

616-001.45:355.724:617:355.01(497.1)

VÁLEČNÁ ZRANĚNÍ OŠETŘENÁ V POLNÍM CHIRURGICKÉM TÝMU V OBDOBÍ OD BŘEZNA DO ŘÍJNA 1994

Mjr. MUDr. Petr CHMÁTAL, pplk. MUDr. Miloslav MATOUŠEK, pplk. MUDr. Miroslav KOCOUREK
Chirurgická klinika VLA JEP Hradec Králové v Ústřední vojenské nemocnici, Praha -
(přednosta: prof. MUDr. Miloš Hájek, DrSc.)

Patří k rysům válečné medicíny, že dokumentace a záznamy se ocitají mimo dosah ošetřujících lékařů, proto i my vycházíme pouze ze stručných soukromých poznámek.

V průběhu mise bylo příslušníky našeho týmu ošetřeno 11 zranění, některá, jak již bylo zaznamenáno, ve spolupráci s kanadskými zdravotníky. Ve všech případech se jednalo o minová zranění. Tento fakt potvrzuje pozorovanou tendenci růstu minových úrazů v lokálních konfliktech posledních let.

Minová zranění mají mnohofaktorový charakter: mechanické odtržení částí končetin, popálení tkání plamenem, mnohostřepinová poranění, kontuzní zranění tělesných systémů a otravy oxidem uhelnatým. Vše v možné vzájemné kombinaci, se všemi typy jsme se setkali.

Vedoucí lokalizací podle vyhodnocení z Afghánistánu jsou končetiny ve více než polovině případů, následuje hlava a krk v jedné pětině, hrudník a břicho v menších procentech. Rány jsou velmi rozsáhlé, členité, silně kontaminované, rozsah škod je větší, než ukazuje makroskopické vyšetření. Naše zkušenosti

s jedenácti ošetřenými minovými traumaty neumožňují učinit obecné závěry, nicméně potvrzují uváděné údaje. Ve všech našich případech byly postiženy končetiny, hlava a krk ve dvou případech. Hrudník bez nutnosti torakotomie jednou, břicho ve dvou případech. Komplexní léčba vyžaduje vedle chirurgického ošetření současnou protišokovou a antibakteriální léčbu.

Přes vedenou polemiku naše zkušenost radí k včasnému krevnímu převodu a k předzásobení krví až do přední linie. Doba transportu je závislá na zdravotním stavu pacienta, možnostech zdravotnického zařízení a na vnějších okolnostech. Všeobecně dochází k prodlužování doby netransportability zraněných.

Z ošetřených úrazů

Dvaadvacetiletý Kanadčan s rozsáhlou ránou pronikající třísmem do pánve s dilacerací ilických cév, otevřenou tříštivou zlomeninou kyčelního kloubu vlevo, mnohočetnými zraněními obou dolních končetin, mnohočetnými střevními perforacemi, traumatickou semikastrací, amputací glans penis. Při přijetí pacient

v těžkém hemoragickém šoku, ze kterého se ho již nepodařilo vyvést. Mors in tabula.



Obr. 1 Otevřená zlomenina kyčelního kloubu

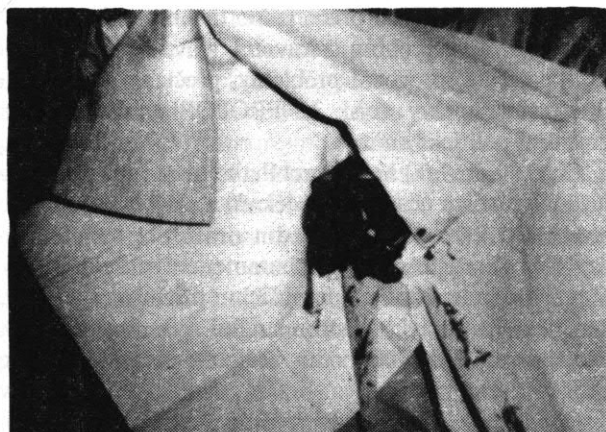


Obr. 2 Mnohočetná zranění dolních končetin, semikastrace



Obr. 3 Dilacerace ilických cév, mnohočetné střevní perforace

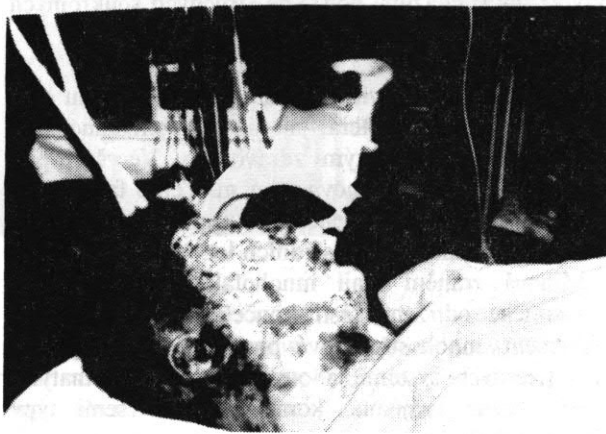
Kanaďan s devastujícími zraněními obou dolních končetin a pánve, mnohočetné střepinové zranění očních bulbů.



