

A Mozgó Belgyógyászati Kórház működése korszerű viszonyok között

Irta: **Borhegyi László** dr. orvosalezredes.

A második világháborúig kevés gondot fordítottak a belgyógyászati segélynyújtásra. Bár a Nagy Honvédő Háborúban a háborúk történetében először volt a betegek száma lényegesen kevesebb, mint a sebesülteké, ennek ellenére a szovjet hadseregben sokat javult a betegek ellátása, ami a gyógyulási eredményekben is megmutatkozott. A hadosztálysegélyhelyeken a kórházszakasz parancsnoka belgyógyász volt. Minden Mozgó Sebészeti Kórházban (MSK) dolgozott belgyógyász. A frontkórházakban szakosított belosztályokat hoztak létre, sőt néhány fronton szakosított belgyógyászati kórházat is. 1942-ben Mozgó Belgyógyászati Kórházakat (MBK) szerveztek, melyek a diagnosztikus, osztályozó és gyógyító munka központjaivá váltak. A belgyógyászati betegek egy része a KSK belgyógyászati részlegébe került. A KSK-akat a szovjet hadseregben a háború kitörése után másfél-két hónappal — tehát már 1941-ben — kezdték megszervezni.

Korszerű viszonyok között a tömegpusztító fegyverek alkalmazásának lehetősége következtében az elmúlt világháborúhoz képest jelentékeny mértékben változik meg a sebészi és nem sebészi ellátásra szoruló harci sérültek aránya. A legújabb számvetések szerint az eü. veszteség 60—65⁰/₀-a sebészi, 35—40⁰/₀-a *belgyógyászati* jellegű. A beltípusú sérülések zöme sugársérültekből, vegyi-harc-sérültekből, bakteriológiai fegyver által sérültekből kerül ki és csak kisebb része, az össz-eü. veszteség 1—2⁰/₀-a un. hagyományos betegekből (rheumás láz, tüdő-mellhártyagyulladás, vesegyulladás, gyomor-bél betegségek stb.). Jelentőségénél fogva kiemelkedik a belgyógyászati jellegű sérülésekből az organophosphatok (sarin, tabun, soman) által okozott sérülés, amely jelenlegi számvetéseink szerint a vegyi fegyver által okozott sérülések 90—95⁰/₀-át teheti ki. A későbbiekben ezek ellátására még kissé részletesebben visszatérek.

Mindezekből nyilvánvalóvá válik, hogy a háborúk történetében először fordul elő, hogy a belgyógyászati intézetekben kezelésre kerülők nagy részét olyan harcosok teszik ki, akik harci fegyver által sérültek és csak egy töredékét a szűkebb értelemben vett belgyógyászati betegek, illetve a hagyományos fertőző betegek. Jellemző továbbá a kombinált sérülések várható nagy száma. A kombinált sebészi-belgyógyászati sérültek (pl trauma+sugár, trauma+vegyi, égés+sugársérülés stb.) sebészi intézetbe kerülnek, melyekben van belgyógyász, aki azonban még megerősítéssel sem képes valamennyi sérülttel foglalkozni. Alapvető követelmény tehát, sebészek számára is, a vegyi, biológiai fegyver és a sugárzás által okozott harci sérülések tünettanának és kezelésének elsajátítása, hogy adott esetben a kezelési utasításokat belgyógyász segítsége nélkül is megadhassák.

A belgyógyászati típusú harci sérülések ellátására az alábbi kórházak hivatottak:

1. MBK.
2. MFK (esetleg kisméretű KFK).

3. Jelentős mennyiségű ágyat jelent az, hogy a KSK, a Kiürítő Kórház és az Osztályozó Kórház ágyainak egy része is belgyógyászati típusú sérültek ellátására szolgál.

