

B E S Z Á M O L Ó**a Magyar Katonai és Katasztrófa-orvostani Társaság
X. Tudományos Konferenciájáról**

*A konferencia címe: A SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS KORSZERŰ MÓDSZEREI A
KATONA KATASZTRÓFA-ORVOSTANBAN
Szervezési és diagnosztikai problémák, a klinikai gyakorlat kérdései*

A Tudományos Konferencia védnökei:

Dr. Szekeres Imre

a Magyar Köztársaság Honvédelmi Minisztere

Dr. Takács Albert

a Magyar Köztársaság Igazságügyi és Rendészeti Minisztere

Dr. Horváth Ágnes

a Magyar Köztársaság Egészségügyi Minisztere

*A konferencia résztvevői és előadói a 52/2003. (VIII. 22.)
ESZCSM rendelet melléklet 4. pontja alapján
meghatározott kreditpontot kapnak.*

2007. október 16.

*Helye: Állami Egészségügyi Központ, Előadóterem
Budapest, XIII. Róbert Károly krt. 44.*

PROGRAM

- 09.00-09.10 MEGNYITÓ
PLENÁRIS ÜLÉS
Üléseelnök: **Prof. Dr. Hideg János ny. o.vörgy. MTA doktora**
Dr. Svéd László ny. o.altbgy. Ph.D.
- 09.10-09.30 A sürgősségi ellátás szervezési kérdései a Magyar Honvédség béke- és háborús sérültellátásában az egészségügyi reformot követően
Dr. Németh András o.ddtbk. Ph.D., MH Honvéd Egészségügyi Központ
- 09.30-09.50 A sürgősségi ellátás feltétel rendszerének változása polgári katasztrófa helyzetekben az egészségügyi reformot követően
Dr. Radnóty Gábor, Egészségügyi Minisztérium
- 09.50-10.10 Az ÁNTSz feladatainak változása a katasztrófák egészségügyi következményeinek felszámolásában
**Dr. Faludi Gábor ny. o.ezds.,
Állami Népegészségügyi- és Tisztiorvosi Szolgálat**
- 10.10-10.30 Az OMSZ és az egészségügyi reform
Dr. Göndöcs Zsigmond, Országos Mentőszolgálat
- 10.30-11.00 VITA - SZÜNET
Üléseelnök: **Prof. Dr. Orgován György o.ezds., Ph.D.,
Dr. Tury Peregrin Ph.D.**
- 11.00-11.20 Kémiai terrorizmus. Felkészültségi helyzet:Magyarország 2007
Dr. Zacher Gábor, Fővárosi Péterfy Sándor utcai Kórház
- 11.20-11.40 Algoritmusok a katasztrófa helyzetek egészségügyi biztosításához
Dr. Svéd László ny. o.altbgy. Ph.D., Állami Egészségügyi Központ
Dr. Vekerdí Zoltán o.alez., MH Honvéd Egészségügyi Központ
- 11.40-12.00 Sürgősségi ellátás katasztrófa helyzetekben:a graduális és posztgraduális oktatás jelentősége
Dr. Berényi Tamás, Fővárosi Szent Imre Kórház
- 12.00-12.20 „Combat Medic Training” a Magyar Honvédségben
Dr. Tóth Zoltán, Állami Egészségügyi Központ
- 12.20-12.50 VITA - SZÜNET

A. SZEKCIÓ

A katona- katasztrófa orvostan klinikai kérdései I.

Üléseelnök: **Prof. Dr. Farkas József ny. o.vörgy., MTA doktora,
Dr. Zsíros Lajos o.ezds., Ph.D.**

- 13.00-13.10 Sürgősségi ellátásban szerzett tapasztalatok kórházunkban
Dr. Iványi János o.alez., Állami Egészségügyi Központ
- 13.10-13.20 Négy hónap tapasztalatai az akut hasi kórképek ellátásában a Sürgősségi Betegellátó Osztályon
Dr. Fekete László o.örgy., Állami Egészségügyi Központ
- 13.20-13.30 Damage controll surgery
Dr. Pellek Sándor o.alez., Állami Egészségügyi Központ
- 13.30-13.40 Új aspektusok a compartment szindróma megelőzésében és kezelésében
Dr. Záborszky Zoltán o.örgy., Állami Egészségügyi Központ
- 13.40-14.00 VITA - SZÜNET
- A katona-katasztrófaorvostan klinikai kérdései II.**
Üléselnök: **Dr. Rókusz László o.ezds., Ph.D.**
Dr. Liptay László ny. o.ezds.
- 14.00-14.10 Akut vírusos gastroenteritisek új diagnosztikai lehetőségei, különös tekintettel a Calici vírusokra
Dr. Horváth Judit o.hdgy.,
Dr. Rókusz László o.ezds., Ph.D., Állami Egészségügyi Központ
- 14.10-14.20 A helyszíni vérzéscsillapítás új módszerei
Dr. Liptay László ny. o.ezds., Semmelweis Egyetem ÁOK
Honvéd-Katasztrófaorvostani és Oxyológiai Tanszék
- 14.20-14.30 Zúzódasos sérülések és kezelésük katasztrófa helyzetekben
Dr. Szűcs Endre o.szds.,
Dr. Rókusz László o.ezds., Ph.D. , Állami Egészségügyi Központ
- 14.30-14.40 A hóártalom sürgősségi ellátása operatív feladatokat végrehajtó katonáknál
Dr. Kohut László o.alez., Állami Egészségügyi Központ
- 14.40-14.50 Akut pszichiátriai esetek ellátása katasztrófák során
Dr. Péter László o.szds., Állami Egészségügyi Központ
- 14.50-15.10 VITA

