.

Az osztályozási döntés az alábbiak figyelembevételével történjék:

- összesített diagnózis,
- a szükséges ellátás jellege,
- életmentő beavatkozások,
- szállíthatóvá tétel,
- a szállítás elakadása esetén szükségessé váló beavatkozások,
- az ellátás várható helye,
- szállítási sürgősség.

Tapasztalat szerint a sérültek 10%-a szorul sürgős kiürítésre, 30%-uk 12 órán belül (II. rendű sürgősség) és 60%-uk 24 órán belül szállítható (III. rendű sürgősség), anélkül, hogy ez további károsodással járna.

Ma úgy tartják, hogy fekvő sérült vizsgálatához legalább 3 perc szükséges, járóbeteg állapotát 1 perc alatt biztonsággal meg lehet ítélni.

Dr. Novák János orvos ezredes

Trouwborst A., Weber B. K., Dufour D.:
 Medical statistics of battlefield casualties
 (Harci sérülések statisztikai adatai)
 Injury 1987, 18, 96.

A thaiföld—kambodzsai határon 1984—1985-ben kiújult a harctevékenység. A khmer csapatok összes sérültjét a Nemzetközi Vöröskereszt által telepített két kórház látta el. A sérülteket itt véglegesen ellátták, továbbszállításra egy esetben sem került sor. A beszámoló itt ellátott 1033 sérült adatait dolgozza fel. Az ellátást 2—3 sebész, 2—3 aneszteziológus, 3—6 műtős asszisztens és 4—10 ápolónő végezte. A nagyobb mértékű sérültáramlás időszakában a kórház 1 orvossal és 3 ápolónővel osztályozó pontot telepített a kórháztól távolabb. A kapcsolatot rádióösszeköttetés biztosította. Az osztályozás a szokásos 4 csoportba sorolásból állt.

A kórházi felvételt követően az anamnézist tisztázták, vérmintát vettek, szükség esetén röntgenfelvételt készítettek, majd minden sérültnek infúziót kötöttek be. Transzfúziót 0,20 alatti hemoglobin érték esetén adtak, egyébként Ringer-laktátot kaptak a sérültek. Antibiotikum terápia egészítette ki az első teendőket. Az anesztáziát intubációval-legeleztetéssel, e nélkül, vagy helyi érzéstelenítéssel biztosították.

49,2%-ban repeszek, 28,4 %-ban aknák és 22,4%-ban lövedékek okozták a sérülést. A sérülések megoszlása (a sérültek százalékában történő előfordulás):

lágyrész	73,0
csont	39,1
mellkas	7,0
has	11,3
agy	2,5
egyéb	3,6

Testtájék szerinti megoszlás (a sérültek százalékában történő előfordulás):

fej	4,6
felső végtag	21,3
alsó végtag	87,1
mellkas	8,9
has	13,6
gerinc	0,8

Mint látható, a sérültek jelentős része többszörösen sérült.

Az elsődleges ellátás tartalma (a sérültek százalékában történő előfordulás):

sebtoalett	73,0
külső fixátor	7,9
csonkolás	13,6 (két csonkolás: 1,7)
mellúr	
megnyitása	2,0
mellúri	
drenázs	4,9
hasúr	
megnyitása	11,3
koponyaűr	
megnyitása	2,5

egyéb	3,6
nem történt	
műtét	0

A halálozási adatok az alábbiak:

összesített	
halálozás	6,4%
lágyrész	
sérülések	2,3%
csontsérülések	32,0%
mellkasi	
sérülések	32,0%
hasi sérülések	25,6%
agysérülések	8,3%

Megjegyzik, hogy a sérültek 48 százalékának két- vagy ennél többféle sérülése volt. A műtétekre vonatkoztatott halálozás adataiból kiugrik a thoracotomia utáni magas arány (71,4% (6)), ezzel kapcsolatban hangsúlyozzák, hogy e beavatkozás 4/5-e thoraco-laparotomia volt.

Dr. Novák János orvos ezredes

Renner H.:

Der Sanitätsdienst in der Fallschirmjägertruppe
(Az ejtőernyős egység egészségügyi szolgálata)
Wehrmedizin und Wehrpharmazie 1986, 10, 93.

Az 1. ejtőernyős hadosztály 3 ejtőernyős brigádjának egy-egy egészségügyi százada van. A hadosztálynak, ellentétben a földi magasabbegységekkel, nincs külön egészségügyi szolgálata.

A brigádok egészségügyi szolgálatát ejtőernyős bevetéshez vagy működés-képtelenné vált segélyhelyek pótlására használhatják fel. Utóbbi esetben az anyag-utánpótlásról az a magasabbegység gondoskodik, melynek alárendelték. Az ejtőernyős egészségügyi alegység (a német: kötőzhely) szállításához két közepes (CH 53) helikopter szükséges. Hat gépkocsival rendelkezik. Az ejtőernyős egység (alegység) sérülteinek hátraszállítása a földi egységek egészségügyi járműveivel történik, míg nem saját járművei megérkeznek.

Az ejtőernyősök földetérésének közelében települt segélyhely csak stabil épületben működőképes, és csak akkor, ha az áram- és vízszolgáltatás biztosítva van. 12—18 óra hosszát képes az egészségügyi anyag utánpótlása nélkül működni. Orvosi állománya: 2 sebész, 1 aneszteziológus, 1 általános orvos. Felszerelésének és a szűkös szállítókapacitásnak figyelembevételével első sebési segélyt nyújt. Ideális esetben már működő szakorvosi segélyt nyújtó kiürítési szakaszhoz csatlakozik.

Különösen a működés gyors megkezdése, a nagyfokú mozgékonyosság és a légi szállításra való gyors felkészülés jellemzi az ejtőernyős zászlóalj egészségügyi szolgálatát. Ezért a kiképzés különösen nagy igénybevételt jelent.

A jelenleg rendszeresített már-már legendás sebesültszállító gépjárműveket (a német: Kraka) korszerűbb, azaz rugózott és ezért nagyobb sebességre alkalmas fedett járművekre tervezik kicserélni.

Dr. Novák János orvos ezredes

Siebertz H.:

Vorbereitungen der Bundeswehrkrankenhäuser auf den Verteidigungsfall
(A Bundeswehr kórházainak felkészülése háborús működésre)
Wehrmedizin und Wehrpharmazie, 1986, 10, 155.

A katonai kórházak felkészülése az NSZK minden kórháza számára szükséges intézkedések mellett speciális teendőket is tartalmaz, mert háborúban a sérült-ellátás központjaivá válnak. A kórházak közül az egyetlen intézménytípust reprezentálják, mely a mozgósítás időszakában is teljes értékű ellátást képes nyújtani. Ennek érdekében szükséges előkészületek:

— katasztrófaterv készítése és a polgári kórházakkal tervezett együttműködés tervének kimunkálása,

— egészségügyi anyagi tartalékok képzése,

— az ágykapacitás növelésének előkészítése,

— a műtői kapacitás növeléséhez a feltételek megteremtése,

— korszerű technológia alkalmazása.

Fel kell készülniük békeidőben tömeges katonai balesetek ellátására, valamint segítségnyújtásra (bekapcsolódás), ha nagyszámú polgári sérült ellátása válik hirtelen szükségessé. Az NSZK katasztrófa tervében katonai kórházak felhasználása is szerepel. A nagyobb katonai kórházakban sürgősségi brigádokat szerveztek, kórházanként 1 sokktalanító, 2 sürgős sebészi segélynyújtó és 1 belgyógyászati brigádot.

A Bundeswehr kórházai szorosan együttműködnek a polgári intézetekkel. Az ulmi kórházban működik például az egyetem szájszészeti és bőrgyógyászati klinikája.