A kórházakra háruló feladat a harci sérültek szakorvosi és szakosított segélyben részesítése, de éppen a korszerű viszonyok következtében előadódhat olyan helyzet is, hogy a sérültek jelentős része a kórházban kapja az első orvosi segínyt (pl. a belgyógyászati EVK-ban, vagy ha a tömegpusztító fegyvereket a kórházalap közelében, vagy éppen körletében alkalmazzák). A szakaszos gyógykezelés elve ilyen körülmények között számos esetben nem tartható be. Ilyenkor arra kell törekedni, hogy a kórházakban, amikor lehetséges, a kezelés teljes terjedelmét nyújtsák. Nem szabad azonban feladni a rendeltetészerű kiürítés elvét, sőt a szakaszosság kényszerű megszűnése miatt a szállítás korszerűségének jelentősége megnő. A korszerű viszonyok megkívánják az intézetek mozgékonyágának biztosítását. Minden tábori intézet legyen képes egy lépcsőben áttelepülni.

Nézzük meg ezek után, hogy az MBK-nak mi a rendeltetése, feladata, szervezése, milyen funkcionális részlegekből tevődik össze és ezek milyen módon működnek a legcélszerűbben.

Az MBK rendeltetése a hadsereg belgyógyászati profilú atom- és vegyi sérültjeinek és hagyományos betegeinek gyógyítása és ellátása. Szervezetszerűen 200 fő elhelyezésére és ellátására alkalmas, de befogadóképessége szükség esetén 150%-ra emelhető. Szervezetszerű erőivel és eszközeivel személyi állományát és anyagát egy lépcsőben képes elszállítani.

Az MBK feladata a betegek és sérültek belgyógyászati szakorvosi kezelése, ellátása, a sugár- és vegyi sérültek szakosított belgyógyászati ellátása, a szükséges laboratóriumi vizsgálatok elvégzése és a diagnózis mielőbbi felállítása. El kell végezni a sérültek felszerelési tárgyainak, ruházatának mentesítését, fertőtlenítését, rovtalanítását. Elsőrendű feladat a sérültek mentesítése. A továbbszállításra kerülőket elő kell készíteni a kiürítésre. A kórházban működő elsőfokú Felülvizsgáló Bizottság az arra szorulókat minősíti és a minősítési javaslatokat felterjeszti. További feladat az eü. szolgálat személyi állományának kiképzése és továbbképzése.

Az MBK települhet épületekben vagy sátrakban, illetve vegyesen. A szabályzat szerint az MBK legyen képes település után egy órán belül tömeges betegátvételre, két órán belül tömeges szakosított belorvosi ellátásra, három órán belül érje el minden részlege teljes működőképességét. A betegetől való tehermentesítés után egy—másfél órán belül el kell érni a menetkésztséget.

Az MBK áttelepülését az előjáró parancsnok utasítása alapján egy vagy két lépcsőben saját szállítóeszközeivel hajtja végre. A betegek kiürítése az előjáró parancsnok intézkedése szerint történik. Az új települési helyre a kórházparancsnokság egy felderítő-előkészítő csoportot küldhet ki. Ennek feladata a települési hely pontos kiválasztása, az egyes funkcionális részlegek települési helyének, az ételmezési blokk települési helyének megjelölése, vízlelőhelyek kijelölése. Településkor először az átvető-osztályozó és az eü. mentesítő, azután az élm. blokk, majd a többi funkcionális részleg települ. Célszerű az MBK-át MFK szomszédságában telepíteni együtműködés és egyes betegek átirányítása céljából.

Az MBK alkalmazható frontkórházalap kötelékében a kórházalap főnökség közvetlen alárendeltségében, mint EVK atom- és vegyi sérültek ellátására a hds. eü. ov. alárendeltségében, tömegesen jelentkező fertőző betegek ellátására, esetleg fertőző szakorvossal megerősítve, végül hátországi eü. feladatok ellátására is felhasználható az Eü. Csfség alárendeltségében.

Az MBK együtműködik a vele egy körzetben települt intézetekkel, kapcsolatot tart a közeli polgári egészségügyi szervekkel és intézetekkel. Az MBK

az alábbi osztályokkal és részlegekkel rendelkezik: parancsnokság, átvevő-osztályozó, gyógyító osztályok (két 100 ágyas osztály), ide tartozik a laboratórium és röntgen; gyógyszertár, gazdasági ellátó szakasz.

