

Aktualitások és tények a katonaorvoslás történetéből

Dr. Svéd László orvos-altábornagy., Ph.D.

Kulcsszavak: osztályozás, ellátás, kiürítés, járványok, szakaszos gyógykezelés, lokális háborúk, egy-szakaszos ellátás

Az egészségügyi rendszer átalakítása a katona-egészségügyet sem kerülte el. Az átalakítás során a katona-egészségügy nagyon nehezen tudja megvédeni értékeit és tradícióit, ha nem ismerjük azokat a tényeket, amelyek a katona-orvoslás sajátjai és évezredek alatt alakultak ki. Ezek rövid és tömör ismertetését vállalta fel a szerző.

Az emberiség története valahol a háborúk történetéhez kötődik, azokban alakult és változott. A háborúk a fenti döntő befolyások mellett óhatatlanul és követhetően alakították az egészségügy mind technikai, mind szervezeti, mind elméleti fejlődését. A különböző harci cselekmények – melynek okain és eredményein most túl kell lépünk – lett légyen az bármilyen korban, mindig azt eredményezték, hogy az aktuális „béke” életben előforduló betegségektől, vagy sérülésektől mind minőségében, mind mennyiségében eltérő egészségkárosodások jöttek létre.

Ennek nyomait már i.e. 4000 évvel felfedezhetjük, hisz észak Németország, Dánia és a Kárpát medence területén már fejsérülés utáni koponya trepanáció nyomait találták meg az ásatások csontváz maradványain. A sérültek jelentős száma mellett egészen a krími háborúig elsősorban a különböző harci cselekményeket követő, mindig megjelenő következményként fellépő különböző járványok azok, amelyek a pusztítást és a kínokat még inkább súlyosbítják.

A nagy tömegű, egy időben és egy helyen keletkező sérültek és betegek ellátása elsősorban a szervezési feladatokban támasztott minden kor hadseregében szolgálatot teljesítő egészségügyi személyzettel szemben követelményeket. Így alakult ki a csak a katonaorvoslásra jellemző „osztályozás-ellátás-kiürítés” dialektikája, azaz a „hármasszabály”. A hármassban szereplő feladatok mindig attól függték és függenek a mai napig, hogy mennyi és milyen súlyosságú sérültek és betegek keletkeztek egy adott harci cselekményben. Ez az oka annak is, hogy a **katonaorvoslás** a nagy tömegű sérültek miatt elsősorban **kiürítés centrikus**, hisz a fő cél mindig is az volt – ma is az –, hogy a megsérült katonát mielőbb távolítsák el a harcterről, vagy a sérülés helyszínéről és minél előbb juttassák el a végleges ellátás helyszínére.

Ennek a különböző korokban különböző akadályai voltak. A nehézségek megoldására kitalált eljárások mindig egy adott kor jellemző katonaorvoslási doktrínáját jelentették.

A különböző fegyverfajták és technikai eszközök megjelenése, újabb és újabb, addig soha nem látott sérülések kialakulását eredményezték.

Jellemző sajátossága a katonáorvoslásnak, hogy az előző háborúk, harccselekmények tapasztalatait a következő háborúkban azonnal felhasználták. Persze néhány kivétel azért volt, amelyek után súlyos kudarcok következtek. Így csak a közelebbi múltból idézem fel a vietnami és afganisztáni sikertelenségeket az USA, illetve a Szovjetunió haderejét illetően.

Ha mindezeket az alapismérveket figyelembe véve szaladunk végig rohamléptekkel a történelem nagy vérzivatarain, akkor a katonáorvoslás egészen biztosan jól áttekinthető és logikus megvilágításba kerül.

Hippokrátesz i.e. 430-425 között a peloponnészoszi háborúban – ahol is a spártaiak megostromolják Athént – a pestist a háborúk betegségének írja le, de a többi hírhedt betegségre, mint a himlő, tífusz és vérhas is utal.

Az **első katonai kórházakat**, azaz Valetudinariumokat légionárisoknak építik a rómaiak i.u. 14 előtt a Haltern melletti Avisóban.

Az avisói katonai kórház mellett Németországban a Xanten melletti Veterában is épült két kórház (Kr. u. 54, illetve 70 előtt), valamint az akkor Bonnának nevezett Bonnban is volt (Kr.u. 180 körül) légiókárház.