B. SZEKCIÓ**A preventív medicina kérdései**

Üléselnök: **Dr. Szilágyi Zsuzsanna o.ezds., Ph.D.,**
Dr. Faludi Gábor ny. o.ezds.

- 13.00-13.15 NATO és ENSZ missziók pszichológiai támogatási rendszere
Tarnóczi Richárd alez., MH Honvéd Egészségügyi Központ

- 13.15-13.30 A Magyar Honvédség külszolgálati missziót ellátó állományának kiutazás előtt történő pszichológia felkészítése
- Völgyi Zoltán szds., MH Honvéd Egészségügyi Központ**
- 13.30-13.45 A mentálhigiénés prevenció lehetőségei és fontossága a katasztrófavédelmi feladatokat ellátó állomány körében
- Györfi Ágnes fhdgy., MH Honvéd Egészségügyi Központ**
- 13.45-14.00 Az egészségügyi felderítés jelentősége a Magyar Honvédség új NATO szerepvállalásai tükrében
- Dr. Kiss Antal Zsolt o.örgy., MH Honvéd Egészségügyi Központ**
- Prehospitális ellátás katasztrófa körülmények között.
A békefenntartó tevékenység során szerzett tapasztalatok**
- Üléselnök:* **Dr. Göndöcs Zsigmond
Dr. Schandl László Ph.D.**
- 14.00-14.15 Katasztrófahelyzetek felszámolása
- Dr. Golopencza Pál, Országos Mentőszolgálat**
- 14.15-14.30 Mentőellátás katasztrófa helyzetben - ennek oktatása
- Dr. Radnai Balázs, Országos Mentőszolgálat**
- 14.30-14.45 A békefenntartó tevékenység egészségügyi biztosításának problémái
- Dr. Janka Norbert o.ezds.
MH Összefegyvernemi Parancsnokság Egészségügyi Főnökség**
- 14.45-15.00 Missziós tapasztalatok: Camp Pannonia 2007, Pol-e Komri, Afganisztán
- Dr. Vekszler Péter o.örgy., MH Honvéd Egészségügyi Központ**
- 15.00-15.10 VITA
- 15.15 Elnöki zárszó, állófogadás

A Konferencia Szervező Bizottsága

Elnök: **Dr. Németh András**
Tagjai: **Dr. Göndöcs Zsigmond,
Kókay András,
Dr. Liptay László,
Dr. Rékai Miklós**

A Konferencia Tudományos Bizottsága

Elnök: **Prof. Dr. Orgován György Ph.D.**
Tagjai: **Prof. Dr. Farkas József MTA doktora,
Prof. Dr. Fűrész József Ph.D.,
Dr. Göbl Gábor,
Prof. Dr. Hideg János MTA doktora,
Dr. Svéd László Ph.D.**

A sürgősségi ellátás szervezési kérdései a Magyar honvédség béke- és háborús sérültellátásban az egészségügyi reformot követően

Dr. Németh András o. ddtbk.

A haderőreform szellemében végrehajtott szervezési változások következtében 2007. március 1-vel létrehozásra került az MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ, amely jogelőd intézmények (korábban önálló szervezeti elemek) egy hadrendi elemmé történő egyesítését jelentette.

Az átalakításának meghatározó követelménye volt, a NATO katona-egészségügyi doktrínában meghatározott valamennyi képesség megőrzése, jelentős létszámcsökkenés végrehajtásával egyidejűleg.

Ezen időszak egybeesett a korábbi MH Központi Honvédkórház rekonstrukciójának befejezésével, az új épületkomplexum átadásával. Az eredeti koncepciónak megfelelően a Honvéd Egészségügyi Központ átlománytáblájában kialakítottuk a 20 ágyas SBO-t, amelyet az újonnan kialakított korszerű infrastruktúrában helyeztünk el. A működés finansziális feltételeit az ágyakra

megkötött OEP szerződés biztosította.

A polgári egészségügyi ellátást is jelentősen érintő egészségügyi reform alapján kiadott 2118/2006. Kormányrendelet szerint 2007. július 1-től létrehozásra került HM Állami Egészségügyi Központ, amelybe súlyponti kórházként, területi ellátási kötelezettséggel átkerült az SBO, amely az 1 154 ágyszámú intézmény meghatározó funkcionális része.

A haderő átalakítás és egészségügyi reform során sikerült megőrizni és fejleszteni a ROLE 1-4 egészségügyi ellátási szintek valamennyi elemét az új struktúrákban.