Parancsnokság: Az MBK vezetési szerve. A kórházparancsnok utasítása alapján kidolgozza a kórház telepítésével, áttelepítésével, működésével, őrzés-védelmével kapcsolatos intézkedéseket. Végzi a kórház adminisztrációs munkáját. Statisztikailag feldolgozza és nyilvántartja a betegellátással kapcsolatos feladatokat. Előkészíti és felterjeszti az eü. és egyéb jelentéseket. Ellenőrzi az osztályok és részlegek dokumentációját. Kidolgozza a szolgálat ellátásával és őrzés-védelemmel kapcsolatos intézkedéseket.

Átvevő-osztályozó: Az átvevő-osztályozó elé az út mentén sugárszennyező-dést mérő műszerekkel felszerelt irányítót kell állítani. A sugár- és vegyi harcanyaggal szennyezett betegek fürdetésére és mentesítésére az átvevő-osztályozó elé helyi eszközök felhasználásával fürdető-mentesítőt kell építeni. A kórház-alapfőnökség szükség esetén fürdető részleggel erősítheti meg az MBK-at a fürdető-fertőtlenítő század állományából. Az átvevő-osztályozó részleg az MBK igen fontos része, mert ide érkeznek be a betegek és sérültek, itt történik nyilvántartásba vételük, első vizsgálatuk, sürgős segélyben részesítésük, osztályozásuk és a megfelelő osztályra irányításuk. Sürgős belgyógyászati segély keretében szívszereket, tonicumokat adagolnak, oxigén belégzést nyújtanak, nyugtatókat, antidotumokat adnak, bő itatás után hánytatókat adnak, esetleg gynommosást végeznek.

A feladatok megoldására HOSA típusú sátrat telepítenek. Az átvevő-osztályozóban szervezetszerűleg felcser működik, emiatt a betegáramlás megindulásakor célszerű az átvevő-osztályozót egy orvossal és két nővérrel megerősíteni. Az egyik nővér a nyilvántartást végzi, a másik az orvosi utasításokat hajtja végre (hőmérőzés, sürgős beavatkozások, itatás, hánytatás stb.). Nagyobb tömegű beteg egy időben történő beérkezésekor célszerű az átvevő-osztályozót két orvossal és három nővérrel megerősíteni. Ilyenkor a harmadik nővér végzi a hőmérózt és váladékot vesz a sérültek szájnyalkahártyájáról, sugárszenyvezettség kiderítése, megállapítása céljából.

A betegek megérkezése után a súlyos sérülteket a sátor egyik oldalán helyezik el. A középsúlyos sérülteket a sátor másik oldalán padokra ültetik. Ezt az elemi osztályozást az átvevő-osztályozó felcsere irányítja, majd ismételt radiometriás ellenőrzést végez előbb a súlyos betegeken, majd a többiekén is.

Az orvosok tanulmányozzák az előlfekvő kiürítési szakaszok dokumentációját (elsősegélylap!), majd elkezdik a súlyos betegek vizsgálatát, dokumentációját és jelzésekkel látják el őket (a kórház mely részlegébe kerülnek, kiürítőbe kerülnek stb.). A nyilvántartást végző nővér hozzáfog a súlyos sérültek adminisztrációjához. Az átvevő-osztályozó nyilvántartási könyvébe csak a legszükségesebb adatokat jegyzik be: vezeték- és keresztnévet, rendfokozatot, egység megnevezést, beérkezés időpontját, továbbá, hogy melyik osztályra irányították a sérültet.

Körtörténetet csak súlyos betegekről vesznek fel. A körtörténetbe az említett adatokon kívül csak a következő adatok kerülnek: szállítás sürgőssége, előzetes diagnózis, az előzetes diagnózist bizonyító leglényegesebb adatok, az átvevő-osztályozóban végzett therápia és közeli sürgős tennivalók a gyógyító osztályon. Középsúlyos betegek körtörténetét nem töltik ki, csak a nyilvántartási könyv sorszámával látják el és a betegeket az üres kórlappal és a mellékelt elsősegélylappal a gyógyító osztályra irányítják.