Különösen a kiképzés és továbbképzés tekintetében nagyok a feladatok: egészségügyi tisztek (orvosok), tiszthelyettesek és egészségügyi katonák tanfolyamait szervezik rendszeresen. Ezért rendeztek be például a koblenzi katonai kórházban égési ápolási egységet. A kiképzés célját szolgálja polgári betegek felvétele is.

A kórházi gyógyszerzetárak — néhány kivétellel — a napi ellátás céljára állítanak elő gyógyszereket. Mindegyik számára azonban kötelezően előírták, hogy háborús helyzetben legyen képes a szükséges gyógyszerek előállítására.

Békeidőben összesen 3200 ágy működik a katonakórházakban (további 323 jelenleg nem funkcionál). A tartalék kórházak működésbehelyezéséig puffer feladatot látnak el, kapacitásukat 50%-kal azonnal növelni kell. Ilyenformán mintegy 5300 katonai kórházi ágy állna rendelkezésre. Az ehhez szükséges egészségügyi és egyéb anyagi eszközöket helyben tárolják. A személyi kiegészítés mozgósítás útján történik. Mivel az infrastruktúra, ellentétben a tartalék kórházakkal, jó lehetőségeket biztosít, a katonai kórházak a súlyos sérültek ellátásának zömét vállalják. A műtői kapacitás növelése érdekében

— a nem műtői szakmák osztályait e célra igénybeveszik, a betegeket a tartalék kórházakba ürítik, az orvosok konziliáriusként visszamaradnak,

— szoros kapcsolatot létesítenek a stabil és a tartalék kórházak között, ez az orvosokkal és nővérekkel való manőver, ezáltal a műtői kapacitás növelésének lehetőségét biztosítja,

— megrövidítik a posztoperatív ápolás időtartamát, a sérülteket mielőbb a tartalékkórházakba áthelyezik,

— egyes speciális sérülésformák (pl.: agykoponya sérülések) ellátását egy-egy kórházban koncentrálnak.

A kórházi információs rendszer különösen fontos eszköz a rendelkezésre álló kapacitás minél teljesebb kihasználásában.

Még nem kellően szervezett a személyi kiegészítés, mivel (pl. a műtők) 24 órás működéséhez nem áll rendelkezésre elegendő létszám. A tartalék kórházakkal kialakítandó funkcionális egység e tekintetben is kínál még lehetőségeket.

Dr. Novák János orvos ezredes

Kullmann R.:

Medizinischer C-Schutz in der Wehrmedizin

(Vegyifegyverek elleni védelem)

Wehrmedizin und Wehrpharmazie 1986, 10, 49.

Kémiai harcanyagokat már régóta alkalmaztak a háborúkban, de nagy mennyiségű bevetésükre első ízben az I. világháborúban került sor. A különféle izgató vegyi harcanyagokon kívül még ma is rendszerben levő harcanyagokról volt szó. A körülírt területen mérgezést vagy halált előidézők közé tartozik a foszgén, a mustárgáz, a kéksav és a cian(klorid). Az arzén tartalmú Lewisitet ma már nem tartják alkalmas anyagnak.

Újtípusú csoport az idegmérgeké. E szerves foszforsav vegyületek kémiaiilag a rovar- és gyomirtókhöz hasonlóak, de sokkal mérgezőbbek. A VX típusú vegyi harcanyagok egyetlen cseppje a bőrre kerülve — ha nem mossák le azonnal — halálhoz vezető mérgezést okoz. A Sarin és a Soman meghatározott területen okoz mérgezést, a harcanyag utánpótlás nem jelent problémát.

Sajnos ma még nem lehet előre megmondani, mikor jön létre egy — a világot átfogó — egyezmény vegyi-harcanyagok előállításának tilalmáról és a meglévő készletek megsemmisítéséről. Az NSZK-t érő népellenes vegyi támadás veszélye mindenestre kisebb, ha a védelem és terápia lehetőségei optimálisak. A Bundeswehr egyeztetési ezirányú kutatásait a NATO-országok katona-egészségügyi szolgálataival, és rendszeresen kicseréli tapasztalatait, publikálja az alapvető eredményeket.

A hatásos antidotum megköti és ezáltal hatástalanítja a mérgező anyagot, vagy megvédi a harcanyag támadáspontjával szolgáló szervet, szervrendszert. Jó példa erre az angol Peters által, kormány megbízásból kidolgozott BAL (British Anti Lewisit). Ez volt az első fémmegkötő tulajdonsággal bíró antidotum. Később a háztartási és ipari mérgezések kezelésében történő használata során kitért, hogy zsírdékony vegyület, és így például higanymérgezésben elősegíti a higany behatolását a központi idegrendszerbe. Ezért a BAL (bimercaptopropanol) helyett bevezették a DMPS (dimercaptopropanolsulfonát) használatát.

Egy további oki terápia a pyridiniumoxidok alkalmazása, mivel ezek cholinesterase reaktivátorok. Minthogy a szerves foszforsav vegyületek zöme az acetylcholint bontó cholinesteraset bénítja, megjelentek a pyrimidinumoximok (2—PAM-prolimoxim, Toxogonin-obidoxim) a terápiában. A mérgezés kompetitív antagonistájaként az atropin használható, a kettő együttes alkalmazása kedvező eredményt hozott. A pyridinumoximok azonban a Soman ellen sajnos nem hatásosak.

A kéksav és a cianidok a cytochromoxidase 3 vegyértékű vastartalmával komplex vegyületet képeznek, ezáltal bénítják a sejtlegzést. A magasabb vegyértékű ferrivas a kéksavval és a cianiddal szemben nagyobb affinitást mutat, ilyen vegyülettel tehát a sejtlegzés számára nélkülözhetetlen ferrovas felszabadítható. Ez a felismerés vezetett a Honvédelmi Minisztérium által finanszírozott kutatás során a dimethylaminophenol (4—DMAP) előállításához.

Széles körű kutatások nem hoztak idáig eredményt a mustárgáz ellenanyagának előállításában. E vegyi harcanyag nemcsak a bőrt, a nyálkahártyákat (a légutakat is), valamint a kötőhártyát izgatja, citosztatikus hatása is van. E purinbázisok alkilálják a DNS-t, ezáltal károsítják azt. Legújabb elképzelések szerint az érintett keratinocitákban széteső instabil purinbázisok felelősek az érintett bőrrészleteken kialakuló hólyagokért, mert — több lépésben — fehérjebontó enzimek szabadulnak fel nagy mennyiségben. Remélhetőleg a patomechanizmus pontosabb ismerete elvezet az antidotum, illetve terápia kidolgozásához.

A kutatási költségek, becslések szerint, mintegy 150 millió nyugatnémet márkára rúgnak, s ez várhatóan eredmények felmutatására serkenti a gyógyszeripart.

Dr. Novák János orvos ezredes

Zellweger G., Künzi W.:
Das Polytrauma beim Verbrennungspatienten
(Égettek politraumája)
Z. Unfallchir. Vers. Med. Berufskr. 1986, 79, 165.

Égési trauma miatt sürgősséggel felvett 1147 beteg közül 47-nek voltak egyéb, mechanikai sérülései.

8 esetben súlyos koponyasérülésről volt szó. Itt a folyadékpótlás mértéke a probléma. A koponyaűri nyomás ellenőrzése viszont a fertőzés veszélyével jár.

21 sérültnek volt mellkasi sérülése. Egy operált eset kivételével a drenázs kielégítő eredményt hozott. Empyema nem alakult ki.

A hasúr megnyitása 5 sérült esetében vált szükséggé. A hasfal összes rétegét varrták, még az égett hasfalban is. Szövődményt nem tapasztaltak.

Szerzők megállapítják, hogy a kísérő égési sérülés nem indokolja életmentő műtétek halasztását. Töréseket az első napon operálni kell, másképpen csak sokára kerülhet erre sor. Kombinált égetteket az első 24 órában a szakosított ellátás helyére kell szállítani.