1330-ban, a haditechnikában megjelenik a lőpor, és ettől kezdve háborúkban is alkalmazzzák. Ezáltal új terület nyílik meg a tábori borbélyok, azaz felcserek, hadisebészek előtt a lőtt sebek ellátása.

A járványok azonban ezek után is a legveszélyesebb kísérői a hadjáratoknak.

Az indiánokat európai kórok pusztítják, 1519-1521-ben az Azték Birodalom a *Hernando Cortez* (1485-1547) vezette spanyol hadak általi meghódításával és lerombolásával az indiánok között kitör a himlőjárvány. Mexikó összlakosságának körülbelül egyharmada pusztul el a járványban, miközben a hódítók teljesen immúnisak maradnak a betegséggel szemben.

A járvány Mexikóból áttérjed Közép-Amerika más részeire is, és eléri az amerikai kontinens legsűrűbben lakott vidékeit. A spanyolok fertőző betegségek egész sorát hurcolják át Amerikába, olyanokat, melyek addig ott ismeretlenek voltak. A XVI. század végéig számtalan járvány üti fel a fejét: a himlő mellett, amely a spanyol hódítás idején a legnagyobb mértékű, tömegesen pusztít a tífusz, az influenza, a sárgaláz, a mumpsz, a kanyaró és a kolera is. Ezek a betegségek a velük szemben (immunrendszerük felkészületlensége miatt) védtelen latin-amerikai őslakosság kerekén 90 százalékát pusztítják el.

Számos technikai és gyógyító eljárás is a katonáorvoslásnak köszönhető.

Ambroise Paré francia sebész (1510 körül-1590). Elsősorban a tábori sebészet területén bevezetett számos újítása mellett Paré két írásában 1561-ben és 1575-ben imponáló alapossággal ír le protéziseket (művégtagokat) és ortopédiai felszereléseket.

Ambroise Paré – aki eredetileg felcser volt – számos hadjáratban vesz részt, és 1552-ben „királyi sebész”-nek (*Chirurgie du Roi*) nevezik ki. A legnagyobb feltűnést egy 1545-ben adott tanácsával keltette, mely szerint a lőtt sebek forró olajjal történő kimosása káros hatású, ezért elkerülendő. Seborvosként

akkora tekintélyre tett szert, hogy – a párizsi orvosi fakultás minden ellenkezésének ellenére, amely elutasítja az „egyszerű borbély”-t – 1554-ben felveszik a sebész-kollégiumba (Collège de St. Come). Paré anyanyelvén, franciául ír, egyszerű felcser lévén, nem tud latinul.

Wilhelm Fabricius Hildanus javít az amputálás technikáján. Számára az anatómia és a sebészet „az orvostudomány kulcsa és kormányrúdjá”, amit nem szabad átengedni tapasztalatlan borbélyoknak: „Ezek az ember kezét vagy ujját egy asztalra vagy padra fektetik, rátesznek egy kalapácsot vagy fejszét, aztán egyszerre vágják le a bőrt, meg a húst a csonttal együtt.” Ezzel szemben *Fabricius* főként az amputációknál igen kifinomult operációs technikákat fejleszt ki. Ő az első, aki 1606 és 1641 között megfogalmazza a különbséget és a gyakorlatban is példát mutat a felcser és a sebész között.

1648. október 24-én Münsterben és Osnabrückben megkötik a vesztfáliai békét, és ezzel véget ér a harmincéves háború, melynek folyamán a harcok, az éhínség és a járványok az érintett európai népesség körülbelül egyharmadát pusztították el.

A háborús sebesülések nagy feladat elé állítják a sebészeket. Az egyik legismertebb közülük az ulmi születésű *Joannis Scultetus* (*Johann Scultes*, 1595-1645), aki „*Armamentarium Chirurgicum*” című művében (1653) esettanulmányokat ír a sebesültek elsősegély-ellátásáról.

Eközben a sebészet önálló tudományává válik. 1718-ban *Lorenz Heister* (1683-1758) német sebész és anatómus közzétette „Sebészet, amelyben minden sebészettel kapcsolatos ismeret megtalálható” című művét. A spanyol örökösödési háború idején, 1707-ben Brüsszel és Gent táborig dolgozott.

1784. augusztus 16-án a bécsi Allgemeines Krankenhaus létrehozásával és megnyitásával II. József császár megadta a közép-európai óriáskórházak mintáját. A harmadik kórházépület az 1785-ben felavatott Katonai Sebészeti Akadémia volt, az úgynevezett Josephinum (II. József császár neve után), amely a korábban kézműves mesterségként oktató sebészet felső iskolájaként működött. Egy 1200 ágyas katonai kórház is tartozott hozzá.