Marsalkovics és munkatársai pontosan, percre felmérték egy belgyógyászati kórház átvevő-osztályozó részlegének munkáját 5—10 és 30 beteg egyidejű beérkezése esetén. A 30 betegből 4 rendkívül súlyos, 11 súlyos és 15 kp. súlyos volt. Az irnok, vagy a nyilvántartással megbízott ápolónő azonnal megkezdi a betegek összeírását, a súlyosakkal kezdve. Az egyik ápolónő végzi a hőmérézést, a szájúregből nyálat vesz le vizsgálat céljára, a második ápolónő végrehajtja az orvosi utasításokat. Az első ápolónő említett munkájának befejezése után segít a másoknak. A felcser a sugármérés elvégzése után irányítja a sérültek elszállítását a kórház különböző osztályaira és fogadja az újabb sérülteket. Az eü. katonák a beteg felmelegítését végzik, a műszereket sterilizálják, fertőtlenítik a váladékokat (sugármentesítés). *Marsalkovics* és munkatársai tapasztalataik alapján néhány ésszerű javaslatot tettek: 3 perces hőmérés, gyomormosás helyett bőséges itatás általi hánytatás. Külön megfontolást igényel a hepatitis veszélye miatt az a javaslatuk, hogy a szükséges gyógyszereket bőr alá, egyazon 10 ml-es fecskendővel adják, minden injekció előtt csupán a tűt cserélve.

Miután a belgyógyászati kórházba zömmel sugárbetegnek és vegyiharc sérültek fognak beérkezni, helyénvalónak tartom, hogy kitérjek a heveny sugár-sérülés elsődleges általános reakciójának diagnosztikai jelentőségére (*Ivanov*).

Az elsődleges reakció igen súlyos sugárbetegség esetében shock-szerű állapothoz hasonlít, eszméletvesztéssel, súlyos hányással, vagy zavart sensoriummal jár. A reakció rögtön a sugárbehatás után következik be, hosszú ideig tart s közvetlenül megy át a sugárbetegség kifejlett szakába.

Súlyos sugárbetegség esetében az elsődleges reakció ugyancsak közvetlenül a besugárzás után keletkezik és heves fejfájásban, szédülésben, álmatlanságban nyilvánul meg. A hányinger és hányás a besugárzás után 1—2 óra múlva jelentkezik, periódikusan ismétlődik és 2—3 napig tart. A tünetcsoporthoz még nehézlégzés, tachycardia, arhythmia, a bőr és nyálkahártyák hyperaemiája, hőemelkedés, hasmenés, szomjúságérzés, étvágytalanság társul. Ezek a tünetek 2—3 nap alatt zajlanak le.

Kp. súlyos sugárbetegség esetében az elsődleges reakció a besugárzás után csak néhány óra múlva jelentkezik. Tünetei kevésbé kifejezettek mint a súlyos formáé. A hányás néhány óra múlva megszűnik, az öntudat leginkább megtartott, a bőr és nyálkahártyák normális külleműek. A reakció rendszerint a második napon megszűnik.

Könnyű sugárbeteg elsődleges reakciója gyenge, a besugárzás után néhány óra múlva kezdődik s már az első napon elmúlik.

Molcsanov véleménye szerint általában csak a könnyű sugárbetegségben szenvedőket érdemes a tábori belgyógyászati kórházban gyógykezeltetni. A kp. súlyos és súlyos eseteket nem tartja célszerűnek tábori kórházban kezelni, minthogy e célra több mint két hónap szükséges és ami a leglényegesebb, ezek a harcok harci tevékenységüket nem folytathatják.

Sulcev közleményében a beltípusú sérültek osztályozásával foglalkozik a gyógyintézetbe történő tömeges áramlás esetén. Felfogása szerint sugársérültek osztályozásában alapvető és vezető jelentőségű a klinikai szempont. Az osztályozás alapja az anamnézis, döntő jelentőségű az elsődleges reakció súlyosságának megítélése, főleg a hányás, annak ismétlődése és tartóssága. Az anamnézist futólagos, tájékozódó jellegű betegvizsgálat követi: a beteg arcának, bőrének és nyálkahártyáinak megtekintése, a pulzus vizsgálata, egyes betegek esetében vérnyomásmérés, a légzésszám ellenőrzése, hányás, hasmenés észlelése. Az első 24 óra végén és a második nap elején már az első haematológiai vizsgálatra lehet támaszkodni, mégpedig fehérvérsejtszámot kell vizsgálni és a

Bürker-kamrában tájékozódó jelleggel meg kell állapítani a mono- és polynucleáris sejtek megoszlását. Így tehát az osztályozás első szakaszában az anamnézisre, az elsődleges reakció jeleire, egyszerű betegvizsgálatra és az első vérvizsgálatra támaszkodunk. Ezek alapján ki tudjuk választani az igen súlyos, súlyos és könnyű betegek csoportját, előírhatjuk a sürgős gyógykezelést és a kiürítés rendjét.