Dr. Novák János orvos ezredes

Arnold K.:
Zur Prognose quo ad vitam bei Mehrfachschwerverletzten
(A túlélés valószínűsége súlyos többszörös sérülések után)
Zbl. Chir. 1986, 111, 1034.

Szerző a súlyos többszörös sérülések (több testtájék egyidejű sérülése valamelyik vitális funkció zavarásával) prognózisát vizsgálták. Ehhez pontszámot dolgoztak ki, mely 90 sérült retrospektív vizsgálatok során mindössze 5,5%-os tévedési hibával járt.

E munka során megállapították, hogy a kor nem játszik döntő szerepet. Ugyancsak nem szignifikánsan befolyásolja a túlélést a gerinc a medence és/vagy az alsóvégtagok sérülése. A nyílt és zárt törés közül előbbi jelentősebben befolyásolja a prognózist. A sokkot, mely minden súlyos többszörös sérülés kísérője, csak 4 órán túl fennálló esetben veszik figyelembe az osztályozásnál.

Dr. Novák János orvos ezredes

Schneck H. J., Tempel G., Hundelshausen B., Brosch R.:
 Der Injury Severity Score (ISS) zur Klassifizierung polytraumatisierter Patienten
 (Politraumatisált sérültek jellemzése az ISS segítségével)
 Zbl. Chir. 1986, 111, 1025.

Az ISS-t (Sérülés Súlyossági Pontszám) Baker az USA Közlekedésbiztonsági Tanácsa által kidolgozott AIS (Rövidített Sérülés Fokozati Skála) alapján alakította ki. A test 5 régiójára vonatkozó, 0–5-ig terjedő pontszámokkal jellemezhető a sérülés súlyossága. Az egyes pontszámokat négyzetre emelik és a kapott értékeket összeadják, az eredmény az ISS. Szerzők sok évet felölelő beteganyag-adatainak értékelésével vizsgálták, hogy az ISS szerinti megítélés korrelál-e a tényleges kórlefolyással.

1976 és 1984 között intenzív terápiás osztályon gyógykezelt 1017 sérült közül 699 túlélő átlagos ISS értéke 29,0-nek bizonyult, a meghaltaké 37,5-nek. Viszont 43 értékű pontszámmal 94 sérült túlélte a traumát. A legmagasabb pontszámmal (59) 22 beteg nem halt meg, viszont 10 alatti pontszámmal 16 közül csak egy sérült nem élte túl a sérülést.

Az intenzív ápolás időtartama is korrelált az emelkedő ISS pontszámmal, de csak a túlélők között. Ugyanez a helyzet a gépi lélegeztetés tekintetében is. Minél magasabb volt a pontszám, annál több vért használtak fel.

Az ISS-ben a sérült kora nem játszik szerepet. A vizsgált beteganyagban a halálozás az 50 éves kortól kezdve meredeken emelkedik.

Dr. Novák János orvos ezredes

Leutenegger A., Schmid Th., Frutiger A., Rüedi Th.:
 Injury Severity Score und Verlauf bei intensivpflegebedürftigen Unfallopfern
 (Az ISS és az intenzív ápolásra szoruló sérülések kórlefolyása)
 Z. Unfallchir. Ver. med. Berufskr. 1986, 79, 181.

A churi megyei kórház intenzív terápiás osztályán — 70%-ban fiatal — 421 sérült ISS értékét vetették össze a klinikai adatokkal. A sérültek 43%-a származott közlekedési balesetből, 23%-a volt sportsérülés.

Az ISS alapján 5 csoportba sorolták a sérülteket:

- 1–10 — könnyű-középsúlyos,
- 11–20 — súlyos,
- 21–30 — nagyon súlyos,
- 31–40 — életveszélyes,
- <40 — túlélés valószínűtlen.

39 sérült halt meg, az átlagos ISS érték 30,21. Szerzők úgy látják, hogy a kor számottevő tényező a prognóziát illetően, 65 év feletti korúak közül ketten 10-nél kisebb pontszám ellenére sem éltek túl a sérülést. Tapasztalatuk szerint ebben a korcsoportban 20-as pontérték alatt is kedvezőtlen a kórjóslat. Az izolált koponya-sérülések prognózisa is súlyosabb, mint azt az ISS pontszám mutatta.

Intenzív terápiás osztályukon az ápolási időtartam szorosan korrelált az ISS pontértékkel. 30 alatt pl. 6 nap az átlag, míg 31–40 közötti pontszámmal már 12 nap. Az összesített kórházi ápolási időtartam is korrelált a pontszámmal.

16,26 értékű átlagos pontszámmal a sérültek gyógyultak, átlagosan 21,42-es pontszámmal maradványtünetek nem voltak elkerülhetők. Súlyos maradandó károsodással gyógyult sérültek átlagos pontszáma 31,29 volt.

Dr. Novák János orvos ezredes

Sloan J. P., Dove A. F., Maheson M., Cope A. N., Welsh K. R.:
 Antibiotics in open fractures of the distal phalanx?
 (Antibiotikus terápia az ujjak végpercének nyílt törésekor?)
 J. Hand Surg. 1987, 12/B, 123.

A szóbanforgó sérüléskor folytatandó antibiotikus profilaxis értéke ellentmondásoktól terhes. Napjainkban szokásosan szájon át szedhető kemoterápiás kúrát rendelnek. Újabban kitűnt, hogy egyformán hatékony az antibiotikus terápia, ha csak a műtéti ellátás körüli időben, de nagy adagban adják. Szerzők azt vizsgálták hogy egyáltalán szükséges-e az antibiotikus profilaxis, s ha igen, elegendő-e a perioperatív időszakban adni.

85 felnőtt sérült adatait értékelték. Akik 6 órán túl kerültek ellátásra, vagy akiknél az anamnézisben penicillin (cephalosporin) allergiára utaló adatot találtak, azokat nem vették fel a vizsgálatba. Négy csoportot képeztek: antibiotikum nélküli ellátás; 1 g cephalosporin iv., utána 1 napig napi 4×500 mg szájon át; az előzőtől abban eltérő terápia, hogy 5 napon keresztül folytatták az antibiotikum adását; végül a pre- és posztoperatív időszakban 1—1 g cephalosporint kaptak szájon át negyedik csoportba sorolt sérültek. A kórházi etikai bizottság és a betegek hozzájárulását megszerezték.

Az antibiotikummal kezelt sérültek csoportjaiban a fertőzési arány egyaránt alacsony volt (2,7%). Az első számú csoport vizsgálatát 10 eset után felfüggesztették, mert 3 sebfertőzés fordult elő, és nem tartották etikusnak az ilyen típusú csoportba sorolást. Tapasztalataik alapján a perioperatív antibiotikus terápiát ajánlják.

Dr. Novák János orvos ezredes

Malacrida R., Bogen M.:
 Pro und contra MAST — Wissenstand 1985
 (MAST — érvek és ellenérvek 1985-ben)
 Z. Unfallchir. Vers. med. Berufskr. 1986, 79, 167.

A XX. század elején *Crile* a vérzés következtében előállott hypovolaemia kezelésére külső nyomást ajánlott. Technikailag ez az 1970-es években valósult meg. Ez a MADT (Medical Anti Shock Trouser vagy G-suits — Egészségügyi Sockellenes Nadrág vagy G-öltözet), mely felfújható kettős falú nadrág. Hatása elsősorban az alsóvégtagok rögzítésén és a vérzés kompresszió útján történő csillapításán alapszik, de alkalmazása a véreloszlás megváltoztatásával 500—1000 ml autotranszfúziót is jelent. Az optimális nyomás 60—80 Hgmm, melyet 4 órán túl nem ajánlanak fenntartani.