Obr. 4 Traumatická amputace



Obr. 5 Zranění dolní končetiny způsobená uvnitř obrněného vozidla při výbuchu miny

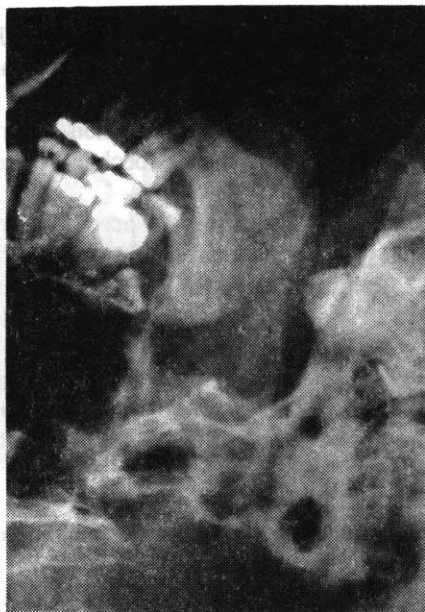


Obr. 6 Střepinové zranění obličeje

Následující obrázky 7 až 10 dokumentují mnohočetná střepinová zranění hlavy, hrudníku a obou dolních končetin kanadského vojáka.



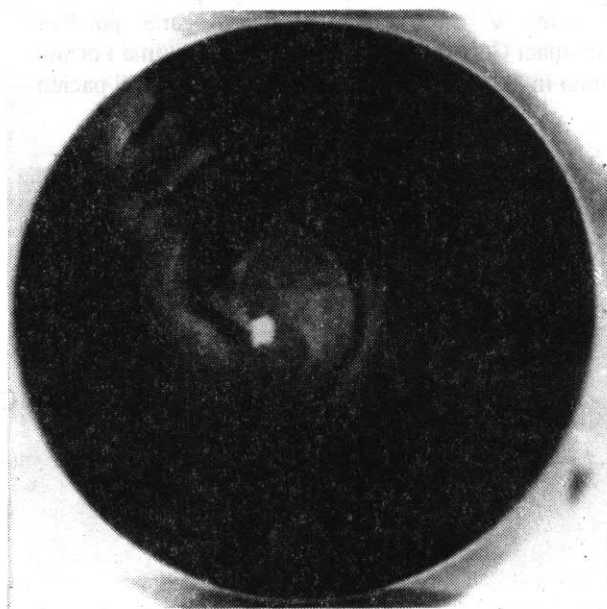
Obr. 7 Tvářový defekt způsobený zástřelem střepin



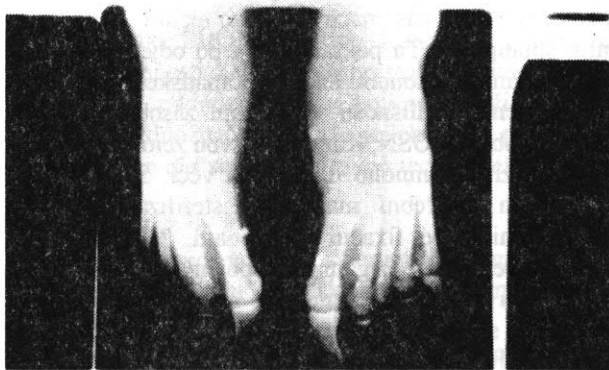
Obr. 8 RTG - snímek se zástřely



Obr. 9 RTG - zástřel ramene a podklíčkové oblasti



Obr. 10 RTG - zástřel talu



Obr. 11

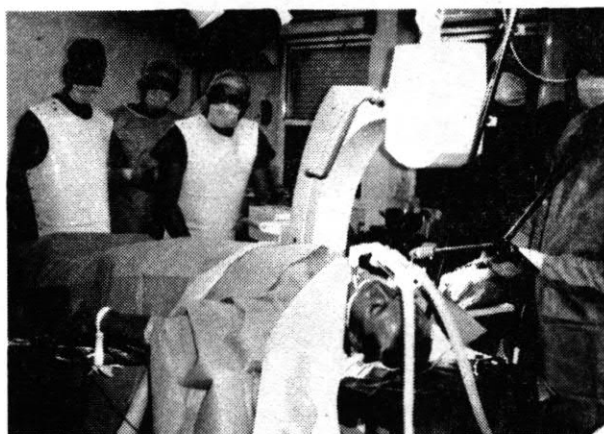


Obr. 12

Na obrázku 11 RTG-snímek čtyřiaadvacetiletého Jordánce, který utrpěl mnohočetná střepinová poranění obou dolních končetin. RTG-snímek na obrázku 12 patří dvaadvacetiletému Jordánci s typickou traumatickou amputací nohy způsobenou protipěchotní minou.

Všem zraněným jsme poskytovali prvotní chirurgické ošetření, ve všech případech se jednalo o ošetření včasné (tj. do 24 hodin). Postupovali jsme podle zásad válečné chirurgie. Vždy byl proveden řádný debridement rány s odstraněním cizích těles, devitalizovaných, kontaminovaných a zhmožděných tkání, drenáž. V jednom případě amputace v bérce. V dalším postupu byly otevřené a drénované rány převazovány jedenkrát denně.

Nalezení projektilů, i když jejich lokalizace je určena RTG-snímkem v několika projekcích, je obtížné, s výhodou jsme používali peroperační skiaskopie. Všechny raněné jsme v průběhu narkózy pasivně imunizovali antigangrenózním sérem, všem byl podán tetanický anatoxin. V antibiotické profylaxi jsme používali kombinaci Cefalotin-Metronidazol, Mefoxin a Fortum. Ranná infekce nebyla pozorována. Všichni naši pacien-



Obr. 13 Využití skiaskopie

ti byli mezi druhým až pátým dnem transportováni vrtulníkem do americké nemocnice v Zagrebu a poté dále do mateřské země.

Do redakce došlo 23. 2. 1995