A második nap végén és a harmadik nap elején, az osztályozás második szakaszában ismét a klinikai tünetek és a megismételt, az előbbiekből leírt vérvizsgálat adatai vezetnek bennünket. A fehérvérsejtek száma csökkenő tendenciát mutathat. Ismeretes, hogy az elsődleges reakció tünetei ilyenkor visszafejlődhetnek már és még nagy sugáradagot kapott sérültek általános állapota is javulhat, de ha a második fehérvérsejtszámoláskor a fehérvérsejtek száma csökkenő tendenciát mutat, úgy ez súlyos sugársérülésre utal, tehát a sérült kiürítendő. A továbbiakban a rendkívül súlyos betegek kiürítése után naponta kell folytatni az osztályozást. A beteglétszám csökkenése után kívánatos elvégezni az első teljes haematológiai vizsgálatot, a vvs-ek, a hgb, a fvs-ek, a thrombocyták és a reticulocyták számának meghatározását, a vvs süllyedés vizsgálatát. El kell végezni a vizelet és széklet radiometrikus vizsgálatát. A visszamaradottak osztályozása ilyen módon folyamatosan történik, súlyosság, prognózis és a kiürítés sorrendje szempontjából.

Mint már a bevezetőben említettem, jelentőségüknél fogva külön kell foglalkozni az organophosphatok csoportjába tartozó vegyiharcanyagok által okozott sérülésekkel. Nem lehet eléggé hangsúlyozni éppen e sérülés ellátásában az önségély és az elvtársi segély rendkívüli jelentőségét. Elengedhetetlenül szükséges az egész személyi állomány ilyen irányú felvilágosítása és kioktatása. Vegyi csapás esetén az ellátás lényegében az ESH-re és a HSH-re hárul, minthogy nincs elegendő speciális toxicológiai brigád. A gócban az ESH és HSH csak halaszthatatlan első orvosi segélyt nyújt. Legcélszerűbb a kiürítést a gócból közvetlenül a kórházalap belgyógyászati intézeteibe irányítani. Organophosphat vegyületek alkalmazása esetén az életmentő szakorvosi segély keretében antidotumokat adnak, mesterséges lélegeztetést végeznek, oxigént, szívszereket, anticonvulsiv szereket adnak, igyekeznek a tüdőoedemát elhárítani és a sérülteket részlegesen, vagy teljesen mentesíteni.

A HSH-ről a sérültek két csoportját nem lehet elszállítani: a) a collapsusban vagy shockban levőket és b) a görcsös állapotban levőket.

Könnyű organophosphat sérülések vezető tünete a myosis. Kb. a sérülések 30%-a sorolható ide. A kezelés időtartama általában 5—7 nap. A sérültek kiürítésre nem szorulnak, 5—7 nap múlva visszatérhetnek egységükhöz. A *kp. súlyos* kontingens 50—60%-ra tehető. Vezető tünet a bronchus-görcs. Kezelési időtartam kb. 3 hét. *Súlyos* sérülés generalizált görcsös állapottal, bronchus-görcsrel jár. A kezelési időtartam a 30 napot meghaladja. A súlyos kategóriába tartozó betegek kiürítése a 2—3. napon lehetséges, légi úton azonban kockázatos, mivel a zaj és főleg a vibráció generalizált görcsös állapotot válthat ki, ezért ajánlatosabb a kiürítést sebesültszállító gépkocsin végrehajtani.

A többi mérgező harcanyag ellátására nem térek ki, mert kezelésük az elfogadott és ismert módszerekkel történik.