Hadműveleti területen kiemelt jelentőségű az „ARANYÓRA” szabályainak megfelelően az életmentő sebészeti beavatkozás feltételeinek biztosítása, amelyet nemzetközi szerződések, technikai egyezmények alapján biztosítani tudunk, egyes területeken magyar szakorvosi csoportok folyamatos részvételével.

A sürgősségi ellátás feltételrendszerének változása polgári katasztrófhelyzetekben az egészségügyi reformot követően

Dr. Radnóty Gábor

Az egészségügyben végbement átalakítások a katasztrófa-egészségügyi ellátás több elemét is érintették.

Az ÁNTSZ regionális és kistérségi struktúrába történt átszervezését követően egy regionális tiszti főorvos egyidejűleg több megyei védelmi bizottság tagjává vált. Hasonló változásokkal járt a kistérségi intézetek kialakítása is. Ezért újjá kellett szervezni a katasztrófa-egészségügyi ellátás területi irányítási rendszerét, amelynek eredményeként az állandó tagok és helyetteseik kijelölésével minden megyei és helyi védelmi bizottságba újra biztosított az ÁNTSZ képviselője.

Az Országos Mentőszolgálat szintén áttért a regionális rendszerre, így a mentésirányítást a korábbi 150 helyett 26 diszpécser központ látja el.

Folytatódott a Tömeges Baleseti Egységek kialakítása és megkezdődött a Légi szállítású Tömeges Készletek (LTK) mentőhelikopterekre telepítése.

2006 II. félévétől folyamatban van a mentés és a betegszállítás teljes különválasztása. A naponta szolgálatban lévő OMSZ mentő gépkocsik száma 778-ra csökkent, miközben a betegszállító vállalkozások száma 45-ről közel nyolcvanra, járműveik száma 240-ről mintegy 440-re növekedett. A beteg-

szállítók katasztrófa-egészségügyi ellátásba való bevonásának jogi alapja biztosított, de az OMSZ kommunikációs rendszerébe való bekapcsolódásuk még megoldásra vár.

A kórházi ágyszám csökkentés mellett, 44 215-re csökkent aktív ágyak, 25 734-re emelkedett a krónikus ágyak száma, továbbá az aktív ágyak szakmai összetétele is átrendeződött, ezért a kórházi katasztrófa-terveket a struktúra változásokat követve módosítani kellett.

Folytatódott a mintegy két év óta tartó influenza pandémiás felkészülés, napirenden van a Nemzeti Pandémiás Terv módosítása.

Az új biztonsági kihívásoknak megfelelően koncepció váltás és új felkészülési követelmények kialakítása vált szükségessé.

Szakítva az Állami Egészségügyi Tartalék honvédelmi célú alkalmazásának prioritásával, a békeidejű válsághelyzetek, terrorcselekmények, katasztrófák kezelésére kell koncentrálni. A kapacitás módosítása mellett a rugalmas alkalmazás, az intézménytámogató funkció erősítése, a kisebb számú, de korszerűbb, jobban feltöltött egységek létrehozása, a gyorsabb alkalmazhatóság került előtérbe.

Az ÁNTSZ feladatainak változása a katasztrófák egészségügyi következményeinek felszámolásában

Dr. Molnár Kornélia tiszti főorvosh.

Az ÁNTSZ feladatrendszere és felépítése is a 2006-2007. évben több strukturális és jelentős eszmei átalakuláson esett át. Az átalakítási folyamat hazánk EU tagságából, saját belső reformfolyamatainak, valamint az ehhez csatlakozó intézményrendszerek közötti feladat átrendezéséből is ered. A változások hullámszerűen gyűrűznek végig mind a 27 tagországon, de az országon belüli szervezeteket, így az ÁNTSZ-t is. A karcsúbb, de hatékonyabb államigazgatásnak ugyanakkor új feladatokra kell felkészítenie saját magát is, és az országot is: át kell alakítani a katasztrófavédelmi tervezés egészségügyi igazgatási és szervezési vonatkozásait, fel kell készülni a tömegpusztító fegyverekkel fenyegető terrortámadások hatékony elhárítására, az aktív, rugalmas lakosságvédelemre az új nemzetközi jogi környezetben. Az új feltételek teremtésében szerepet játszik a 2005-ben elfogadott globálisan érvényes Nemzetközi Egészségügyi Rendszabályok életbe léptetése 2007-ben, vagy a 2007. év végén életbe lépő Schengeni

Egyezmény a közelebbi és távolabbi vonzataival.

Az előadó bemutatta az EU intézményi szerkezetét, közegészségügyi és fogyasztóvédelmi feladat-megosztási rendszerét. Röviden összefoglalta a megyei-városi szerkezetéről átalakított ÁNTSZ területi szerkezetének felépítését, amely 7 regionális és 81 kistérségi intézetet tartalmaz.