A fentiekből fakadó javallatokon kívül említik a hasúri szervsérülést vérzéssel, a septicus sokkot és pozitív kilégzési végnyomással történő lélegeztetést. Ellenjavallatok: agykoponyasérülés, mellkasi sérülés, bármely eredetű légzési elégtelenség. Hibalehetőségek: a mellkasra felhúzott és ott a légzési kiteréseket csökkentő nadrág, a nyomás gyors csökkentése, néha Crush-szindróma.

Szerzők 1982 óta a mentőhelikopterben 80 esetben alkalmazták a MADT-ot. A szisztolés vérnyomást, egy sérült kivételével, 90 Hgmm felett lehetett tartani. Szerzők úgy vélik, hogy a MAST alkalmazása javítja a nagy vénákban a véráramlást.

Dr. Novák János orvos ezredes

Glowania H. J.:

Ekzem-Erkrankungen in der Bundeswehr: Athiopathogenese — Diagnose — Therapie und Prophylaxe

(Ekcéma betegségek a Bundeswehrben)

Wehrmedizin und Wehrpharmazie 1986, 10, 136.

A bőrfelszín élettani és kóreltani jellemzői és a különböző befolyásoló tényezők ismertetése után a dermatitisz és ekcéma klinikopatológiai *definícióját* határozza meg a szerző.

A *dermatitiszek* zömmel körülírt, éles határú akut toxikus, exogén kontakt dermatitiszek — nem krónikus gyulladások — képeben jelentkeznek. Obligát normerigiás reakciók.

Az ekcémák közül az allergiás kontakt ekcéma, a kumulatív toxikus kontakt ekcéma, az eczema endogenes, eczema microbicum dysregulativa, eczema seborrhoicum tüneti sajátosságát ismerteti.

A Bundeswehrben elsősorban a dermatitis contacta, kumulatív toxikus kontakt ekcéma és az allergiás kontakt ekcéma kiváltó tényezői fordulhatnak elő. *A mechanikus károsító tényezők* menetek alkalmával, merev egyenruha viselete, nehéz szerszámmal végzett munka, extrém termikus *expozíciók* téli gyakorlatokon *kémiai anyagok* (savak, lúgok, gumiakcelerátorok, ásványolaj-származékok) *kombinált ártalmak* (elsősorban napfény hatás) egyaránt érvényesülhetnek.

A hadseregben kontakt szenzibilizációt okozó anyagok: nikkelszulfát, kobaltszulfát (fegyverek, szerszámok, járművek stb.), dikromát (bőrből készült használati cikkek: cipők, csizmák, kesztyűk stb.), gumiakcelerátorok (gázálarc, vegyvédelmi köpeny stb.).

A megelőzésben és kezelésben fontos szerepet tulajdonít a *csapatorvos és szakorvos együttműködésének*. Az endogén ekcémában szenvedő katonák bőrbetegségének bevonulás utáni súlyosbodását pszichés okok mellett a katonai ruházat hatására, fokozott izzadásra és a kötött tisztálkodási lehetőségekre vezeti vissza.

(Ref. megj.: Az endogén ekcémában szenvedők betegségének gyors progressziója a hazai gyakorlatban is a fenti okokra vezethető vissza. A kontakt ekcémák zömének háttérében az építő alakulatoknál gyakori expozíciós lehetőségek állnak.)

Dr. Marczell István orvos alezredes

Reinel D.:

Antimykotische Behandlung — spezielle Fragestellung in der Bundeswehr (?)

(Az antimikotikus kezelés speciális kérdései a Bundeswehrben)

Wehrmedizin und Wehrpharmazie 1986, 10, 161.

Különböző német szerzők Bundeswehrben végzett vizsgálataik alapján *magas, 29%-ban, ill. 34,9%-ban* találtak lábgombásodást. Ugyanakkor az erythrasma 15,5%-ban, a tinea inguinalis 12,7%-ban fordul elő. *Heber* vizsgálatai szerint tünetmentes *egészséges egyének*nél szájnyalkahártyáról 47,1%-ban, székletből 27,3%-ban tenyészthető ki gomba. A gombás fertőzések előfordulása: 50,6% mykosis inguinalis, 28,1% tinea pedis, 11,2% tinea manum, 10,1% egyéb lokalizációjú fertőzés.

A beteg bőrfelületről végzett *vizsgálatok* közül a natív vizsgálat és tenyésztés egyaránt pozitív eredményt adott 57%-ban, csak negatív vizsgálati pozitivitás 16%-ban, csak tenyésztési pozitivitás 27%-ban volt. A tenyésztések eredményei alapján Trichophyton rubrum, 56,5%-ban, Epidermophyton floccosum 15,3%-ban,

Trichophyton mentagrophytes 9,4%-ban, Candida albicans 7,1%-ban, egyéb candida törzs: 4,7%-ban, Trichophyton verrucosum: 1,2%-ban, Microsporium canis: 1 2%-ban, negatív kultúra 4,7%-ban fordult elő.

A szerző a csapatorvosok számára az alábbi antimikotikus gyógyszerek beszerzését javasolja — a *Amphmoronal tableta*, *Amphotericin B injectio*, *Canesten kenőcs*, *Chlorisept puder*, *Moronal kenőcs* és *Tonoftal oldat*. A gyógyszerek indikációs területeinek ismeretése után a mikotikus fertőzések különböző megjelenési formáinak kezelésében nyújt hasznos tanácsokat.

Végül a *lábak száráron és tisztántartására, a laktanyák fürdőinek gyakori fertőtlenítésére* hívja fel a figyelmet.

A *csapatorvosok és szakorvosok szoros együttműködése* szükséges a gombás fertőzések számának csökkentéséhez és az új fertőzések megelőzéséhez.

(Ref. megj.: Szűrővizsgálati tapasztalataink, hogy a bevonuló újoncok 40—50%-a panaszmentes lábujjközi gombás fertőzéssel vonul be. Amphotericin B injekció csapatoknál való alkalmazása számos mellékhatása miatt nem javasolt.)

Dr. Marczell István orvos alezredes

Lehmann E.:

Weibliche Sanitätsoffiziere in der Bundeswehr — ein Rückblick über zehn Jahre
(Egészségügyi tisztnök a Bundeswehrben — visszatekintés az elmúlt 10 évre)
Wehrmedizin und Wehrpharmazie 1986, 10, 95.

Nőknek az egészségügyi szolgálat aktív állományába való felvételét a II. világháborús emlékek és érzelmek, másfelől a NATO hadseregeiben jól bevált gyakorlat ütköztetése előzte meg. Polgári alkalmazottként természetesen már régen dolgoztak nők a Bundeswehrben. 1963-ban az NSZK hadseregében és az NSZK területén állomásozó NATO-csapatoknál összesen 82 000 női munkaerő tevékenykedett.

A nőknek aktív egészségügyi tisztként való alkalmazása mellett 3 érv szól:

— jelentős hiány egészségügyi tisztekben (3200 tisztre, köztük 2300 orvosra van szükség). 1975-ben csak kb. 800 orvosi állás volt továbbszolgálókkal feltöltve, és mintegy 600 nyugdíjazással számoltak 1980-ig.

— A nők ezáltal teljes jogú státuszt nyertek a hadseregben, és 1975 a nők éve volt.

— Női orvosok a történelem során az orvostudományban és a katona-egészségügyi szolgálatban számos országban polgárjogot nyertek.

Az NSZK törvénykönyve azonban előírja, hogy nők nem teljesíthetnek fegyveres szolgálatot. Az orvos részéről szükséghelyzetben, öt érv támadás esetén bekövetkező fegyverhasználat azonban nem jelent fegyveres szolgálatot. Egyébként az 1949. évi Genfi Konvenció a katonaorvosokat nem harcolónak minősíti, és engedélyezi a saját, valamint a rábízott betegek védelmében történő fegyverhasználatot. Nőknek fegyverhasználatra nem szabad parancsot adni. Mivel azonban a szükséghelyzetben, saját elhatározásból eredő fegyverhasználat bizonyos ismereteket feltételez, kiképzésük megengedett.