Az MBK *gyógyító osztályának* feladatai: maximálisan három részlegbe települve a sugárbeteg, vegyiharc sérült és hagyományos betegek részére felgyógyulásukig, illetve a KSK-ba vagy hátországi kórházba történő kiürítésükig megfigyelést és gyógykezelést biztosítani. Szükség esetén elvégzik a bentfekvők elsőfokú felülvizsgálatát, minősítését. A feladatok végrehajtására 2—3 fektetőt, elkülönítőt, laboratóriumot és röntgenrészleget telepítenek.

A MBK-ban folyó gyógyító munka terjedelmét és a kezelés maximális időtartamát a szakmai előjáró határozza meg. A főszakorvosi direktívában megszabott átlagos kezelési időn belül a kórházparancsnok az adott helyzetnek és a kórház alkalmazásának megfelelően megszorításokat rendelhet el.

A *gyógyszertár* feladata a kórház ellátása mindennemű eü. anyaggal. Az MBK 300 beteg gyógykezeléséhez szükséges fogyó és nem fogyó eü. anyaggal rendelkezik. Az anyag 50%-os felhasználása esetén gondoskodni kell az előjáró parancsnokon keresztül a feltöltésről. A gyógyszertár beosztottjai szükség esetén igénybevehetők a gyógyító osztályok munkájának ellátásához.

A *gazdasági ellátó szakasz* feladata a kórház működéséhez szükséges anyagi eszközök biztosítása.

Foglalkozni kell még az MBK eü. anyagának ismertetésével. Adott esetben ugyanis nem közömbös, hogy különösen a háború kezdeti időszakában mennyire ismerik az orvosok egy-egy tábori intézet nagy anyagának összetételét, tartalmát, rendeltetését. Csak ennek ismeretében tudják az anyagot célszerűen felhasználni a feladat végrehajtásához.

A tábori eü. anyagellátás egyik jellemző vonása, hogy az anyag a diagnosztikai, gyógyító-kiürítő munka folyamatainak egy-egy pontján végzendő eü. feladatoknak megfelelően egységcsomagokba, komplektekbe van összeállítva. Ezekkel az egységcsomagokkal bármely tábori eü. intézet megalkotható és szükség szerint megerősíthető. A tábori eü. intézetek gyors települését csak szakszerű málházással lehet biztosítani. A málházást úgy kell végrehajtani, hogy az egyes részlegek anyaga lehetőleg egy gépkocsira kerüljön. A rakfelület elejére egyrészt a legérzékenyebb, másrészt a településnél legkésőbb szükséges anyagokat kell rakni. A rakfelület hátsó részébe kerülnek azok az anyagok, melyek az új települési helyen azonnal szükségesek, tehát a sátrak és sátoranyagok. Figyelembe kell venni azt is, hogy először az átvevő-osztályozó és eü. mentesítő részlegek települnek, tehát ezek anyagkészlete jól hozzáférhető helyen legyen.

Az MBK működését tehát komplektek biztosítják. Ezekben a nem fogyó anyagok mellett egy hadműveleti időszakra, 6—10 napra elegendő fogyó anyag (gyógyszer, kötszer) is van. A fogyó anyagok utánpótlása, törött, hibás fecskendők, hőmérők, éles műszerek cseréje és pótlása a tábori eü. anyagraktárból történik. A hadműveleti időszak eltelte után innen történik a teljes anyagkészlet feltöltése.

Röviden tekintsük át az MBK főbb komplektjeit.

Ambuláns gyógyszerégység (AGY). Tartalmazza az átvevő-osztályozón átáramló betegek első gyógyszerellátásához, valamint az ambuláns betegellátáshoz szükséges gyógyszereket.

Belgyógyászati alapegység (BEA). Tartalmazza a belgyógyászati ellátáshoz szükséges alapvető anyagokat, gyógyszereket, eszközöket és a legegyszerűbb műszereket.

Belgyógyászati diagnosztikai egység (BDE). A belgyógyászati kórisme felállításához szükséges általános anyagokat tartalmazza. Speciális vizsgálatok és kezelés céljából az alábbiakat teszi lehetővé: mellkas-, has-, szívburokcsapolás, hólyagcsapolás, vérvétel, mindennemű injekciós kezelés, gyomormosás.