A napóleoni háborúban kézzel foghatóvá válik a kiürítés és az ellátás egysége

1792-ben *Dominique-Jean Larrey* francia hadisebész (1766-1842) elsőként szervezi meg az úgynevezett vezetett repülő hadikórházakat.

A francia forradalmi hadseregnek, amely 1792 óta háborút visel Ausztria és Poroszország ellen, számos súlyos problémával kell szembenéznie. A nehezen mozgó táborig kórházak nem tudták követni a gyors csapatmozgásokat. A sebesülteket általában nyitott kocsikon, rossz utakon szállították a távol fekvő segélyhelyekre. Tömegével haltak meg, részben már menet közben vagy a templomokban ideiglenesen berendezett táborig kórházakban, ahol gyakran takaró nélkül feküdtek a hideg kövezeten. Sűrűn előfordult, hogy a sebesülteket addig hagyták feküdni a csatatéren, amíg az ütközet befejeződött. A zűrzavar miatt gyakran ekkor sem volt folyamatos az elszállításuk. A sebesült sokszor már túl későn érkezett a központi kötözőhelyre. *Larrey*, mint a rajnai hadsereg törzsorvosa, jelentős érdemeket szerzett különböző sebészi módszerek, különösen az amputációs technika tökéletesítésében, az általa létesített „repülő lazarettek” rendszerével új útra lépett. Három sebészből és egy ápolóból álló lovas egységeket szervezett. Ezek kötszerrel és a se-

besültek szállítására alkalmas kosarakkal felmálházott lovakat is vittek magukkal. Így lehetővé vált, hogy a sérülteket már a harcmezőn ellássák. A szállító kosarakat hamarosan könnyű, jól rugózott kocsikkal helyettesítették. A „repülő lazaretteket” igen gyorsan bevezették az ellenséges porosz hadseregben is. További egészségügyi reformok eredményeként vezették be a besorozott orvosok és sebészek vizsgáztatását és orvosi kurzusait. Új gondolatként merült fel, hogy a sebesült ellenségnek is elsősegélyt kell nyújtani. Ezek mellett *Pierre Francois Percy* (1754-1825) francia hadisebész még azt is kezdeményezi, hogy a sebesülteket és a lazaretteket katonailag semlegeseknek kell nyilvánítani.

1813. október 16. és 19. között újrászabályozzák a porosz lazarettek működési feltételeit. A Lipcse környékén lezajlott népek csatájában, amit I. Napóleon császár seregei ellen vívtak, összesen 450 ezer katona vett részt. A harcok során 100 ezer ember halt, illetve sebesült meg. Lipcsében 34 ezer sebesültet ápoltak, akik közül 11 ezer halt meg.

A porosz hadsereg hét, tábori lazarettje közül csupán egy vett részt a népek csatájában. A sebesültek elszállításához hiányoztak a szállítóeszközök, az orvosi ellátás és higiénikus állapotok katasztrofálisak voltak, kedvező feltételeket biztosítva a járványok terjedéséhez. 1813-ban Torgau ostrománál mintegy 20 ezer ember pusztult el egy tifuszjárványban. Ezek a tapasztalatok kényszerítették ki a katonai lazarettek újrászervezését. *Heinrich Friedrich Karl von Stein* birodalmi báró és porosz miniszter (1757-1831) vezetésével létrehozták a porosz lazarettek központi igazgatóságát, amelynek a fő feladata közvetlenül a lipcsei csata számos áldozatának ellátása lett.

1830-ban *Adolph Leopold Richter* porosz katonaoorvos közlésezi „endermatikus módszer”-ét, ami azt jelenti, hogy a gyógyszert közvetlenül viszi rá a csupasz bőrre, ahonnan felszívódik.