Az átszervezések létszám csökkenéssel és funkció átrendeződéssel is jártak. Egyes ágazatok, például a munkahigiéniát átadásra kerültek más tárcához és más szervezeti keretekbe, egyesülve a munkavédelmi hatósággal. Az élelmezés egészségügy egy jelentős része az agrár eredetű élelmiszerbiztonság frissen kialakított hatóságához került. Az átalakítások, változások sora részét képezi a lassan kialakuló új, átalakulóban lévő egészségügyi rendszer születésének. Kimenetelének eredményei megerősítik az ország rezignáló képességét egészségügyi katasztrófák esetén.

*Állami Egészségügyi Központ
MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ**

Algoritmusok a katasztrófa helyzetek egészségügyi biztosításához

**Dr. Svéd László ny. o. altbgy., Ph.D.,
Dr. Vekerdi Zoltán* o. alez.**

A katasztrófa helyzetek egészségügyi biztosítása minden törekvés ellenére mindig ugyanazokat a hibákat és ugyanazon nehézségeket támasztja a végrehajtókkal szemben, annak ellenére, hogy minden esemény bekövetkezése után a tapasztalatok és a következtetések gyakorta most már nemzetközi közvélemény előtt megvonaásra kerülnek.

Ez a tény inspirál bennünket arra, hogy az előzőekben említett tapasztalatok és elemzések, valamint az e tárgyban megjelent legújabb és legmodernebb elméleti ajánlásokat összehangoljuk és az ebből levont következtetéseket, mint a biztosítás tervezésénél számba vehető algoritmusokat közre adhassuk.

Az elemző és előkészítő munkálatok eddigi végrehajtása alapján az alábbi főbb csomópontok köré gyűjthetők az ismeretek:

1. Az emberi élet, mint legfőbb érték katasztrófa-helyzetben való mentéshez szükséges (egészségügyi) képességek.
2. Az egészségügyi képességek aktiválása, telepítése, vezetése, irányítása és fenntartása katasztrófa-helyzetben való alkalmazása során.
3. Egyedül nem megy – interdiszciplináris, regionális és nemzetközi együttműködés, szakosodás és feladatmegosztás.
4. Mindig az elsők között – a honvéd-egészségügy katasztrófa-helyzetben való alkalmazásának elméleti alapjai.
5. A jövő kihívásaira, katasztrófáinak elhárítására adandó válasz a ma tervezési, képzési és átalakítási programjaiban.
6. Saját tapasztalataink és nemzetközi ajánlások.

Baleseti sebészeti ellátás sürgősségi kórházban, azaz az ÁEK-ben

Dr. Iványi János o.alez.

Baleseti sebészeti műtéti indikációk, a műtétek típusai nem változnak sürgősségi kórházban sem. Az akut traumatológiai ellátás a sürgősségi ellátás része. Egy- és kétkapus sürgősségi ambulanciák léteznek. Az egykapus rendszerben (ami az ÁEK-ben is van) minden sürgősségi ellátásra szoruló ugyanarra a sürgősségi ambulanciára kerül. A kétkapus rendszerben a sérültek ellátása elkülönül a többi betegétől.

A sürgősségi ellátás biztosítja a beteg (sérült) számára, hogy a megfelelő helyen, a megfelelő időben megfelelő szintű ellátást kapjon. A sürgősségi ellátás folyamatos tér- és idő vonatkozásába, egységes szemléleten alapuló integratív rendszer, ami biztosítja az ellátó rendszer leg-hatékonyabb kihasználását. A sürgősségi ellátás beteghez integrált, nem szakmánkénti elkülönítésű.

Hatékonyasága lemérhető: a kezelési idő/kórházban töltött idő csökkenéséből, a túlélésből, a költségsökkenésből. Magyarországon a sürgősségi ellátás mindenki számára (magyar, külföldi) a magyar egészségügy feladata.

A sürgősségi rendszer hozzáférhetőséget, értékelést (triage), diagnosztikát, megfelelő idő- és térbeli továbbutalást, megfelelő tájékoztatást, betegkövetést és folyamatos üzemeltetést, leg-célszerűbben az év minden napján, minden órában, minden nap azonos és teljes szakmai profillal. A hazai sürgősségi ellátás fejlesztésének programja 2000-ben deklarálta: Minden sürgős betegellátást végző intézménynek csak 1 kapuja van, amely minden sürgősségi kórképet fogad.

A sérültellátás részei

Konzervatív ambuláns kezelés,
Sebellátás, kisebb műtét ambulánsan,
Kórházi felvétel,
Megfigyelésre (osztály, SBO fektető)
Konzervatív kezelés osztályon,
Műtéti kezelés osztályon,
Igény, hogy a sérültek felvételükkor megkapják a végleges ellátást, ha ezt a sérülés jellege lehetővé teszi.

A sürgősségi ambulancia feladatai

Osztályozási feladatok ellátása (triage),
Folyamatos készenlét megfelelő személyi és tárgyi feltételekkel,
Differenciál-diagnosztika akut kórképekben,
Állapotstabilizálás,
A definitív ellátás mielőbbi megkezdése,
Az ambulánsan vagy 24 órán belül rendezhető kórképek végleges ellátása,
Kórházi ellátás esetén a definitív ellátás helyére juttatás.

