



AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO
im. gen. broni K. Swierczewskiego

KATEDRA TAKTYKI TYŁOW

JAWNE

WYDZIAŁ
SZKOLENIA

[Redacted]

Egz. Nr. 1

plk dr med. Emilian DOUBRAWA

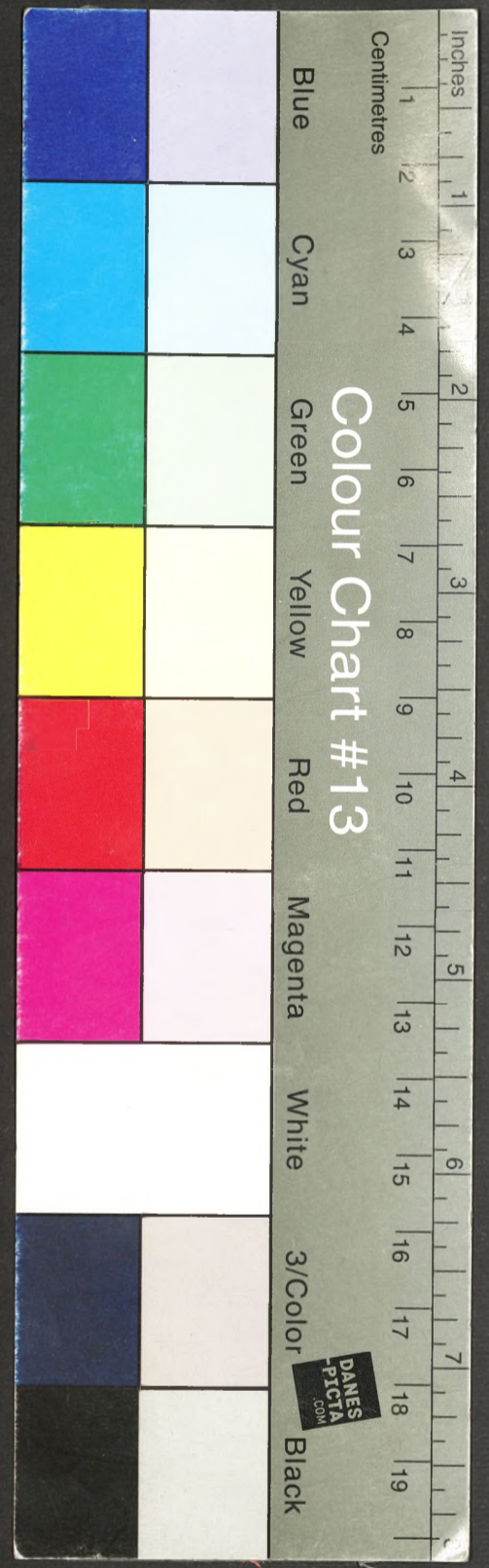
ZASADY
ORGANIZACJI MEDYCZNEGO ZABEZPIECZENIA

(Skrypt wykładu)



Ad

ARCHIWUM
BIBLIOTEKI SZKOLENIA
KATEDRY SZTABU GENERALNEGO
[Redacted]
32821



75

38

217 68

AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO
im. gen. broni K. Swierczeuskiego

KATEDRA TAKTYKI TYŁOW

JAWNE

PO-DZIAŁKO
SZUCZOWZOO



Egz. Nr. 1

płk dr med. Emilian DOUBRAWA

**ZASADY
ORGANIZACJI MEDYCZNEGO ZABEZPIECZENIA**

(Skrypt wykładu)



AM

**ARCHIWUM
BIBLIOTEKI SZCZECIENIOWEJ
AKADEMII SZTABU GENERALNEGO
im. gen. broni K. Swierczeuskiego**

32821

WARSZAWA

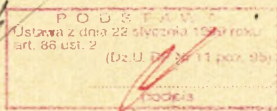
GRUDZIEŃ

1966

AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO
im. gen. broni K. Świerczewskiego

KATEDRA TAKTYKI TYLÓW

Inkl. prot. 12657



JAWNE

DO UŻYTKU
SŁUŻBOWEGO

Egz.nr 1

plk dr med. Emilian DOUBRAWA

ZASADY ORGANIZACJI MEDYCZNEGO ZABEZPIECZENIA

/SKRYPT WYKŁADU/



ARCHIWUM
BIBLIOTEKI SZKOLENIOWEJ
KADAMII SZTABU GENERALNEGO
im. gen. broni K. Świerczewskiego
32821

WARSZAWA

Grudzień

1966 r.

SPIS TREŚCI

1. Wstęp.
2. Zasadnicze rodzaje działalności służby zdrowia.
3. Rodzaje pomocy medycznej.
4. Zadania pułkowego punktu medycznego jako etapu ewakuacji medycznej.
5. Zadania batalionu medycznego oraz dywizyjnego punktu medycznego.
6. Zadania i organizacja służby zdrowia armii i Frontu.
7. Służba zdrowia armii.
8. Jednostki służby zdrowia Frontu.
9. Skład i zadania Bazy Szpitalnej Frontu.
10. Zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne Frontu.
11. Zabezpieczenie sanitarno-przeciwepidemiczne Frontu.
12. Zabezpieczenie medyczne w rejonie masowego rażenia.
13. Likwidacja następstw napadu chemicznego nieprzyjaciela.
14. Likwidacja następstw biologicznego napadu nieprzyjaciela.