Betegellátó egység nagy (BEN). Fekvő betegek ellátásához szükséges anyagokat tartalmaz (infúziós, Katzenstein, irrigátor készlet, hőmérők, melegítő palackok, ágytálcák, vizelő üvegek, köpöcsészék stb.).

Speciális segélyhely egység (SSE). Mérgező harcanyag és sugársérültek részére első orvosi segély nyújtásához szükséges gyógyszereket, anyagokat és eszközöket tartalmaz.

Transzfúziós készlet (TK). Vércsoportmeghatározást, vérvételt, vénapreparálást, csepp- és gyors transfúziót tesz lehetővé.

Izothermláda (IL II). 10 palack vér szállítására és megfelelő hőfokon tartására szolgáló szigetelt falú láda.

Tracheotomiás készlet (TEK). Gégemetszéshez szükséges sebészeti műszereket tartalmaz.

Csapatfertőtlenítő egység (CSFE). Fertőtlenítő anyagokat és eszközöket tartalmaz, továbbá borbély felszerelést, hajnyírás és szőrtelenítés elvégzéséhez.

A felsoroltakon kívül a belgyógyászati kórház még számos egyéb anyaggal rendelkezik: fa- és fémhordágyakkal, orvosi táskákkal, egészségügyi és tisztahelyettesi felcser táskákkal, sebllátáshoz szükséges anyagokkal stb. Nem kívánok ehelyütt foglalkozni a gyógyszer-tár anyagával, mely zömmel a GYEN-ből (gyógyszer-tári egység nagy) áll, a klinikai laboratórium anyagával, a röntgenrészleg felszerelésével és a hadtáp anyagával.

A közleményben röviden és vázlatosan ismertetem az MBK feladatát, felépítését, anyagát és korszerű viszonyok közötti működésének néhány fontosabb részletkérdését.

IRODALOM

1. *Bernát Iván—Borhegyi László—Horváth János:* Hadsereg gyógyintézetek szerepe a beltípusú betegek ellátásában. Előadás főszakorvosi összevonáson. 1961. II. —
2. *Ivanov N. G.:* Az osztályozás és a belgyógyászati segély megszervezésének egyes kérdései az eü. kiürítés szakaszain. *Vojenno-Med. Zsurnál.* 1961. 12, 7—11. o. —
3. *Marsalkovics D. B. és mtsai:* A belgyógyászati kórház átvevő-osztályozó részlege munkájának megszervezése. *Vojenno-Med. Zsurnál.* 1961. 6, 15—17. o. —
4. *Molcsanov N. Sz.:* A tábori belgyógyászat néhány aktuális kérdése. *Vojenno-Med. Zsurnál.* 1961. 6, 9—14. o. —
5. *Sulcev G. P.:* A belgyógyászati profilú sérültek osztályozásáról. *Vojenno-Med. Zsurnál.* 1961. 11, 10—11. o. —
6. *Tunyoghgy Ferenc:* Az MBK eü. anyagának ismertetése (előadás). —
7. *Vámos László:* személyes közlés —
8. Az MBK szervezési és működési utasítása.

Az eü. erők és eszközök helyzetének regisztrálása gyakorlatokon és csoportos foglalkozásokon

Írta: **Horváth János** dr. orvosőrnagy és **Sugár Béla** dr. orvosőrnagy.

Minden olyan gyakorlaton vagy csoportos foglalkozáson, ahol az eü. szolgálat erői és eszközei csak feltételezetten működnek, problémát jelent ezeknek térbeli és időbeli nyilvántartása. Ugyancsak nehéz a gyakorlat vezetőjének kialakítani egy-egy helyzetet úgy, hogy az a realitás erejével hasson, ha nincs a kezében olyan lehetőség, amelynek segítségével az idő és a feladatok ismeretében bármikor meg tudja mondani, hol, milyen állapotban vannak a rendelkezésére álló erők és eszközök, mikor és hol tud munkájukra számítani.

Igen sok kezdeményezésnek voltunk már ezen a téren tanúi. Láttunk táblázatos nyilvántartásokat.

Voltak olyan elképzelések, hogy különböző mozgatható jelzésekkel a térképen történjek az ábrázolás.