Szervezési alapelvek

A sérültet is az egykapus rendszerben működő SBO-n sürgősségi orvos kezdi el ellátni. A beteg vizsgálata után intézkedik a kórképet okozó és a laboratóriumi kivizsgálásról. A leletek birtokában vagy maga ellátja a sérültet, vagy konzíliumot kér (traumatológus, idegsebész, stb.) A beteg állapotától függően azonnali konziliáriusi megjelenés is indokolt lehet.

Az SBO szoros funkcionális kapcsolatot tart a traumatológiai osztállyal. Az SBO bármely

osztályra áthelyezhet sérültet, beteget, a fogadó osztályt őt köteles átvenni. Az SBO-ra osztályról visszaküldeni beteget nem lehet. Az SBO fektetője 1 napra vesz fel beteget, sérültet. Ez idő alatt vagy elbocsátható a beteg, vagy a végleges ellátás helyére kerül (pl. szövődménymentes agyrázkódás 24 órás megfigyelése a fektetőben).

Az SBO-n a műszak átadásakor teljes körű vizitot kell tartani a bent fekvők és az ellátásra várók tekintetében.

Az SBO-n diszpécst kell foglalkoztatni. Az alapvető laboratóriumi vizsgálatok (vérkép, vércukor, Na, K, vérgáz analízis) helyszínen végzendők.

Az adminisztratív személyzet legyen meg-

felelő létszámú, informatikában jártas (ismerje a programot).

Politraumatizált, sokkos sérültet ellátó team vezetője a traumatológus. Az ilyen sérült rögtön sokkaltalanítóba kerül. A diagnosztika és a gyógykezelés párhuzamosan történik.

Az SBO területén lévő sürgősségi műtő szervezetenként és szakmailag a központi műtő része, vezetője a központi műtő vezető orvosa és asszisztense. Az azonnali, életmentő műtéti ellátást igénylő esetben a műtét a sokkaltalanító mellett lévő sürgősségi műtőben történik meg. Most csupán testüregi vérzés elhárítására van lehetőség (agykamrai drén, mellkas, has).

Állami Egészségügyi Központ
Általános Sebészeti Osztály

Új aspektusok a compartment szindróma kezelésében

Dr. Záborszky Zoltán o.őrgy.

Compartment-szindrómának nevezzük, ha zárt anatómiai téren belül kialakult magas nyomás csökkenti a szöveti perfúziót, amelynek következtében károsodik a szövetek funkciója. *Kron, Harman és Nolan* (1984) a magas hasüregi nyomás következtében kialakuló tünetegyüttes leírói. *Fiestman* és munkatársai (1989) először publikálják az „Abdominal compartment syndrome” meghatározást. *Moore* (1997) igazolta, hogy 40 Hgmm-nél nagyobb IAP maradandó szervkárosodást okoz. *Meldrum* (1997) beosztotta a hasüregi nyomásfokozódást (I-IV súlyossági fokra). A növekvő hasüregi nyomás miatt a szervekben működési károsodás alakul ki. A lágyrészekben ödéma jön létre. A hasüregben toxikus anyagok, katekolamin felszabadulás jön létre. A bélfal megduzzad, volumene megnagyobbodik, áteresztővé válik, paralitikus ileus következtében megkezdődik a bakteriális kontamináció. A folyamat funkciózavarhoz vezet.

Az utóbbi idők kutatásai igazolták, hogy nemcsak hasüregi megbetegedés során, hanem politrauma, reszuscitáció, koponyasérülés után is kialakulhat. Ezen esetekben a folyamatot szekunder compartment szindrómának nevezzük. Az 1997-ben *Medrium* beosztotta súlyossági skála már elavultnak tekinthető, mivel már 25 Hgmm hasüregi nyomás esetén a dekompresziós laparotómiát célszerű végezni. A kezelésben az ideiglenesen nyitott hasüregi kezelés (temporál abdominal closure) módszerei közül a vákuum asszisztált wound closure módszerével egyre több tapasztalat alakult ki. Ezt az újszerű kezelést a Honvéd kórházban is alkalmaztuk.

A vákuum asszisztált sebzés előnye, gyorsan, könnyen alkalmazható, nincs kölcsönhatás a hasüregi szervekkel, stabilitást biztosítja, külön kötéscserét nem igényel, zárt rendszerbe elvezeti a váladékot, mikrocirkulációt javít, a nyitva kezelés szövődményeit minimálisra csökkenti.

A helyszíni vérzéscsillapítás új módszerei.

Dr. Liptay László ny. o.ezds.

A szerző hangsúlyozza a helyszínen történő gyors és eredményes vérzéscsillapítás fontosságát polgári balesetek és háborús sérülések során. Ugyanakkor sajnálattal állapítja meg, hogy a nemzetközi és hazai irodalomban ismertetett, az elmúlt 10 évben kidolgozott módszerek a hazai helyszíni sürgősségi ellátásban nem kerültek bevezetésre. Részletesen tárgyalja a száraz fibrin tampon / Dry Fibrin Sealant Dressing, DFSD/, gyors hatású vérzéscsillapító / Rapid Deployment Hemostat, RDH/, chitosan kötés/ Chitosan Dressing, CD/, QuickClot / QC/ és WoundStat (WS) hatásmechanizmusát, az alkalmazás módját és az alkalmazás során felmerülő költségeket. A CD-t és QC-t széles körben használta és használja az US Army Afganisztánban és Irakban.