W s t ę p

Zabezpieczeniem medycznym nazywamy działanie wojskowej służby zdrowia zmierzające do zapewnienia opieki lekarskiej żołnierzom, do zorganizowania pomocy medycznej porażonym i chorym oraz do jak najszybszego przywrócenia im zdolności do walki i umożliwienia powrotu do walczących szeregów.

Współczesna walka posiada charakter wybitnie ruchowy. Biorą w niej udział różne rodzaje wojsk /wojska rakietowe, zmechanizowane, artyleria, wojska pancerne, wojska powietrzno-desantowe i inne/. Są one wyposażone w różnorodne uzbrojenie, między innymi w broń masowego rażenia. W znacznym stopniu wzrosła ruchliwość wojsk i ich zdolność do zadawania potężnych uderzeń siłom przeciwnika. Wszystkie te czynniki przyczyniają się do częstych i szybkich zmian sytuacji bojowej, co stale należy brać pod uwagę przy organizacji zabezpieczenia medycznego wojsk.

Doświadczenia z przeszłości dowodzą, że działalność wojskowej służby zdrowia w czasie wojny przebiega w warunkach zupełnie odmiennych niż w okresie pokoju przy świadczeniu usług dla ludności cywilnej. Wynika to przede wszystkim ze złożonego, różnorodnego i bardzo zmiennego charakteru działań bojowych.

Lekarz wojskowy może racjonalnie organizować zabezpieczenie medyczne wojsk tylko przy dokładnej znajomości sytuacji bojowej, która warunkuje formy, zakres i charakter działania oddziałów /pododdziałów/ i urządzeń wojskowej służby zdrowia.

Już w końcowym decydującym okresie drugiej wojny światowej, w wielkich, pomyślnie rozwijających się operacjach zaczepnych, wojska radzieckie posuwały się z szybkością 35-45 km lub więcej w ciągu doby. Przy nowoczesnym uzbrojeniu i mechanizacji wojsk, tempo posuwania się może być znacznie większe. Obecnie również zwiększyło się kilka razy tempo marszu wojsk. Jeżeli jeszcze uwzględni się możliwość zastosowania przez przeciwnika broni masowego rażenia, to można sobie przedstawić, jak trudne będą zadania, jakie będą mieli do wykonania lekarze wojskowi w zakresie zabezpieczenia medycznego wojsk.

We współczesnej wojnie sytuacja bojowa będzie narzucała służbie zdrowia warunki i zakres tej pracy.

Drugą właściwością, charakteryzującą warunki pracy służby zdrowia w czasie wojny jest masowość i różnorodność strat bojowych powstałych w zależności od stosowanych środków rażenia. Trzecią właściwością wyróżniającą warunki działania służby zdrowia podczas wojny są właściwości patologii wojennej: właściwości patogenezы, kliniki bojowych urazów i zachorowań.

Pojawienie się w obcych armiach nowych środków masowego rażenia - broni jądrowej, nowych wysoko toksycznych środków trujących, broni biologicznej - warunkuje powstanie we współczesnej wojnie takich urazów, których w ogóle nie spotyka się w praktyce okresu pokojowego. Wymagają one specjalnych metod leczenia.

Czwartą właściwością określającą działanie służby zdrowia na polu walki ściśle związaną z sytuacją bojową, są warunki klimatyczno-geograficzne i sanitarno-epidemiczne różnych terytoriów, na których toczą się walki.

Są przesłanki świadczące o tym, że we współczesnej wojnie organizm człowieka będzie podlegał w dużym stopniu czynnikom traumatyzującym. Zastosowanie przez przeciwnika broni jądrowej, biologicznej i wysoko toksycznych środków chemicznych będzie przyczyniać się do powstawania różnych rodzajów zachorowań i infekcji, które nie miały miejsca w poprzednich wojnach. Zastosowanie nawet niedużych dawek promieniowania jonizującego, w rezultacie zastosowania broni jądrowej, może wpłynąć na obniżenie immunobiologicznych właściwości organizmu oraz jego wytrzymałości na niepomyślne oddziaływanie środowiska zewnętrznego. Wszystko to nabiera dużego znaczenia w wypełnianiu zadań zapobiegania^w powstawaniu i rozprzestrzenianiu się zachorowań w wojsku.

Zasadnicze rodzaje działalności służby zdrowia

Celem wykonania wymienionych zasadniczych zadań, działanie służby zdrowia polega na:

- leczniczo-ewakuacyjnym zabezpieczeniu wojsk;
- sanitarno-higienicznym i przeciwepidemicznym zabezpieczeniu wojsk;
- przygotowaniu odpowiedniej ilości i wyszkoleniu oraz racjonalnym użyciu kadr służby zdrowia;
- zaopatrywaniu w materiały i sprzęt sanitarny.

Zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne wojsk polega na szeregu czynności dla udzielania we właściwym czasie pomocy medycznej i późniejszym leczeniu porażonych i chorych w połączeniu z ewakuacją.

Obiektem zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego są żołnierze wyłączeni z szeregów wskutek porażień bojowych i zachorowań.