Az NSZK törvényei lehetővé teszik a női tisztek számára, hogy 3—6 évig terjedő fizetés nélküli szabadságot vegyenek ki, ha

— 16 éven aluli gyermekük van,

— hatóságilag igazoltan ellátatlan és ápolásra szoruló hozzátartozójuk van a háztartásban, és azt teljesen ellátják.

Nőknek a szolgálatban való visszatartása, ideértve a háború esetén történő behívást is, nincs törvényesen engedélyezve.

1976-ban beiskolázták az első 8 nőt, majd a szám fokozatosan emelkedett. A nők közül jelenleg 106 általános orvos, 12 fogorvos, 7 gyógyszerész. A kezdeti aggályok: a férjek ellenérzése, az elsősorban a család felé fordulás, túlzott megterhelés (család + hadsereg), az elférfiasodás veszélye stb. hamar túlzottnak és alaptalannak bizonyultak. Kétségtelenül probléma maradt, hogy férjeik állásának városához költöttek.

Dr. Novák János orvos ezredes

Mahlberg F.-A.:

Interessante Ergebnisse von Musterunguntersuchungen

(Érdekes sorozási tapasztalatok)

Wehrmedizin und Wehrpharmazie 1986, 10, 181.

A sorozás jelentőségét nem lehet eléggé hangsúlyozni, a 18 éves korosztály szűrővizsgálatának mással nem pótolható lehetősége. A 350 000—450 000 főt számláló évjáratok a lakosság egészségi állapotáról, az egészségügyi ellátásról nyerhető felbecsülhetetlen értékű információ lehetőségét nyújtják. Mivel nagy tömegekről van szó, az egyes szervek működésének csak legfontosabb jellemzőit lehet vizsgálni (szervezési és pénzügyi okok). Ezért egyes speciális betegségek, pl.: meghatározott különleges szívbetegségek felismerése, a sorványok egészségi állapota közötti eltérés okainak felderítésére nincsen lehetőség. Szerző két évjárat (1957, 1964) különbségét mutatja ki.

Minden sorozottnál kb. 10 testi hibát, az egészségestől eltérést találtak ($10 \times 400\,000 = 4\,000\,000$ testi hiba). A leggyakoribbak:

hiba	születési év	
	1957	1964
		%
harapás, fogak	8,9	7,9
lábdeformitás	8,2	7,3
gerinc-elváltozás	6,9	6,8
fertőző betegség	6,6	6,7
bőrbetegség	5,3	4,8
az alsóvégtag működési rendellenességei	4,8	4,6
daganatok	4,8	4,0
a vegetatívum, a psziché és az intelligencia zavarai	3,8	
hegek	3,5	2,9
gégeelváltozások	3,4	
térlátási zavar		4,1
túlzott növekedés		3,7

Alkalmatlansághoz vezető leggyakoribb ok:

hiba	születési év	
	1954	1964
		%
a pszichikai-fizikai teljesítőképesség zavarai	4,0	2,6
látászavar	1,6	2,6
szív-keringési zavar	0,7	0,5
túlsúly	0,6	0,5

ízületi elváltozások	0,6	0,6
gerincelváltozás + csigolyacsuszamlás	0,5	0,6
baleseti következmény	0,4	0,4
bőrbetegség	0,3	0,4
a központi idegrendszer elváltozásai	0,3	
urologiai betegség	0,2	
hallászavar		0,4
allergia		0,3

A sorozási vizsgálati eredményeket szerző foglalkozási ágak szerint is feldolgozta. Kitűnt, hogy a mezőgazdasági és építőipari dolgozók, valamint a főiskolai tanulók között a pszichikai és fizikai teljesítőképesség csökkenése egyaránt 3,4—3,8, illetve 2,5—2,7% (1957-ben és 1964-ben születettek). Mindhárom csoportban igen magas arányú a fogazat károsodása (a két vizsgált sorványnál 88—91, illetve 76—82%), a gerincbetegségek előfordulása (65—72, illetve 67— illetve 67—69%) és a lábdeformitás (82—84, illetve 71—74%). Más vizsgálatokkal egybevett adatok szerint a testmagasság mérete évente mintegy 1,7—2,0 mm-rel nő, a növekedés üteme fokozódik. Ezzel korrelációban nő a testsúly is. Ez az akceleráció jelenségére utal.

Dr. Novák János orvos ezredes

Albanose A., al.:

Approposito due casi di cheratoderma palmoplantare

(A keratoderma palmoplantare két esete)

Giorn. Med. Milit. 1986, 136, 17.

Bevezetőben palmoplantaris keratodermiák felosztását ismertetik.

1. *Dominánsan öröklődő formák:*

1.1 Izolált palmoplantaris keratodermiák.

1.1.1 Keratoderma palmoplantare diffusa Unna-Thost.

1.1.2 Keratosis palmoplantaris striata Brunauer-Fuchs.

1.1.3 Keratoderma palmoplantare papuloidea et punctata.

1.1.4 Keratoderma palmoplantare poggessiva Greither.

1.1.5 Keratoderma palmoplantare mutilante Vonwinkel.

1.2 Egyéb tünetekkel társuló palmoplantaris keratodermiák.

1.2.1 Pachionychia congenita Jadasson-Lewandowszky.

1.2.2 Nageli-Franaschetti-Jadassohn syndroma.

1.2.3 Keratoderma palmoplantare scleroatrophica Hurier.

2. *Recesszív öröklődő formák:*

2.1 Keratoderma palmoplantare transgrediens et progrediens Mal di Meleda.

2.2 Keratoderma palmoplantare cum periodontosis Papillon-Lefevre.

Első esetükben a bőrtünetek: eritémás környezetű és hatású palmoplantaris hyperkeratosis fissurákkal, rhagadokkal tarkítva. A fogászati, szemészeti és ideggyógyászati konzilium kóros eltérést nem talált. A kórisme: *keratoderma palmoplantare Mal di Meleda*. Második esetükben a tünetek és a kiegészítő konziliumi vizsgálatok *Buschke—Fischer* szindróma diagnózisát erősítették meg.

Véleményük szerint a palmoplantaris keratodermiák elkülönítő diagnosztikájában a *psoriasis vulgarishoz*, *lichen ruber planushoz* társuló tünetek éppen úgy nehézséget

okozhatnak, mint az *acanthosis nigricans paraneoplastica*-hoz a gyomor-, nyelőcső- vagy tüdőkarcinomához társuló tenyéri és talpi tünetek.

(Ref. megj.: hasznos lett volna, ha a szerzők állást foglalnak a betegségek és a katonai alkalmasság kapcsolatáról.)

Dr. Marczell István orvos alezredes

Vega Blanco T., Chiong Wong R., Gonzalez Vega F.:

Insuficienciamrenal aguda en pacientes quemados

(Heveny veseelégtelenség égett betegekben)

Rev. Cuba. Méd. 1986, 25, 969.

Szerzők 40 égést szenvedett beteg és emiatt meghalt egyén halálukat tanulmányozták 1976—1982 között a Felső Katonaorvosi Intézetben, közöttük 21 férfi és 19 nő volt, 8 volt 24 évnél fiatalabb, 6 pedig 25—34 éves, 8 volt 35—44 éves, 11 volt 45—54 éves és 55 évnél idősebb volt 7 beteg. 34 esetben közvetlen tűz okozta az égést, 3-ban robbanás, 1—1-ben áram, illetve gőz, 6 beteg testfelületének 21—29%-a, 4—4-nek 30—39, illetve 40—49%-a és 26-nak több, mint 50%-a égett meg. A szövődmények közül légzési distressz, 33, szepszis 18, bronchopneumonia 17, tromboembólia a tüdőben 12, hiperkalémia 10 és acidózis 9 esetben következett be.