Mivel hazánkban és az EU-ban csak a QC regisztrált, befejezésül ennek előnyeit és mellékhatásait ismerteti, továbbá az alkalmazás módját (amelyet a helyszínen nem egészségügyi személy is elvégezhet):

1. Direkt nyomás a sebre steril géz alkalmazásával.
2. Ha a vérzés megáll kb. 1 perc után, pólya alkalmazásával tartjuk fenn a nyomást a sebben és egészségügyi ellátót keresünk.
3. Ha direkt nyomásra a közepes vagy súlyos vérzés változatlan, kinyitjuk a zacskót (arcunktól és szemünktől távol tartva).
4. A sebfelszínt megtisztítva (a vért lehetőleg teljesen eltávolítva vagy minimalizálva a hőreakció elkerülésére) azonnal, lassan rászórjuk a QC-t a sebre addig, amíg a szemcsék befedik a sebfelszínt.
5. Megismételjük a már QC-val fedett seben a direkt nyomást steril gézen keresztül, majd pólyával a nyomást fenntartjuk.
6. Azonnal egészségügyi ellátót keresünk, a megmaradt szemcséket a zacskóból kiszórjuk, az üres zacskót az érkező egészségügyi személyzetnek megmutatjuk.

A hő ártalom sürgősségi ellátása operatív feladatokat végrehajtó katonáknál

Dr. Kohut László o.alez.

Az új haderő-koncepció miatt, a NATO nemzetközi feladataiban, az ENSZ égisze alatt működő békefenntartó tevékenységben jelenős szerepvállalással, a Ráktérítő menti övezetben szolgálatot teljesítő katonák rendkívüli fizikai és pszichés igénybevételnek vannak kitéve. Forró, száraz éghajlaton a szervezetben könnyen felborul a metabolikus, víz-elektrolit és a sav-bázis háztartás, megnő a kardio-vaszkuláris események kockázata. Ezen kórélettani változások összessége veszélyeztetheti nemcsak a harci feladat végrehajtásának eredményességét, hanem a katona egészségi állapotát, sőt súlyos esetekben akár az életét is. Az emberi szervezet optimális működéséhez nélkülözhetetlen a maghőmérséklet állandó szinten tartása, amelyet hőszugárzással, kondukcióval, konvekcióval, illetve párologtatással biztosítunk. Magas hőmérséklet és alacsony páratartalom esetén a hőleadás csak párologtatás révén valósulhat meg. A

nagyfokú verejtékezés súlyos víz-elektrolit háztartás zavart okoz, amely hő-stresszhez, alacsony vérnyomáshoz, syncopéhoz, fájdalmas izomgörcsökhöz, hő-kimerüléshez, illetve a legsúlyosabb esetben – hőguta kialakulásához vezet. Ezen állapotok kialakulása függ az egyén korától, nemétől, fizikai állóképességétől és edzettségi szintjétől, az esetleg fennálló társbetegségektől, illetve bizonyos gyógyszerek szedésétől. Akklimatizálódással, ill. megfelelő folyadék- és ion-pótlással ezen kóros állapotok kialakulása nagy-mértékben csökkenthető. Amennyiben hő ártalom tünetei jelentkeznek, azonnal hozzá kell látni a megfelelő kezeléshez, amelynek szintjét a hőártalom foka határozza meg. A test lehűléséről az intenzív terápiás ellátásig, hemodinamikai monitorozással, iv. folyadék- és elektrolit korrekcióval befejezve, mindent el kell követni a fatális kimenetel elkerülése végett.

Akut pszichiátriai esetek ellátása katasztrófák során

Dr. Péter László o.szds.

Katasztrófákat követően a túlélők többsége adaptívan reagál, de bizonyos esetekben különböző pszichiátriai betegségek alakulhatnak ki. A következményes pszichés manifesztációk elkerülésében a prevenciónak van nagy szerepe. A primer prevenció során bizonyos veszélyeztetett populációkat edukálnak, készítének fel egy lehetséges katasztrófa-helyzetre. A másodlagos prevenció azon terápiás lehetőségeket foglalja magában, melyeket közvetlenül a katasztrófa bekövetkezése után alkalmazhatunk. A harmadlagos prevenció a már kialakult pszichiátriai betegségek gyógyítását, a betegek rehabilitációját jelenti. Katasztrófákat követően megjelenhetnek olyan pszichés betegségek, amelyek közvetlenül a traumával hozhatók összefüggésbe (akut stressz reakció, akut stressz betegség, poszt-traumás stressz betegség), és olyanok is, amelyek ki-

alakulásában csak közvetett szerepet játszik a stressz. Az alapvető szükségletek biztosítása és a pszichológiai elsősegély mellett meghatározó a triage (osztályozás) és a korai kezelés is. A pszichiátriai osztályozás során 3 csoportba sorolhatjuk a betegeket aszerint, hogy mekkora veszélyt jelentenek önmaguk és/vagy környezetük számára. A korai kezelés során be kell tartani bizonyos alapelveket, melyeket alkalmazva biztosíthatjuk a mihamarabbi felépülést, szolgálatképességet.