Sanitarno-higieniczne i przeciwepidemiczne zabezpieczenie polega na przedsięwzięciach dla ochrony zdrowia wojsk, zapobieganiu powstawania i rozszerzania się zachorowalności w wojskach, zwłaszcza na choroby zakaźne. Służba zdrowia powinna obserwować stan fizyczny wojsk, wykrywać we właściwym czasie zachorowania, zwłaszcza w okresach początkowych, zestawiając obowiązkowo otrzymane dane z warunkami środowiska.

Prawidłowe działanie służby zdrowia jest nie do pomyslenia bez dobrze przygotowanych kadr w zakresie medycyny wojskowej oraz bez prawidłowego ich rozmieszczenia i zatrudnienia. Do pracy służby zdrowia należy sprawne zaopatrywanie oddziałów i pododdziałów w materiały i sprzęt sanitarny.

W oddziałach i związkach taktycznych i operacyjnych znajdują się pododdziały służby zdrowia, które przeznaczone są do wypełniania zasadniczych rodzajów działania służby zdrowia, a w szczególności w celu organizowania zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego, sanitarno-higienicznego i przeciwepidemicznego.

W kompanii znajduje się podoficer sanitarny, w batalionie pluton sanitarny, który rozwija batalionowy punkt medyczny /BPM/, w pułku - kompania medyczna, rozwijająca pułkowy punkt medyczny /PPM/, w dywizji - batalion medyczny, który rozwija dywizyjny punkt medyczny /DPM/.

W ogólnowojskowych związkach operacyjnych /w armiach, we Frontach/ znajdują się specjalne urządzenia i jednostki służby zdrowia, przeznaczone do zabezpieczenia wyliczonych rodzajów działania służby zdrowia.

Rodzaje pomocy medycznej

Przyjęty jest następujący podział pomocy medycznej:

- pierwsza pomoc;
- pomoc przedlekarska;
- pierwsza pomoc lekarska;
- pomoc kwalifikowana i specjalistyczna pomoc medyczna.

Szybkie udzielanie kwalifikowanej i specjalizowanej pomocy stwarza jak najlepsze warunki dla uratowania życia porażonych i chorych oraz do jak najszybszego ich powrotu do szeregów. Służba zdrowia w zależności od sytuacji bojowej, zmuszona jest rozwijać na odpowiedniej odległości od pola walki urządzenia medyczne, które mają udzielić właściwej pomocy medycznej.

Wakutek tego pojawia się konieczność w określonej kolejności permanentnego udzielania tej pomocy porażonym i chorym.

W miejscu rażenia, bezpośrednio na polu walki lub w rejonie masowych strat, porażony otrzymuje pierwszą pomoc, która jest udzielana w formie samopomocy lub pomocy koleżeń-
skiej.

W pewnych wypadkach pomocy tej udziela sanitariusz lub podoficer sanitarny kompanii lub batalionu. Po udzieleniu pierwszej pomocy, porażonego ewakuuje się z pola walki.

W pobliżu miejsca rażenia, pomocy porażonemu udziela również dowódca plutonu sanitarnego batalionu w formie tak zwanej pomocy przedlekarskiej. W tym celu dowódca plutonu sanitarnego organizuje batalionowy punkt medyczny /BPM/.

Wszystkich porażonych z pola walki ewakuuje się do pułkowego punktu medycznego /PPM/, który rozwija się za ugrupowaniem bojowym pułku, siłami kompanii medycznej.

Tu porażony otrzymuje pierwszą pomoc lekarską, która powinna być udzielona w ciągu 4-ch godzin od chwili zranienia. Następnie porażonych ewakuuje się do dywizyjnego punktu medycznego /DPM/ rozwijanego siłami batalionu medycznego, gdzie otrzymują kwalifikowaną pomoc lekarską, głównie ze wskazań życiowych. Pomoc ta powinna być okazana w okresie od 12 do 18 godzin. Kwalifikowanej pomocy medycznej udziela się porażonym również w medycznych batalionach wzmocnienia armii, które wykonują podobne zadania jak batalion medyczny.

Pierwsza pomoc, pomoc przedlekarska i pierwsza pomoc lekarska mają za zadanie podtrzymać czynności życiowe organizmu porażonego i prowadzić walkę z istniejącymi lub mogącymi nastąpić powikłaniami. Najważniejsze jest dostarczyć porażonego do punktu medycznego, w którym będzie udzielona mu pomoc kwalifikowana. Ciężko porażonych należy bezwzględnie przewozić transportem sanitarnym. Na punktach udzielających kwalifikowanej pomocy medycznej jest możliwość hospitalizacji porażonych, niezdolnych do transportu na krótki okres czasu.

Należy pamiętać, że ograniczenie udzielania pomocy medycznej na polu walki w BPM i PPM jest uzależnione od sytuacji bojowej. PPM jest zmuszony pracować w strefie rażenia wszystkich rodzajów ognia artyleryjskiego. Niewłaścicie byłoby operować rannych w tych warunkach bez możliwości chociażby krótkotrwałej hospitalizacji operowanych.

W pułkowym punkcie medycznym nie przeprowadza się operacji, nie ze względu na brak chirurgów i sali operacyjnej, a dlatego, że PPM nie ma na tym etapie odpowiednich warunków do pracy chirurgicznej.