1854-55 a **krími háború jelentős állomása a katonaoorvoslás történetének**. Az orosz, török, angol, francia és piemonti hadak összecsapásából rengeteg sebesült és beteg keletkezik. Az orosz oldalon *Nyikolaj Ivanovics Pirogov* (1810-81) a pétervári katonaoorvosi akadémiai tanára, a Kaukázusban szervezett kórházak mellett hasznos műtéttani és szervezési újításokat vezetett be. A *Pirogov*-féle amputáció, Achilles-ín műtét, az osztályozás, mint a legfontosabb eljárás a tömeges sérült ellátásban köthető többek közt a nevéhez. Szilárd alapokra helyezte a klinikai és a tábori sebészetet. Ugyanebben a háborúban az angol oldalon jelenik meg *Florence Nightingale*, aki egy teljesen új felfogásban szervezte át a tábori kórházak működését. A háború végére 125 főnyi ápolószemélyzet állt rendelkezésre. *Nightingale* szervezői munkája átütően sikeres volt.

1864-ben 16 európai ország képviselője (Németország részéről: Baden, Hessen, Szászország, Poroszország, Württemberg) kormánya nevében aláírja Genfben a „Konvenció a harctéren megsebesült katonák sorsának megjavítására” című egyezményt. Az egyezményben szereplő témákat tíz pontban foglalták össze, melyek közül a legfőbb elv az egészségügyi szolgálat semlegessége volt. Ez vonatkozik a tábori lazarettekre, az egészségügyi személyzetre, mindkét fél sebesültjeinek ápolására, a harctérré vált területeken élő polgári lakosság sérültjeire is. Megegyeztek abban is, hogy a tábori lazaretteket, kötözőhelyeket, az egészségügyi utánpótlás intézményeit, valamint a kiszolgáló személyzetet különleges jelzéssel (vörös kereszt fehér alapon) látják

el. Ezáltal döntő lépést tettek a sebesültellátás háború esetén történő semlegesítésére.

A **XIX. és XX. század határán**, amikor a nagyipar rohamos fejlődésnek; az ipari koncentráció, centralizáció és az ezzel kapcsolatban óriás városok kialakulásának vagyunk tanúi, a biológia és az orvostudomány az ezelőtt soha nem látott rohamos fejlődésnek indul. A termelőerők fejlődése, az urbanizálódás fokozódó igényt támaszt elsősorban a közegészségügy és járványvédelem felé. *Robert Koch* és *Louis Pasteur* felléptével kezdetét veszi az orvostudományban az úgynevezett bakteriológiai éra, amelynek során felfedezik az anthrax, a tbc., a lepra, a pestis, a siphilis, a gonorrhoea, a malária, a typhus, a diphteria, a cholera, a meningitis epidemica és a tetanus kórokozóját. Ezt követi az epidemiológia, majd a szerológia fejlődése. A fertőzések elleni megelőző rendszabályok megjelennek a sebészetben is; az antiszeptikus mellé, majd nem sokkal annak helyére lép az aszeptikus: a hővel történő csírátlantítás. *William Stewart Halsted* 1890-ben először használt steril gumikesztyűt műtétéhez. Erre a korszakra esik a röntgensugár és a radioaktivitás (radium-emanatio) felfedezése is. Egyéb gyakorlati eredményekkel is gazdagodik az orvostudomány: az inhalációs narkózis mellé bekerül a sebészi érzéstelenítés módszerei közé a helyi érzéstelenítés, majd a lumbalis érzéstelenítés is. A diagnosztika a laryngoscopiával, a cystoscopiával és a rectoscopiával gazdagodik.

Járványok – egyelőre békeidőben – fokozottan háttérbe szorulnak, s bár háborúban is csökken a jelentőségük, a katona-egészségügyi szolgálat számára még mindig igen nagy gondot jelentenek. A háború egyes időszakában azonban egyre több energiát fordíthat a katona-egészségügyi szolgálat a sérültek ellátására, a tömeges ellátás módszereinek a továbbfejlesztésére, majd

arra, hogy a sérültellátás e korszak háborúinak egész időtartama alatt folyamatosan váljék.

A századforduló első jelentősebb háborújában, az orosz-japán háborúban már bizonyos fokig tükröződnek a fent említett változások.

A fejlődés az orvostudomány területén sem állt meg. Erre a korszakra esik a klinikai orvostudomány specializálódása, majd a modern, sokosztályos, több százágas kórházak megjelenése és a mikrobiológia, valamint higiénia további fejlődése. Ezeknek a vonásoknak megfelelően gazdagodik a katonai orvostudomány is, amely ekkor, s azóta egyre inkább, az orvostudománynak önálló tudományává vált.

Az első világháborúban az orvostudomány említett specializálódása eredményeként már megjelentek a szakosított orvosi ellátás elemei is: mozgó szakorvosi csoportokat szerveztek, így például fej-nyak sebészekből, szemészekből, akik egy-egy tábori kórházban megjelenve, szakosított sebészi, vagy konziliáriusi munkát végeztek.