A halál közvetlen oka 22 esetben a légzési distressz, 13-ban tüdő-tromboembólia, 4—4 esetben szepszis és sokk, végül 3 esetben egyéb volt. 38 esetben akut tubuláris nekrozist, 28-ban nephrosist, 13 esetben vaszkuláris, 8-ban pedig tubuláris congestiót, 6-ban intersticiális ödémát, 2-ben infiltrátumot és 1-ben akut pyelonephritist találtak a szövettani elváltozások között. A heveny veseelégtelenség normális diuresis mellett alakult ki.

Dr. Nikodémusz István

Häfner B.:

Grundsätze der wehrmedizinischen Forschung

(A katonaegészségügyi kutatás alapelvei)

Wehrmedizin und Wehrpharmazie 1986, 10, 15.

A katonai szolgálat fizikai és egészségi veszélyekkel jár, melyek a polgári életben ilyen intenzitással és ilyen formában nem fordulnak elő. A polgári orvosi kutatás tehát nem érdekelt e probléma tudományos vizsgálatában — csak ha külön felkérést kap. E feladat a katonaeorvos-tudományra vár, önmagára, vagy a polgári intézményekkel történő együttműködés kezdeményezésére. Meglehetősen szerteágazó problémakörrel van szó, ahogy a katonaeorvos-tudomány is mintegy keresztmetszetét adja az egyetemes orvostudománynak.

Ha eltekintünk a polgári élettől analóg gyógyító tevékenységtől, két feladat marad: a megelőzés (itt viszont a legteljesebb értelemben) és a háborús ellátás szakmai szervezése, előkészítése.

Az állampolgár elsőízben a sorozás alkalmával találkozik a katona-egészségügyi szolgálattal, itt kezdődjék a megelőző tevékenység. Tudományos módszerekkel kell választ keresni a következő kérdésekre:

— Melyek azok a vizsgálatok, amelyek alkalmasak a katonai szolgálat szempontjából releváns egészségkárosodások biztonságos kimutatására?

— Mely paraméterek alkalmasak a testi, pszichikai és szellemi teljesítőképesség kielégítő pontossággal történő megállapítására?

— A fennálló rizikófaktorra tekintettel milyen felmentést kell biztosítani sor-köteles számára?

— A teljesítőképesség milyen korlátozásával járnak az egyes egészségkárosodások?

— Milyen következményekkel járnak az egyes szolgálati beosztások?

További, a katonai orvostudomány jellegzetes problémakörét képezik a katonai környezetben eltöltött időszak szomatikus és pszichikai kihatásai:

— a közös elhelyezéssel járó rizikók,

— a polgári-otthoni és a katonai környezet különbségének hatásai,

— a közösségi étkezéssel szemben támasztott követelmények.

Különösen sajátosak (érthetően) a katonai munkaegészségtani kérdések:

— zajterhelés, toxikológiai rizikó, klimatikus veszélyek, pszicho-fizikai terhelés az egyes fegyvernemeknél,

— pszichikai és fizikai teljesítőképesség növelésének lehetőségei,

— a terhelés csökkentésének módszerei katonai feladatkörben,

— a munkaidő kényszerű meghosszabbításából eredő ártalmak. Mindezek a problémák még további értelmezést igényelnek a szolgálati eredetű ártalmak megítélése szempontjából.

A háborús egészségügyi szakellátás szempontjából kutatásra váró széles kérdéskör néhány fontos, jellemző problémája:

— a háborús sérültek patogenezisének változása új fegyverfajták alkalmazása után,

— a csapatok személyi állományának védelme (pl.: megelőző gyógyszerelés, oltás stb.),

— a gyógykezelés hatékony módszerei az elsősegélytől a végleges ellátásig, a szakaszos ellátás hatása a terápiás koncepcióra,

— az új típusú sérülések ellátására szolgáló lehetséges gyógyszerek és tárolásuk,

— nem harci egészségkárosodások háborúban,

— az ivóvíz és az élelmiszerek fogyaszthatóságára vonatkozó egyszerű vizsgálatok.

A kérdéskör komplexitására pillantást engedett nyújtani a csernobili katasztrófa.

Nemcsak a háborús, hanem — mint előbb is szóba került — a mindennapok orvoslása szempontjából is fontos kérdések kerültek a katona-egészségügy kompetenciájába. A legtöbb hidrokele testis műtétet pl. a hadseregben végzik. Ez a sorállomány korösszetételéből és gondos vizsgálatából ered, s ez a hatás más területeken is megnyilvánul.

A Bundeswehrben folyó katona-egészségügyi kutatások alapelveit 1968-ban rögzítette de Maiziere, az egészségügyi szolgálat főfelügyelője:

1. Elsősorban a katonai szolgálattal kapcsolatos kutatásokat kell folytatni.

2. A kutatást polgári intézetek végzik, a katona-egészségügyi szolgálat felszólítására és irányításával. A pénzügyi és műszaki forrásokat együttesen kell felhasználni.

3. Katonai intézmények csak a másutt nem vizsgálható vagy különösen titkos kutatással foglalkoznak.

4. Gondosan összeegyeztetni szükséges a kétféle kutatást.

A kutatásokat irányító tanács tagjai: az egészségügyi szolgálat főnöke, a központi katonai kórház parancsnoka, a katonai kórházak főorvosai, a hadsereg kutatással foglalkozó egészségügyi intézeteinek parancsnokai, valamint szakreferensek.

A kutatás megkezdését megelőző 2 évvel a tanács elé kell vinni a kutatási tervet, hogy a szükséges pénzügyi fedezet biztosítható legyen. Ez azonban nem zárja ki a rövidebb kihatású döntéseket.

1969-ben 2,9 millió nyugatnémet márkát fordítottak katonaegészségügyi kutatásra, 1987-re 15 milliót terveztek. Az emelkedés 1979 óta jelentős, mivel akkor intenzifikálódott az ABC fegyverekkel kapcsolatos kutatás, melynek fő feladata profilaktikus-gyorsdiagnosztikai és terápiás módszerek kidolgozása. 1985-ben a müncheni Katonaorvosi Akadémián speciális tanszékeket hoztak létre az ABC kérdések tanulmányozására. Jelenleg 18 témán dolgoznak a katonaegészségügyi intézetek és — az egyetemi közhangulat bizonyos fokú tiltakozása ellenére — 72 témán polgári intézetekben. Utóbbiakban folyó kutatások nem titkosak, a kutatók joga, hogy közöljék eredményeiket. Egyébként a Honvédelmi Minisztérium maga is rendszeresen közzé teszi a „Katonaegészségügyi kutatások” című kiadványt.

Befejezésül szerző hangsúlyozza, hogy a katonaeorvosi kutatások szoros összhangban vannak az orvosi hivatástudattal. A katonaeorvosi kutatás nem segíti a fegyverek tökéletesítését, hanem a katonák egészségének megőrzését és adott esetben szükségessé váló helyreállítását szolgálja.

Dr. Novák János orvos ezredes

Sohns T.:

Zielsetzung Wehrmedizinischer Forschung auf dem Gebiet des medizinischen A-Schutzes

(A honvédelmi kutatás célja az orvosi atomvédelem területén)

Wehrmedizin und Wehrpharmazie 1986, 10, 52.

Az orvosi atomvédelem során a Honvédelmi Minisztérium és a Belügyminisztérium (Polgári Védelem) folytat kutatásokat. Az alacsony dózissal kapcsolatos vizsgálódás szélesebb körű kutatói intézeti bázist érint: a Kutatási és Technológiai, a Környezetvédelmi (Természetvédelem és Reaktorbiztonság), valamint a Család-, Ifjúság- és Nővédelmi Minisztériumot, a Honvédelmi Minisztérium kutatóintézetét, a Belügyminisztériumnak egy professzorokból álló, ún. „Védelmi Bizottság”-át. E szervek kutatásait koordinálják. Megjegyzendő, hogy míg a Honvédelmi Minisztérium csak a harcoló csapatokat érintő kérdésekkel foglalkozik, a Belügyminisztérium a lakosságot sújtó hosszú távú kutatásokban is érdekelt.