Specjalizowanej pomocy medycznej udzielają chirurdzy, neurochirurdzy, laryngolodzy, interniści, stomatolodzy i inni specjaliści, zaczynając od szpitali polowych Frontu, rozwijanych na takiej odległości, która pozwala dostarczać porażonych w okresie pierwszych dób od chwili porażenia. Specjalizowana pomoc medyczna jest wyższą formą kwalifikowanej pomocy.

W specjalizowanych szpitalach polowych znajdują się wszystkie warunki dla hospitalizacji porażonych niezdolnych do transportu.

Do punktów medycznych, udzielających pomocy kwalifiko-

wanej, porażeni i chorzy ewakuowani są według ogólnych zasad: porażeni i chorzy, którzy otrzymali pierwszą pomoc, w niezbędnych wypadkach - pomoc przedlekarską, ewakuowani są do PPM, a następnie do DPM. Ten rodzaj ewakuacji nazywamy EWAKUACJA na kierunku.

Z DPM lub innego etapu ewakuacji, udzielającego pomocy kwalifikowanej np. z medycznego batalionu wzmocnienia, porażonych i chorych ewakuuje się WEDŁUG WSKAZAŃ, w zależności od charakteru porażenia lub choroby do różnych polowych urzędzeń, gdzie udziela się im pomocy specjalistycznej.

Ewakuacja według wskazań zaczyna się od dywizyjnego punktu medycznego lub medycznego batalionu wzmocnienia. Stąd porażeni i chorzy powinni być kierowani tylko do specjalizowanych urzędzeń leczniczo-ewakuacyjnych odpowiadających charakterowi zranienia lub zachorowania. Ewakuacja według wskazań, która była rozpoczęta w walczącej armii, jest prowadzona dalej, włącznie do strefy obszaru kraju, gdzie także rozwija się szpitale specjalizowane.

Etapowe leczenie z ewakuacją według wskazań bez dokładnej segregacji medycznej jest niemożliwe. Od czasu, kiedy w walkach powstawały duże straty sanitarne, pojawiła się konieczność prowadzenia segregacji medycznej, aby można było we właściwym czasie udzielić pomocy medycznej wszystkim tym porażonym, którym ta pomoc najbardziej jest potrzebna. Pod pojęciem segregacji medycznej należy rozumieć rozdzielanie napływających porażonych i chorych na grupy wymagające jednorodnych zabiegów leczniczo-profilaktycznych i ewakuacyjnych zgodnie ze wskazaniami lekarskimi i zakresem pomocy, która może być udzielona na danym etapie ewakuacji medycznej.

Zadania pułkowego punktu medycznego jako etapu ewakuacji medycznej

PPM jako etap ewakuacji medycznej ma następujące zadania: przyjmowanie porażonych i chorych, udostępnienie im krótkoterminowego odpoczynku, ogrzanie, karmienie i pojenie. Segregacja medyczna porażonych i chorych, częściowe zabiegi sanitarne dla skażonych ciałami promieniotwórczymi, środkami trującymi lub bronią biologiczną, izolacja chorych

zakaźnie i przygotowanie ich do ewakuacji do polowego szpitala zakaźnego /PSzZ/ lub DPM /mbw/, rejestracja porażonych i chorych, wypełnianie na nich kart ewakuacyjnych, udzielanie pierwszej pomocy lekarskiej, przygotowanie do ewakuacji na następny etap, leczenie lekko porażonych i chorych z krótkotrwałym terminem leczenia.

W wypadku powstania ogniska wybuchu atomowego PPM na rozkaz starszego lekarza bierze udział w zbieraniu porażonych i udzielaniu im nieodzownej pomocy medycznej.

Organizacja funkcjonalnych pododdziałów PPM

- Izba przyjęć i segregacji jest rozwijana w namiocie lub schronie, czasem w budynku lub piwnicy. Zasadniczą czynnością, którą dokonuje się na izbie przyjęć i segregacji jest segregacja porażonych i chorych.
- Izba opatrunkowa jest rozwijana w namiocie UST-41 lub w schronie o powierzchni 15-20 m², a obecnie znajduje się na samochodzie.

W izbie opatrunkowej zmienia się opatrunki, dokonuje toalety rannych, tamuje się krwotoki, punktuje się opłucną itd.

- Izba ewakuacyjna jest rozwijana w namiocie, schronie, ziemiance, szałasie itd.

Do pracy na izbie ewakuacyjnej trzeba wydzielić podoficera sanitarnego, który opiekuje się porażonymi oraz chorymi aż do chwili ich ewakuacji.

- Izolator dla zakaźnie chorych w namiocie lub pomieszczeniu przystosowanym. Chorych zakaźnie ewakuuje się do PSzZ /polowy szpital zakaźny/.
- Plac zabiegów specjalnych rozwija się w namiotach lub pomieszczeniach przystosowanych. Zabiegi sanitarne wykonywane w PPM zawierają elementy dezaktywacji, degazacji i dezynfekcji.