Fontos kérdés lehet, hogy mikor kezdjük el a terápiás intervenciókat. PET vizsgálat kimutatta, hogy 6 órán belül rögzülnek bizonyos emlékek, elősegítve így a következményes PTSD kialakulását. Ebből következően minél hamarabb, amilyen gyorsan csak lehet, meg kell kezdeni a kezelést.

NATO és ENSZ missziók pszichológiai támogatási rendszere

Dr. Tarnóczi Richárd alez., Ph.D.

A hadtörténelmi események és a magyar katonai missziós tapasztalatok alapján bizonyossá vált, hogy a külföldi misszió szolgálatot teljesítő katonák terhelése az átlagos munkahelyi stressz-terhelés szintjétől és profiljától relevánsan eltér. Az MH HEK pszichológiai szakmai tevékenységében kiemelt helyet foglal el a külszolgálati missziókkal kapcsolatos pszichológiai tevékenység. Az előadás átfogó módon mutatja be a napjainkban alkalmazott rendszer egyes elemeit, úgymint kiválasztás, pszichológiai felkészítés, „DEPLOYMENT” tréning, reintegráció és pszichológiai támogatás. Az egyes elemekkel kapcsolatos tapasztalatok és kon-

zekvenciák levonását követően bemutatásra kerülnek azon szakmai fejlesztési irányok, amelyek hozzájárulnak a jelenleg működő katonapszichológiai szolgáltatás színvonalának emeléséhez, illetve releváns módon segítik a pszichológiai készenlét kialakítását és fenntartását pre-deployment, deployment és post-deployment fázisokban. Ezek közül kiemelt helyen kezelendő a kompetenciaalapú kiválasztás, „e-támogatási lehetőségek” alkalmazása, a 24 órás pszichológiai felkészítési rendszer kifejlesztése és bevezetése, de mindenekelőtt megfontolás tárgyát kell képezze a pszichológusok ismételt alkalmazása missziókban.

A Magyar Honvédség külszolgálati missziót ellátó állományának kiutazás előtt történő pszichológiai felkészítése

Völgyi Zoltán szds.

A Magyar Honvédség külszolgálati missziót ellátó állományának kiutazás előtti pszichológiai felkészítését a MH HEK Egészségfejlesztési Intézete Preventív Igazgatóságának Egészségpszichológiai Osztályán dolgozó pszichológusok végzik a MH Összhaderőnemi Parancsnokság parancsára. Jelenleg a felkészítés kiscsoportos tréningmódszerrel két lépcsőben valósul meg. 10 órás misszió specifikus felkészítést kapnak azok a résztvevők, akik két éven belül részt vettek már pszichológiai felkészítésen. Az állomány többi tagja 30 órás felkészítést kap, ami a misszió specifikus vonások mellett a csapatban történő együttműködésre, a táborban összezárt együttélésre és a missziókra jellemző általános stresszorok megismerésére, azok csökkentését elősegítő technikák megta-

nulására, valamint az önismeret fejlesztésére irányul. A tréningek módszertanára jellemzően célzott ismeretátadás, készség- és képességfejlesztés történik a felkészítés ideje alatt. Ennek magvalósítása a problémák saját tapasztalaton alapuló megértésével, feladatok végrehajtásával kezdődik. A problémák tudatosítását minden esetben a pszichés működések, társadalmi jellegzetességek ismertetése, elméleti összefüggések megvilágítása, majd a problémák enyhítésére alkalmas technikák ismertetése és begyakorlata követi. A felkészítő tréning tematikája folyamatos továbbfejlesztés alatt áll, amelynek alapját a tréningen résztvevők visszajelzései, valamint a missziókban szolgálatot teljesítő, és az onnan visszatérő katonák tapasztalatai képezik.

A mentálhigiénés prevenció lehetőségei és fontossága a katasztrófavédelmi feladatokat ellátó állomány körében

Györfly Ágnes fhdgy.

A katasztrófavédelmi feladatok ellátása során a feladatot ellátó állomány a feladat jellegéből adódóan fokozott pszichés terhelésnek van kitéve. A feladat állandó készenlétet igényel, előre nem látható időtartamig, speciális körülmények között, ahol nem mindig biztosított a váltóállomány, nincs elég információ és nem tudni, milyen lesz a helyzet kimenetele. Azok az események, amelyek a katasztrófahelyzetben érintettekre hatnak, ugyanúgy megérintik, hatásuk alá vonják a mentési munkálatokban résztvevőket is, ezért a prevenció kiemelten fontos esetükben mind a feladatot megelőzően a felkészítés során, mind a feladat végrehajtásakor, illetve a feladatot követően is. Ez utóbbira az szolgál indokul, hogy a reakciók gyakran időben késleltetve, a feladat végrehajtása