A megváltozott katonai viszonyok mélyreható átalakulást hoztak a katonaorvostan területén. Kiváltképpen a mozgóháborúról az álló háborúra való áttérés a fő hadszínterek közelében az egészségügyi berendezések soha nem látott koncentrációját követelte meg. Mind több motorizált ambulanciát állítanak be. Vasúton, sőt repülőképeken is szállítják el a sebesülteket. A katonai higiénében elért haladás, különösen a védőoltások nyomán a himlő és a tífusz is kevésbé ijesztő már, de a lövészárkok láznak és a kiütéses tífusznak meg nő a jelentősége. A lőtt seb sterilításának doktrínája, amely a konzervatív kezelési módot támasztja alá, az új fegyvergyártási eljárások következtében

tévesnek bizonyult. Semmiféle fertőtlenítőszer nem teljesíti az elvárásokat. A sebészek egyre jobban arra térnek át, hogy a fertőzést elkerülendő, a roncsolt szövetet teljesen kivágják.

Az **első világháború** sebészi tapasztalatainak elemzése alapján *Wilhelm A. Oppel* kidolgozta a szakaszos gyógykezelés elvét. Ennek értelmében az egyes egészségügyi kiürítési szakaszokon a sérültek nem azonos színvonalú segélyben részesülnek, hanem az egymást követő szakaszokon egyre magasabb szintű segélyt kell nyújtani. A sérültek az egyes szakaszokon olyan segélyt kapnak, amilyenre szükségük van teljes gyógyulásukhoz. Amennyiben az adott szakasz ilyen segélyt biztosítani nem képes, akkor az olyan legyen, hogy a sérültet mielőbb szállíthatóvá tegye és biztosítsa, hogy arra a magasabb egészségügyi kiürítő-szakaszra élve eljusson, ahol a számára szükséges magasabb színvonalú segélyt, vagy a végleges ellátást megkaphatja.

Világosan bebizonyosodott, hogy nemcsak a közvetlen gyógykezelés, hanem a tábori egészségügyi erőkkel és eszközökkel történő manőver is a katonaeorvosok dolga, hogy a helyben történő segélynyújtás és a hátraszállítás dialektikus egységet alkot, s hogy az időben adott elsősegély és a gyors, kíméletes szállítás az alapvető feltétele annak, hogy a sérültek minél előbb a végleges ellátás és gyógykezelés helyére jussanak. Az is kiderült, hogy tovább nem tartható az az elv, hogy a sérültek csak a csata után hordhatók ki a harcmezőről, s hogy érvényt kell szerezni osztályozás révén annak az elvnek, hogy a könnyű sérültek mielőbb leváljanak a sérültek más csoportjairól, így a könnyű sérültek számára külön kiürítési irányt kell tehát meghatározni. Tisztázódott – egyelőre túlnyomóan elméleti síkon – az egészségügyi kiürítési szakaszok fogalma,

s az ezekre épülő szakaszos segélynyújtás, illetve gyógykezelés elve. Ez az elméleti kérdés a gyakorlatban az orosz- finn háborúban (1939-1940) került kipróbálásra.

A **második világháborúban** a korábbi háborúkkal szemben megsokszorozódtak a tűz- illetve csapásmérő erők és eszközök. Az automatafegyverek egyre szélesebb skálája került bevetésre, tömegessé váltak a harcokocsik és a különböző típusú (vadász-, vadászbombázó, és bombázó) repülőgépek, valamint különböző, gyorsan mozgó alakulatok.

Ebben a háborúban a különböző fegyvernemek jól szervezett együttműködése révén a tűz, a csapás és a manőver alkalmazása, valamint összehangolása lett a hadművelati művészet legfőbb tartalma. A helyzetek most semmiben sem hasonlítottak az első világháború második szakaszának állásarcához, ellenkezőleg, a gyorsan változó helyzetek, sőt a meglepetés tényezői kerültek előtérbe, s ezekhez kellett alkalmazkodnia a katonae egészségügyi szolgálatnak is. Új jellemvonása a második világháborúnak, hogy a nagy hatósugarú bombázó repülőgépek elterjedésével együtt a hátszínre, s ezzel a polgári lakosságot (ipar, közlekedés) is sújtó csapások jelentkeztek, amelyek következményeinek felszámolásában – először a történelem során ilyen méretben – szükség volt a katonai és polgári egészségügyi szolgálat közötti együttműködésre.