Zadania batalionu medycznego oraz dywizyjnego
punktu medycznego

Podstawowymi pododdziałami batalionu medycznego są:

- kompania medyczna, składająca się z plutonu przyjęć i segregacji, plutonu operacyjnego i plutonu szpitalnego, oddziału przeciwwstrząsowego i gabinetu dentystycznego;

- pluton sanitarno-przeciwepidemiologiczny;
- oddział zaopatrzenia medyczno-sanitarnego;
- oddział ewakuacyjno-transportowy;
- pluton zbiórki i ewakuacji porażonych.

Poza wyposażeniem niezbędnym do udzielania kwalifikowanej pomocy medycznej, batalion medyczny dysponuje laboratorium sanitarno-epidemiologicznym na samochodzie, ruchomym kąpieliskiem natryskowym i komorami dezynfekcyjnymi, elektrownią, samochodowym transportem sanitarnym i ciężarowym, namiotami UST-41 i USB-41 i innymi oraz niezbędnym sprzętem do pracy batalionu medycznego w warunkach polowych.

W batalionie medycznym zgromadzone są siły i środki przeznaczone do zbiórki porażonych i ich ewakuacji z oddziałów dywizji, jak również służące do udzielania kwalifikowanej pomocy medycznej, realizacji przedsięwzięć sanitarno-higienicznych i przeciwepidemicznych, przedsięwzięć w zakresie sanitarnej obrony przed bronią masowego rażenia i zaopatrzenia medycznego oddziałów wchodzących w skład dywizji.

Dywizyjny punkt medyczny /DPM/ stanowi pierwszy etap, na którym udziela się kwalifikowanej pomocy medycznej porażonym i chorym.

Do zadań DPM należy: przyjęcie, segregacja, rozmieszczenie i rejestracja wszystkich przybyłych - porażonych w walce i chorych, przeprowadzenie całkowitych zabiegów specjalnych u skażonych /dezaktywacja, degazacja, dezynfekcja i zabiegi sanitarne u skażonych ciałami promieniotwórczymi, stałymi środkami trującymi i bronią biologiczną/, udzielanie kwalifikowanej pomocy porażonym i chorym, tymczasowa hospitalizacja i leczenie porażonych i chorych, leczenie ambulatoryjne lekko rannych i chorych, tymczasowa izolacja chorych zakaźnie i ich ewakuacja do polowego szpitala zakaźnego /PSzZ/.

Zadania i organizacja służby zdrowia armii i Frontu

Armia i Front z uwagi na ich wielkość oraz rozmiary strefy działania zaliczane są do grupy związków operacyjnych.

Skład armii nie jest stały. Uzależniony jest od zadań jakie armia otrzymuje do wykonania w określonej operacji. Skład Frontu również nie jest stały. Tak jak armia, która składa się ze związków taktycznych ogólnowojskowych i innych

oddziałów rodzaju wojsk i służb, tak samo Front składa się z kilku armii ogólnowojskowych i szeregu oddziałów rodzajów wojsk i służb szczebla frontowego.

Służba zdrowia armii

Wśród służb kwatermistrzowskich armii między innymi znajduje się służba zdrowia. Na czele służby zdrowia armii stoi szef służby zdrowia, podległy służbowo kwatermistrzowi armii, a fachowo szefowi służby zdrowia Frontu. Organem wykonawczym szefa służby zdrowia armii jest wydział służby zdrowia.

W skład tego wydziału wchodzi:

1. Zca szefa służby zdrowia d/s organizacyjno-operacyjnych;
2. Główny chirurg;
3. Sekcja leczniczo-ewakuacyjna;
4. Sekcja sanitarno-przeciwepidemiczna;
5. Sekcja zaopatrzenia sanitarnego.

Do zasadniczych zadań służby zdrowia armii należy:

- organizacja ewakuacji wg wskazań rannych, porażonych i chorych z jednostek armijnych do szpitali Frontu;
- organizacja segregacji chirurgicznej i kwalifikowanej pomocy porażonym w związkach taktycznych;
- zasilanie służby zdrowia związków taktycznych personelem oraz środkami leczniczo-ewakuacyjnymi;
- organizowanie i przeprowadzanie w rejonie armii rozpoznania medycznego;
- organizowanie nadzoru medycznego nad stanem fizycznym i warunkami bytowymi wojsk;
- przyjmowanie, ewidencjonowanie, przechowywanie i rozdział zasobów materiału medyczno-sanitarnego;
- organizacja zaopatrywania w materiał medyczny wojsk armii.

Do wykonania tych zadań służba zdrowia armii dysponuje odpowiednią ilością jednostek służby zdrowia, do których należą jednostki tego typu jak:

1. medyczny batalion wzmocnienia /8-10/
2. oddział wzmocnienia segregacji
3. kompania hospitalizacyjna
4. stacja krwiodawstwa II kategorii
5. batalion przeciwepidemiczny

6. kompania samochodów sanitarnych
7. polowy skład sanitarny
8. polowe laboratoria weterynaryjne.

Medyczny batalion wzmocnienia jest jednostką o strukturze organizacyjnej prawie analogicznej, jaką posiada batalion medyczno-sanitarny, a przeznaczony jest do rozwijania APM /armijny punkt medyczny, analogiczny do DPM/, w tym czasie kiedy dywizja mając powodzenie idzie stosunkowo szybko do przodu, a jej organiczny batalion medyczno-sanitarny musi pozostać w tyle z uwagi na potrzebę opracowania i przygotowania do ewakuacji wszystkich rannych, przybyłych do DPM.