után jelentkeznek. A leggyakoribb megterhelésre utaló reakciók az állomány részéről: háritás, mint elhárító mechanizmus; bűntudat, megtett-e valóban mindent, illetve ő miért élte túl, míg más nem; fokozott készenlét, ha nem oldja meg, az mások életébe kerülhet; regresszió, fokozott érzékenység; csalódás a saját képességekben. Ezen érzelmi reakciók kezelésére, feldolgozására, megelőzésére rendszeresen lehetőséget kell biztosítani felkészítés formájában, a helyszínen pszichológus szakemberek jelenlétével, illetve az eseményt követően utánkövetés és egyéni és/vagy csoportos élményfeldolgozás révén. Ha ez nem történik, azzal a szakemberek legfontosabb munkaeszköze, a személyiségük károsodhat.

MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ

Az egészségügyi felderítés jelentősége a Magyar Honvédség új NATO szerepvállalásai tükrében

Dr. Kiss Antal Zsolt o.örgy.

A XX. század utolsó évtizedének politikai változásai és a NATO bővülés után, a 2001. szeptember 11-i ikertornyok elleni terrortámadással új fejezet kezdődött a Szövetség számára. A várható újfajta veszélyek és elvárások a katonai doktrinák átírását eredményezték. A 2002. évi prágai NATO csúcson a tagországok kötelezettséget vállaltak többek között felderítési képességeik növeléséért, ideértve az egészségügyi felderítést (Medical Intelligence-MEDINT).

Az egészségügyi felderítés létfontosságú adatokat szolgáltat a hadrafoghatóság biztosításához a katonai műveletek valamenynyifázisában. Jelenlegi NATO koncepcióját a Bilateral Strategic Command (BI-SC) Directive 65-7, helyét és szerepét az egészségügyi ellátó rendszerben az Allied Joint

Medical Support Doctrine, AJP-4.10(A) - Section 3 fogalmazza meg.

Az egészségügyi felderítés módszereiben a Katonaorvosi szak bázisán, a Megelőző orvostan, a Foglalkozás-egészségügy és az Utazási orvostan szakok ismereteinek felhasználásával végzi a felderítés 4 fázisú ciklusát. A végtermék a szükségképpen tömörített katonai nyelvezetű kockázatbecslés a parancsnoki vonal, a műveleti területre vonatkozó bővebb egészségügyi elemzés pedig az egészségügyi vezetés számára.

Az információszerzés fontosságának felértékelődése és új dimenziói új kihívásokat jelentenek a Magyar Honvédség számára az egészségügyi felderítés területén is.

Szerzőink figyelmébe!

Az utóbbi években Szerzőink, különböző szerkesztési elvek szerint összeállított formában küldik be közleményeiket.

Ezen belül külön problémát jelent a nem megfelelő minőségű, számítógépen elkészített ábrák és szövegek nem reprodukálható feldolgozása. Az egységes kivitelezés érdekében kérjük a közlemény összeállításakor az alábbiak figyelembe vételét:

- **Munkahely megnevezése,**
- **A dolgozat címe,**
- **Szerző(k) neve** (katonai és tudományos fokozat megjelölésével),
- **Kulcsszavak** (a közlemény lényeges fogalmait, új megállapításait tükrözze),
- **Összefoglalás** (a dolgozat érdemi részének összefoglalása – magyar és angol nyelven),
- **Közlemény,**
- **Irodalom** (számozott, külön sorokban történő felsorolás, szerző(k) ABC sorrendben a folyóirat kötettség, oldalszám feltüntetésével, illetve könyv idézésekor – évszám és a kiadó megnevezését is kérjük).

ANYAG LEADÁSA

Formátum: DOC, XLS

- A szöveg korrektúrázott legyen
- Csak fekete szöveget tartalmazzon
- Szövegnél aláhúzást ne alkalmazzanak (helyette: dőlt, félkövér stb.)
- A képeket csak tájékoztató jelleggel helyezték be, mert nem másolhatók (szín, minőségromlást von maga után)
- A táblázatoknál kérjük vegyék figyelembe
 - a hasáb szélessége 62 mm
 - az oldal szélessége 130 mm
 - az oldal magassága 205 mm

Formátum: JPG, TIF, EPS

- A képek ne legyenek 300 dpi felbontásnál kisebb méretűek
- Ha ábrát tartalmaz a **szöveget javítani** nem tudjuk
- A színes képek CMYK vagy RGB színrendszerben legyenek
- A képek méreténél vegyék figyelembe (nagyítás minőségromlást von maga után)
 - a hasáb szélessége 62 mm
 - az oldal szélessége 130 mm

Egyéb tudnivalók minden formátumnál:

A fájlnevek ne tartalmazzanak ékezetet, max. 12 karakteresek legyenek és utaljanak az anyag címére. A vonalak vastagsága min. 0,25 pt legyen.

A dolgozat végén kérjük feltüntetni az első szerző postai címét a különnyomat küldés megkönnyítése céljából.

E szerkesztési elvek betartása mind az átfutási időt, mind a szerkesztési munkát meggyorsítja lapunk számára.