A tűz- és csapásmérő erők megsokszorozódása a sérültek számának a megtöbbszöröződését jelenti. E háborúban szorultak először teljesen háttérbe a járványok. Az orvostudomány fejlődése erre az időre lehetővé tette a teljes katonai személyi állomány többféle védőoltását és a tömeges fertőtlenítés eljárásainak kidolgozását, majd alkalmazását. Túlzás, azonban némi igazság van mögötte,

hogy amerikai orvosok a második világháború legnagyobb eredményét a DDT felfedezésében jelölik meg. Megfordult az arány a sérültek és betegek között, most már a sérültek „javára”, amennyiben ez utóbbiak aránya a betegekhez 3 : 1. A fertőző betegségek tömegméretekben alkalmazott profilaxisa tehát eredménnyel járt. Nem lebecsülendők azok az eredmények sem, amelyeket a klinikai orvostudományok szolgáltatnak a tábori sérültellátáshoz. Az érzéstelenítési módszerek tovább fejlődtek. A sebészetben belül számos speciális-szakma (idegsebészet, arc-állkapocs sebészet, mellkasi sebészet, urológiai sebészet, ortopédiai sebészet, stb.) alakult ki, szélesen elterjedtek különböző sokk-megelőző és elhárító eljárások. Ezek között elsősorban a vérátömlesztés, a friss vér helyett konzervált vér alkalmazása; a háború utolsó éveiben megjelennek a plazmapótszerek (Dextrán, PVP), ugyancsak az első kemoterápiás szerek és végül az antibiotikus gyógyító éra fejlődését megnyitó penicillin is. **A kiürítés és ellátás egysége a szakaszos gyógykezeléssel egybekötött rendeltetészerű kiürítésben nyilvánult meg.**

A második világháborút követő lokális háborúk tapasztalata annyiban feltétlenül figyelmet érdemel, hogy kiderült, különösen a franciák vietnami hadműveletei egészségügyi biztosításának tanulságaként, hogy a szállíthatóság fogalma revízióra szorul. Bizonyos, viszonylag egyszerű, az egészségügyi szaksegédszemélyzet által végrehajtható sokkellenes eljárások alkalmazásával és a helikopterek, valamint túlnyomósos kabinnal ellátott sugárhajtású szállító repülőgépekkel, jóformán minden sérült haladéktalanul szállíthatóvá tehető! Ilyen módon az is állítható, hogy a légi kiürítő eszközök a korszerű háborúban, az egészségügyi ellátásban nélkülözhetetlenek.

A lokális háborúk némileg rámutatnak arra is, hogy a második világháborús gyakorlat szemben szorosabbá kell tenni a katonai egészségügyi bázis és a hátszázagi egészségügyi bázis együttműködését.

Ugyancsak változott az elvégezhető beavatkozások terjedelme, hisz a lokális háborúk mellett lévő országok egészségügyi kapacitása szinte teljesen szabad volt, és a már említett légi kiürítési lehetőség az időfaktort, mint meghatározó tényezőt jelentősen lerövidítette.

A lokális háborúk lehetőséget teremtettek újabb és a jobb terápiás, illetve, diagnosztikus eszközök tábori változatainak kifejlesztésére, ami a terápiás és diagnosztikus eljárások béke körülményekhez közeli megvalósulását tették lehetővé. Ebben jelentős magyar érintettség van, hisz *Dr. Zoltán János* professzor a koreai háborúban (1950-53) fektette le a világhírű magyar plasztikai sebészet alapjait és teremt egy kiváló iskolát.

Új veszélyt a katonai közösségekre a különböző vírusok által okozott betegségek jelentették. Így a vietnami háborúban az amerikai, az afganisztáni harcokban a szovjet, a dél-szláv háborúban pedig a szerb katonák küzdöttek a hepatitiszes fertőzésekkel. Az előfordulási arány – amely az említett katonák körében egyes csoportoknál a 80%-os érintettséget is elérte – a lehető legjobb indikátora jelenleg is a kedvezőtlen körülmények közötti harc közegészségügyi, illetve járványügyi minőségének.