W wypadku napływu masowych strat sanitarnych mbw może być skierowany przez szefa służby zdrowia armii w rejon danej dywizji, gdzie po rozwinięciu swoich urządzeń współpracuje z DPM nad opracowaniem chirurgicznym porażonych

Oddział wzmocnienia segregacji złożony jest z grup specjalistycznych, podstawowych specjalności lekarskich. Przeznaczeniem tych grup jest dokonanie właściwej segregacji i udzielenie pierwszej pomocy w przypadkach bezwzględnie koniecznych wśród porażonych w ognisku masowego rażenia. Oddział ten może występować w całości lub też w zależności od sytuacji, do akcji mogą być kierowane poszczególne grupy.

W skład grupy wchodzi lekarz specjalista i średni personel medyczny.

Kompania hospitalizacyjna przeznaczona jest do zorganizowania opieki rannym nie nadającym się chwilowo do transportu, którzy pozostają w miejscu DPM, gdy ten z uwagi na sytuację taktyczną i medyczną musi podążać do przodu za nacierającą dywizją. Skład osobowy tej jednostki zapewnia rannym i chorym pomoc i opiekę lekarską, pielęgniarską, zakwaterowanie i wyżywienie do momentu wyewakuowania ich do szpitali frontowych. Skład ten może występować w całości lub z uwagi na istniejące potrzeby, może być podzielony na poszczególne mniejsze grupy.

Stacja krwiodawstwa II-giej kategorii wyposażona jest w odpowiednie urządzenia zezwalające jej na pobranie krwi od dawców w wypadkach bezwzględnego jej braku z przydziałów Frontu. Jej zasadnicze przeznaczenie, to pobieranie krwi

ze stacji krwiodawstwa I-szej kategorii na szczeblu Frontu i rozprowadzenie jej do wszystkich Dywizyjnych Punktów Medycznych.

W związku z tym stacja ta posiada transport składający się z samochodu chłodni i samochodów furgonetek. Samochód chłodnia przeznaczony jest do transportu krwi z Frontu do armii, samochody furgonetki - do rozprowadzenia jej do związków taktycznych.

Batalion przeciwepidemiczny jest organem wykonawczym sekcji sanitarno-przeciwepidemicznej wydziału służby zdrowia armii. Do jego zadań zasadniczych należy wykrywanie i likwidacja źródeł i ognisk epidemii w strefie działania Frontu. We współczesnej wojnie z możliwością użycia broni bakteryjnej znaczenie tej jednostki bardzo wzrosło. Dysponując odpowiednim wyposażeniem, jednostka ta będzie musiała w stosunkowo krótkim czasie od momentu wykrycia ustalić rodzaj zastosowanych przez nieprzyjaciela bakterii lub toksyn i wszcząć właściwe postępowanie zabezpieczające wojsko przed skutkami tej broni.

Kompania samochodów sanitarnych /KSS/ ma etatowo 72 samochody sanitarne.

Jednorazowo może zabrać 430 rannych leżących i 300 siedzących. Dzienny rejs w strefie operacyjnej wynosi 200 km.

Polowy skład sanitarny jest organem wykonawczym sekcji zaopatrzenia oddziału służby zdrowia armii i rozwija się w obrębie Polowej Bazy Armii.

Skład ten gromadzi i wydaje materiał medyczno-sanitarny przewidziany dla wojsk walczących jak zaopatrzenie bieżące i bojowe. Potrzebne na ten cel ilości materiału uzupełnia z Polowego Składu Sanitarnego Frontu.

Polowy skład sanitarny armii ma wszystkie swoje zapasy na kołach i wchodzi w skład PBA. Zapasy przewozi batalion transportowy kwatermistrzostwa armii na około 24 samochodach.

Organizacja służby zdrowia Frontu

Na czele służby zdrowia Frontu stoi szef służby zdrowia Frontu, który podlega służbowo kwatermistrzowi Frontu, a fachowo Szefowi Służby Zdrowia Wojska Polskiego. Jemu podlegają fachowo szefowie służby zdrowia armii ogólnowojskowych, armii lotniczej i marynarki wojennej oraz szefowie służby zdrowia jednostek nie wchodzących w skład Frontu, lecz czasowo przydzielonych.

Organem wykonawczym szefa służby zdrowia Frontu jest oddział służby zdrowia Frontu. Oddział ten w swej ogólnej strukturze przedstawia się następująco:

- kierownictwo w składzie:

Zca szefa służby zdrowia Frontu, naczelni specjaliści /chirurdzy, internista, toksykolog, epidemiolog/;

- wydział leczniczo-ewakuacyjny;
- wydział sanitarno-przeciwepidemiczny;
- wydział zaopatrzenia sanitarnego;
- wydział służby weterynaryjnej.

Jednostki służby zdrowia Frontu:

1. Jednostki tego samego rodzaju, co opisane na szczeblu armii;
2. batalion przeciwepidemiczny
3. stacja krwiodawstwa I kategorii
4. stacja krwiodawstwa II kategorii
5. kompanie samochodów sanitarnych
6. bataliony autobusów sanitarnych
7. dwa polowe składy sanitarne Frontu
8. dwa polowe warsztaty naprawcze
9. szpitale typu ruchomego
10. szpitale typu ciężkiego
11. stałe i tymczasowe pociągi sanitarne
12. pociąg kąpielowo-dezynfekcyjny
13. pociąg kąpielowo-dezynfekcyjny z pralnią
14. polowy ośrodek weterynaryjny
15. polowe laboratorium weterynaryjne.