30 év óta nagy erőfeszítések történtek megfelelő antidotum előállítására érdekében — egyes szervek és bizonyos izotópok vonatkozásában sikerrel (pl.: pajzsmirigy — jód). A kutatások eredményeként kitűnt, hogy kéntartalmú aminosavakkal bizonyos (kis) mértékű dóziscsökkenés elérhető. Hatásmechanizmusként felveszik, hogy e vegyületek inaktíválják a sugárhatásra keletkező oxigéngyököket, bár újabban szöveti hipoxiát okozó hatásra gyanakszanak.

Legalaposabban az aminioliokat vizsgálták, állatkísérletben 2—2,5-szeres csökkenést fraktort igazoltak. Igaz, hogy ez parenterális bevitel esetén volt így, és e vegyületek az adott mennyiségben toxikusnak bizonyultak, végül a kedvező hatás időtartama csak 1—2 óra. Mindebből következik, hogy a csapatoknál ez a módszer nem használható. Bizonyos reményeket fűznek az alkyphospholipidekhez, profilaktikus és terápiás vonatkozásban egyaránt. A közeljövő feladata a mintegy 300, szintetikus előállított vegyület vizsgálata. Bizonyosra vehető, hogy olyan profilaksist, mint amit egy megfelelően kialakított óvóhely nyújt, nem lehet elérni.

50—1000 cGy teljestest dózis — enyhe hányingertől, hányástól eltekintve — csak latenciaidő (napok-hetek) után idéz elő értékelhető klinikai tüneteket. A sugár-

sérülés súlyosságát viszont 48 órán belül meg kellene becsülni. A különböző fehérsejtek többszöri (összehasonlító) számlálása katonai orvosi szempontból nem nyújt értékelhető információt. Egy kenet vizsgálata még gyakorlott asszisztens számára is (az előkészítő tevékenységgel együtt) mintegy 2 órát vesz igénybe. Csak sejtszámláló automaták jöhetnek szóba. A sejtszámlálásnál közelítőbb értéket kaphatunk a — célszerűen a csuklón hordott — egyéni dózismérő leolvasásából. A hibalehetőség $\pm 15\%$. A viszonylagos védettséget nyújtó páncélozott járművekből a fejüket kiemelő katonáknál azonban a sugárdózis inhomogén.

A dózismérők egyébként alkalmasak a pánik megelőzésére is. Kitűnhet, hogy a dózis a vártnál kisebb, illetve elhanyagolható (*ref. megj.*: ennek fordítottja is igaz!).

Oki terápia (csontvelő átültetés) az 50—1000 cGy dózistartományban lehetséges. Ez azonban jelenleg nem tartozik a háborús terápia fegyvertárába. A gyógykezelés egyelőre tehát tüneti: sokterápia, a hányás leküzdése. A háborús sebeszet alapelvét, a halasztott sebzárást fel kell adni, és törekedni kell az elsődleges sebzárásra (*ref. megj.*: ez vitatható álláspont!). Magas dózisban adunk antibiotikumot és anémia esetén vörösvérsejt masszát.

Vannak kísérleti adatok, melyek arra utalnak, hogy a sugársérülés megváltoztatja a szervezet gyógyszerek (pl.: Ketamin) iránti érzékenységét. A következő évek egyik feladata e kérdés vizsgálata.

Dr. Novák János orvos ezredes

Krohn H.:

Problemstellung in der wehrpharmazeutischen Forschung
(Kérdésfeltevés a katonai gyógyszerészi kutatásban)
Wehrmedizin und Wehrpharmazie 1986, 10, 39.

A katonai gyógyszerészet vezető problémája, a minél hosszabb idejű tárolhatóság jól tükröződik az eltelt két évtized kutatásaiban. Elsősorban a szénhidrát- és aminosav tartalmú szerek, valamint a koloidális infúziók stabilitását vizsgálták a polgári intézmények és a katonai laboratóriumok egyaránt. Az utóbbi években az antibiotikumok és a dextránok problémája került előtérbe.

A vérkonservek háború esetén várható elégtelensége miatt ma a kutatások homlokterébe kerültek a szintetikus vagy részben szintetikus oxigénhordozó tulajdonságú gyógyszerek. Jelenleg a hemoglobinok bizonyos lipidekhez kötésén fáradoznak.

A fentiekén túl sokat foglalkoznak a gyógyszerekből tartós tárolás után várhatóan hasznosítható (felszabaduló) hatóanyagok mennyiségével. Ez a probléma összefügg a gyógyszerek bőrön át történő felszívódásával is.

A katonagyógyszerészi kutatás keretébe tartozik továbbá a (szimulált) szükségállapot körülményei között lehetséges gyógyszergyártás, és a biológiailag értékes gyógyszeralapanyagok újbóli felhasználása. Vizsgálódás tárgya az élelmiszer-nyersanyagok tárolásával kapcsolatos toxikológiai kérdéskör is. Ennek csak egy része a ma, „Csernobil után” élő vita a sugárzás tűrhető határértékeiről. Nem tisztáztak a vizsgáló módszerek sem.

Dr. Novák János orvos ezredes

A MAGYAR NÉPHADSEREG ORVOSI TUDOMÁNYOS TANÁCSA
AZ 1987. ÉVRE MEGHIRDETETT TUDOMÁNYOS PÁLYÁZATRA
BEÉRKEZETT MUNKÁK KÖZÜL AZ ALÁBBIKAT RÉSZESÍTETTE
DÍJAZÁSBAN:

DÍJAZOTT TERVTANULMÁNY

Dr. Cziffer Endre orvos őrnagy:

„A MANUFLEX külső rögzítő szerepe a traumatológiai ellátásban béke-
és rendkívüli körülmények között”

Dr. Kertész Eszter, Csöke Mária:

„Receptúra gyűjtemény”

I. DÍJ

Dr. Képes Pál orvos alezredes, *dr. Iványi János* orvos őrnagy: „Csípőtáji
törések műtéti ellátásának egyszerűsített lehetőségei”

Dr. Burai Géza orvos alezredes:

„Katonai egészségügyi ellátás az 1809. évi magyarországi
francia hadjárat idején”

Dr. Szarvas István orvos alezredes, *dr. Borus Ferenc,*
dr. Skaliczky Zoltán:

„Stabilizációs műtétek a nyaki gerinc
megbetegedéseinek kezelésében”

II. DÍJ

Dr. Kádár Pál orvos ezredes, az orvostudomány kandidátusa,
dr. Eszterbauer Márta orvos főhadnagy:

„Egyes betegségek morbiditási adatainak vizsgálata
a Magyar Néphadsereg hivatásos állománya körében (1982—86.)”

Dr. Horváth László orvos főhadnagy, *Mezősi József, Mezősi Oxana:*

„A személyi számítógép egy alkalmazási
lehetősége a csapatorvosi gyakorlatban”

MNOTT Pályázati felhívás 1988-ra

A Magyar Néphadsereg Orvosi Tudományos Tanácsa és a HONVÉDORVOS Szerkesztő Bizottsága az 1988. évre

PÁLYÁZATOT HIRDET

olyan tanulmányok megírására, amelyek a katonaeorvos-tudomány fejlődését elősegítő elméleti és gyakorlati kérdéseket dolgoznak fel, és hozzájárulnak az e téren jelentkező aktuális feladatok megoldásához. Ebbe értelemszerűen beletartozik az egészségnevelési kérdéskör is.

Pályázati feltételek

1. Csak eredeti, nyomtatásban meg nem jelent és kifejezetten a pályázat céljára készített tanulmányokat lehet benyújtani.