A hidegháború időszakában elsősorban a pontos ellenségkép és a kiszámíthatóan tűnő tervezési alapelvek, a nagytömegű sérültellátást tervezve elsősorban a kompromisszumos medicinát helyezték előtérbe a mennyiségi teljesítményt megkövetelve.

A sérültek kiürítésében az eszközök száma határozta meg az ellátás színhelyét, azaz szinte kötelezővé tette az úgynevezett „szakaszos gyógykezelést”. Ez azt jelentette, hogy a sérült a végleges ellátási helyre jutása előtt, legalább 2 ellátási ponton (kiürítési szakaszon) megfordult.

Ebben jelentős változást először a Vietnami háború hozott, ahol tudatosan alkalmaztak helikopteres légi-kiürítést közvetlenül a peremvonaltól a végleges ellátási helyig. Ez volt a csírája a napjainkban is preferált **egy-szakaszos ellátásnak**.

A XX. század utolsó évtizede és az első öböl-háború jelentős áttörést és változást idézett elő. A világrendszer felbomlása mellett a társadalmi elvárások megváltoztak, azaz az egyénnek nemcsak a békeidőszakban, hanem a háború és katasztrófa időszakában is megvan a joga az egészséghez és a gyógykezelések eredményének magas színvonalára. Ennek megfelelően a háború és katasztrófa doktrínákban már a '90-es évek második felében megjelenik az az elvárás, hogy lehetőség szerint, bármely alkalmazás során a békeidőszakra előírt standardokat és főleg időnormákat kell tartani, így az ominózus ismert „aranyóra” fogalma bevonult a sérült-ellátás katonai szabályzói közé, azaz az első orvosi (sebészi) ellátást a sérülteknek egy órán belül meg kell kapniuk.

Az első öböl-háború a politikai figyelmen kívül jelentős média figyelem mellett zajlott, melynek következtében nyilvánvalóvá vált az emberi élet értéke és az a három meghatározó követelmény, mely napjaink meghatározó tényezőit jelenti a különböző feladatok tervezése és előkészítése során.

Ezek:

- Az egészségügyi biztosítás rendszere, az

előerő megőrzésének alappillére.

- A haderő egészségügyi állapota igen magas prioritást élvez.
- A közvélemény nem fogadja el a kiküszöbölhető kockázatot.

Az USA haderejének iraki tapasztalatai újabb mérföldkövei a katonaeorvoslásnak.

Újból előtérbe került a mobilitás fokozása, mind az egészségügyi technikai eszközökben, mind az eljárásokban. **A helyszíni ellátás gyakorlatilag 20 percen belül kötelező, és a korszerű kiürítő eszközökkel lehetőleg 1 órán belül a végleges ellátó helyen kell a sérültnek lennie.** Ismét kiderült, hogy a túlzott specializáció - elsősorban a sérülés helyszínén - nem tesz jót a katonaeorvoslásnak. Jelenleg nem külön urológusra, hasisebészre, plasztikai sebészre, vagy orthopéd sebészre van szükség, hanem olyan orvosra, aki a leggyakrabban előforduló kiterjedt medence sérüléseket el tudja látni.

Mindent összevetve egyértelmű következtetés e rövid áttekintésből, hogy a katonaeorvoslás és a katonaeorvoslás már réges régtől túlnőtt a tisztán klinikai területeken, annál jóval több, nehezebb és folyamatos kihívásokkal szembesülő speciális területe az egyetemes orvoslásnak.

IRODALOM

- [1] Schott, M.: A Medicina Krónikája (Kiadó: Officina Nova, ISBN: 963 8185 84 8)
- [2] Svéd L.: A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai, sajátosságai, különös tekintettel a haderő átalakítására, a NATO-ba történő integrálásra, a különböző fegyveres konfliktusok, valamint a békefenntartó, béketeremtő és támogató tevékenységre (Ph.D. értekezés, Budapest, 2003, 8-12 oldal, ZMNE Hadtudományi Doktori Iskola, Nyt. szám: 338/4/2003).

Lt.Gen. (ret.) L. Svéd, M.D., Ph.D.

Up-to-dateness and facts from the history of military medicine

Transformation of the health care system did not evade military medicine either. To protect the values and traditions of military medicine during this transformation is very difficult without the knowledge of its pertinent facts that have been developing

throughout the ages. These facts are reviewed here by the author in a short and concise manner.

Key-words: triage, treatment, evacuation, epidemics, phases of medical care, local wars, one-phase medical care

Dr. Svéd László ny. o.altbgy.

1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44.