Do podstawowych zadań szefa służby zdrowia Frontu

należy:

- kierowanie pracą służby zdrowia wojsk Frontu;
- udzielanie pomocy armiom przez przydzielanie batalionów medycznych i jednostek transportu sanitarnego, kierowanie szpitali do rejonu strat masowych; wymianę DPM i równorzędnych przez szpitale BSzF, uzupełnianie strat w materiale i sprzęcie sanitarnym;
- przyjmowanie rannych, porażonych i chorych ze związków taktycznych do baz szpitalnych;
- udzielanie pomocy lekarskiej kwalifikowanej i specjalistycznej;
- leczenie szpitalne rannych, porażonych i chorych /do 2-ch miesięcy/;
- przygotowanie do ewakuacji do szpitali kraju rannych i chorych nie rokujących powrotu do szeregu i wymagających leczenia powyżej 2 miesięcy;
- współdziałanie ze służbą zdrowia kraju w ewakuacji z baz szpitalnych do szpitali kraju;
- organizowanie pomocy medycznej i ewakuacji z rejonów strat masowych w strefie tyłów Frontu;
- wykonywanie czynności sanitarno-przeciwepidemicznych w strefie tyłów Frontu oraz udzielanie pomocy w tym zakresie armiom;
- przyjmowanie zmobilizowanych jednostek i zakładów służby zdrowia;
- zaopatrywanie armii, jednostek frontowych i baz szpitalnych w materiał sanitarny, bojowy i użytku bieżącego oraz sprzęt sanitarny;
- naprawa sprzętu sanitarnego;
- zaopatrywanie armii i baz szpitalnych w krew i płyny krwiopochodne;
- uzupełnianie personelu medycznego w armiach i jednostkach służby zdrowia Frontu.

Skład i zadania Bazy Szpitalnej Frontu

Baza szpitalna Frontu tworzy grupę szpitali znajdujących się pod dowództwem jednej komendy, niezależnie od tego, czy

szpitale te pracują, czy też są ześrodkowane w gotowości do rozwinięcia.

Do zasadniczych zadań BSzF należy:

- przyjmowanie rannych, chorych i porażonych z wyznaczonych związków taktycznych i samodzielnych oddziałów;
- uzupełnianie segregacji wg wskazań oraz rozdział rannych i porażonych według poszczególnych szpitali;
- udzielanie kwalifikowanej i specjalistycznej pomocy lekarskiej;
- leczenie szpitalne rannych, chorych i porażonych /do 60 dni/;
- zapewnienie rannym, chorym i porażonym odpowiednich warunków bytowych;
- segregacja i przygotowanie rannych, chorych i porażonych do ewakuacji w głąb kraju;
- kierowanie uzdrowieńców do armii i frontowych związków taktycznych;
- orzecznictwo wojskowo-lekarskie;
- organizowanie obrony i ochrony BSzF;
- organizowanie punktów zakładowania w ramach ewakuacji medycznej przy stacjach kolejowych, portach, lotniskach lub punktach przeładunkowych w kombinowanym systemie komunikacyjnym.

BSzF składa się z szeregu polowych szpitali i innych jednostek służby zdrowia. Szpitale wchodzące w skład BSzF mają najczęściej około 10.000 - 12.000 a niekiedy i więcej łóżek.

Skład BSzF typu ruchomego może być następujący:

- Komenda BSzF	1
- Stacja krwiodawstwa II kategorii	1
- Polowy szpital chirurgiczny /ChPSzR/	15
- Polowy szpital dla oparzonych /PSzO/	6
- Polowy szpital wewnętrzny /WPSzR/	4
- Polowy szpital neurologiczny /NPSzR/	2
- Polowy szpital skórno-weneryczny /SKWPSzR/	1
- Polowy szpital zakaźny /ZPSzR/	3
- Polowy szpital segregacyjny /SPSzR/	2-3
- Szpital lekko rannych	5-6

BSzF typu ciężkiego może mieć następujący skład:

- Komenda BSzF	1
- Stacja krwiodawstwa II kategorii	1
- Szpital segregacyjno-ewakuacyjny SESz	1
- Szpital ewakuacyjny 300 ł. ESz	10-12
- Szpital ewakuacyjny 500 ł. ESz	7-8
- Szpital lekko rannych SzLR	4
- Polowy szpital zakaźny ZPSz	3
- Polowy szpital chirurgiczny ChPSzR	1-2
- Polowy szpital dla oparzonych PSzO	1

Zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne działań operacyjnych

Frontu

Zgodnie z podanymi zasadami ogólnymi pierwszorzutowe armie organizują przegrupowanie batalionów medycznych w celu zabezpieczenia dywizji pierwszego rzutu. Do wykonania tego zadania bataliony medyczne wzmocnienia rozmieszcza się pomiędzy pierwszym a drugim rzutem armii, przyjmując po 2 bmy na dywizję. Pozostałe bataliony stanowią rezerwę szefa oddziału służby zdrowia. Rozmieszcza się je w pobliżu KSD armii, przegrupowując w toku walki wraz ze stanowiskiem dowodzenia. Podobnie rozmieszcza się stacje krwiodawstwa.