2. Egy szerző legfeljebb két tanulmánnyal pályázhat.

3. A pályamunkának 1988. október 1-jéig kell beérkeznie — „Pályázat” megjelöléssel — a következő címre: Magyar Néphadsereg Orvosi Tudományos Tanács Titkársága: 1885 Budapest, Pf. 25. (HM—II MN Egészségügyi Szolgálatfőnökség).

4. Egy-egy tanulmány terjedelme — a papír egyik oldalára gépelve — nem haladhatja meg a 20 gépelt oldalt. A tanulmányt két példányban kell beküldeni, mellékelve a kidolgozás során felhasznált irodalom jegyzékét és az összefoglalást is. A tanulmány lehet nyílt és titkos minősítésű.

5. A kéziratokat csak jeligével lehet beküldeni. A pályázó nevét, lakáscímét és annak postai irányítószámát egy — kívülről szintén jeligével ellátott — lezárt borítékban kell feltüntetni. Névvvel ellátott vagy a szerző kilétét felfedő tanulmány a pályázaton nem vehet részt.

6. A díjazott és jutalmazott pályamunkák közlésének jogát a szerkesztő bizottság fenntartja magának. Erről a szerkesztőség a szerzőt értesíti. A közlésért a szerzőt külön honorárium illeti meg. A pályázat bírálatáról a szerkesztőség csak abban az esetben ad tájékoztatást, ha a tanulmány a folyóiratban is közlésre kerül. Kéziratot a szerkesztőség nem küld vissza.

A pályázatok eredményét a Honvédorvos közölni fogja.

Pályadíjak:

I. díj: 5000 Ft

II. díj: 4000 Ft

III. díj: 3000 Ft

a MNOTT elnöksége
és a Honvédorvos Szerkesztő Bizottsága

Szerkeszti: a szerkesztő bizottság

Főszerkesztő: dr. Hídeg János orvos vezérőrnagy, az orvostudomány doktora

A szerkesztőbizottság titkára: prof. dr. Novák János orvos ezredes, az orvostudomány doktora

A szerkesztőbizottság tagjai:

dr. Birkás János orvos ezredes, a hadtudomány kandidátusa

dr. Bognár László orvos alezredes

dr. Farkas József orvos vezérőrnagy, az orvostudomány kandidátusa, c. egyetemi docens

dr. Gelencsér Ferenc orvos ezredes

dr. Hajdú Béla orvos vezérőrnagy

dr. Horváth István orvos ezredes, a hadtudomány kandidátusa

dr. Kádár Pál orvos ezredes, az orvostudomány kandidátusa

dr. Kertész Frigyes orvos alezredes

dr. Kurucz Tibor gyógyszerész ezredes, a hadtudomány kandidátusa

dr. Liptay László orvos ezredes

prof. dr. Magyar István orvos ezredes, az orvostudomány kandidátusa

dr. Medvecki Pál orvos ezredes

dr. Remes Péter orvos ezredes

dr. Villányi Ferenc orvos ezredes

Szerkesztőség:

Budapest XIII., Róbert Károly krt. 44. MN Központi Katonai Kórház

Telefon: 201-600

Postacím: 1553 Budapest Pf. 1.

Kéziratok a szerkesztőbizottság titkárának küldendőik (dr. Novák János orvos ezredes), a szerkesztőség címére. Kiadja a Zrínyi Katonai Könyv- és Lapkiadó, Budapest VIII., Kerepesi út 29/A.

Postacím: 1553 Budapest, Pf. 30. Terjeszti a Magyar Posta

Előfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatalnál, a Posta hírlapüzleteiben és a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR) Budapest XIII., Lehel u. 10/A. — 1900 —, közvetlenül, vagy postautalványon, valamint átutalással a HELIR 215—96162 pénzforgalmi jelzőszámán.

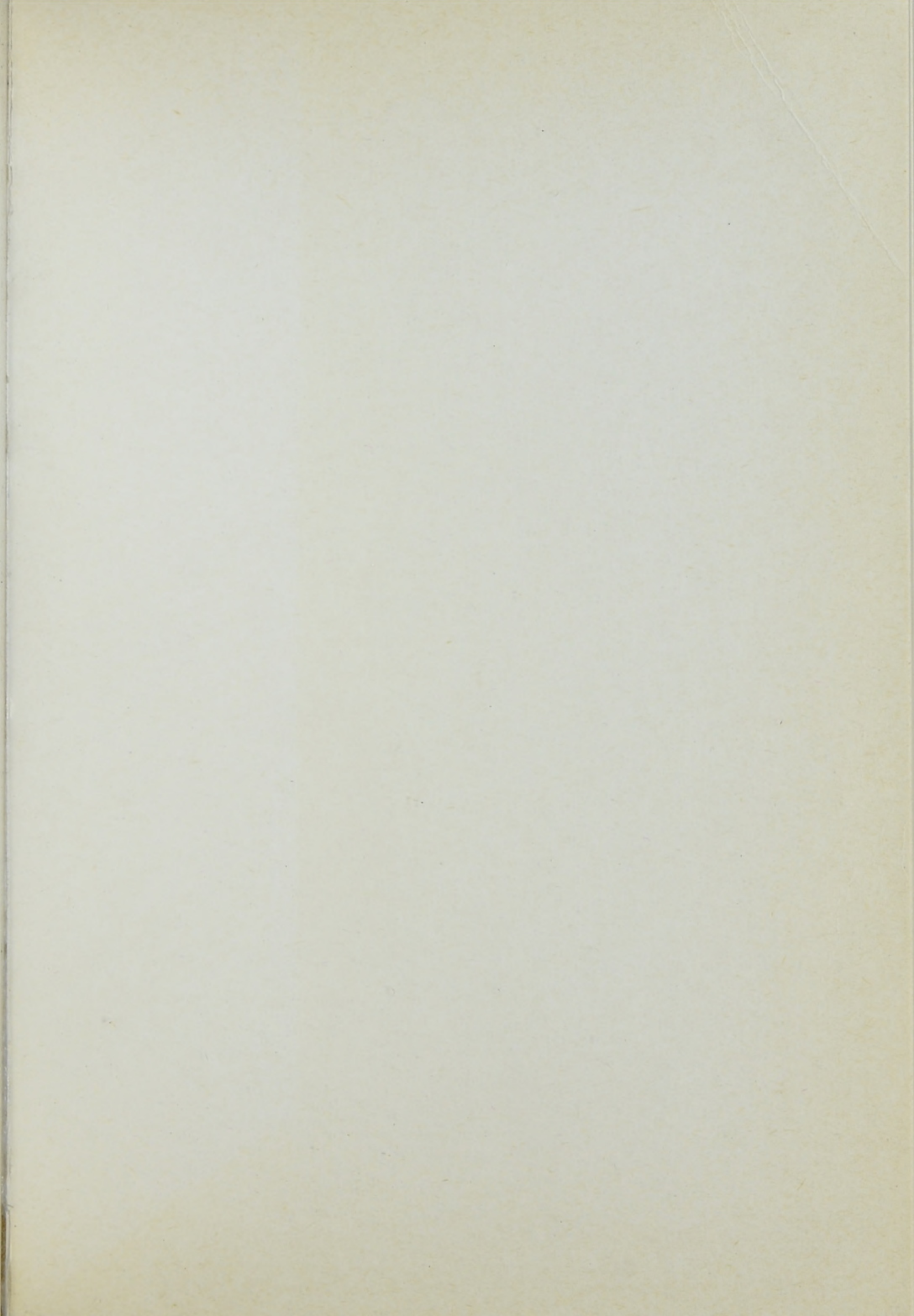
Előfizetési díj 1 évre: 136 Ft, 1/4 évre: 34 Ft

Egyes szám ára: 34 Ft

Megjelenik: évente négyszer.

Index: 25370 HU ISSN 0133—879. X.





Ára: 34 Ft