Ewakuację z dywizji do BSzF organizuje się przez wyznaczenie na poszczególne kierunki środków transportu sanitarnego. Ewakuację najwyższych dziennych strat sanitarnych armii organizuje się siłami trzech kompanii samochodów sanitarnych.

Do zabezpieczenia medycznego wojsk w toku wykonywania zadania bliższego Frontu rozwija się na kierunku każdej armii 2-3 bazy szpitalne. Do zabezpieczenia medycznego w tym okresie potrzeba minimum 30 - 35 tysięcy łózek szpitalnych.

W toku wykonywania zadania następnego Frontu zabezpieczenie medyczne działań wojsk może być zapewnione przez rozwijanie baz szpitalnych wzdłuż jednej osi. Do zabezpieczenia medycznego wojsk Frontu w tym okresie potrzeba 25-30 tys. łózek szpitalnych.

Zabezpieczenie sanitarno-przeciwepidemiczne

obejmuje następujące podstawowe czynności:

- bieżące prowadzenie rozpoznania sanitarno-epidemicznego;
- wykrywanie pozostawionych przez nieprzyjaciela baz broni biologicznej i sztucznych ognisk epidemicznych;
- likwidacja ognisk chorób zakaźnych w wojskach, wśród ludności cywilnej i wśród jeńców;
- zwalczanie i likwidacja skutków broni biologicznej;
- stała ocena przydatności żywności i wody.

Czynności te wykonują siły i środki służby zdrowia jednostek, przy czym podstawowe przeciwdziałanie należy do zakresu czynności batalionów przeciwepidemicznych armii i Frontu. Dodatkowo do wykonywania wymienionych zadań może być wykorzystana sieć cywilnej służby zdrowia wraz z urządzeniami służby zdrowia i komunalnymi.

Zaopatrywanie materiałowo-sanitarne

Zaopatrzenie materiałowo-sanitarne oparte jest na wyjściowym wyposażeniu jednostek wojskowych i zakładów służby zdrowia, które mają miesięczny zapas materiałowy i zaopatrzenie bojowe w dywizji na 30% stanu wojsk. Nieprzewidziane straty materiałowe lub niewspółmierne wysokie straty sanitarne w poszczególnych związkach taktycznych, wymagające uzupełnienia materiałowego. pokrywane są w dywizjach według zapotrzebowania składanego do polowego składu sanitarnego armii.

PSS Frontu zaopatruje armie i bazy szpitalne Frontu w terminach miesięcznych, ponadto może on uzupełniać sprzęt i materiały sanitarne bms, bms i szpitale, które wskutek działania nieprzyjaciela utraciły wyposażenie.

Zabezpieczenie medyczne w rejonie masowego rażenia

Do zadań służby zdrowia oddziałów i związków taktycznych w zakresie likwidacji skutków napadu atomowego przeciwnika należy:

- przydzielenie pododdziałom wyznaczonym do likwidacji skutków napadu atomowego personelu służby zdrowia, materiału sanitarnego oraz transport sanitarny;
- udzielenie porażonym pierwszej pomocy lekarskiej ze wskazań życiowych, jak również przygotowanie ich do dal-

- szej ewakuacji lub przekazanie na miejscu przybywającym zakładom leczniczym;
- przeprowadzenie częściowych lub całkowitych zabiegów sanitarnych;
 - obserwacja stanu fizycznego żołnierzy, którzy po napromienieniu dawkami przekraczającymi dopuszczalny poziom nie utracili zdolności do walki oraz sporządzenie odpowiedniego wykazu tych żołnierzy;
 - kontrola prawidłowości zabiegów sanitarnych dokonywanych u żołnierzy pozostałych w szeregach pomimo doznania skażeń ciałami promieniotwórczymi;
 - medyczny nadzór nad dezaktywacją wody i produktów spożywczych.

Rejon rażenia dzieli się zazwyczaj na sektory. Sektory wyznacza się biorąc pod uwagę ugrupowanie bojowe poszkodowanych w następstwie napadu atomowego, właściwości terenu, natężenie skażeń oraz liczebność pododdziałów wydzielonych do prac awaryjno-ratunkowych. W pierwszej kolejności udziela się pomocy porażonym znajdującym się w terenie o dużym natężeniu promieniowania oraz organizuje się ich wywiezienie. Jest rzeczą celową ewakuowanie porażonych z ogniska do mbw lub do najbliższych zakładów leczniczych z pominięciem PPM.

Likwidacja następstw napadu chemicznego nieprzyjaciela

Czynności związane z likwidacją następstw napadu chemicznego przeciwnika podejmuje się przy użyciu sił i środków dowództw służby chemicznej, służby zdrowia i innych służb. Mają one na celu odtworzenie naruszonej zdolności bojowej pododdziałów, które ucierpiały w następstwie napadu, udzielenie porażonym pomocy w przypadkach nie cierpiących zwłoki oraz ich wyniesienie, wywiezienie, stworzenie warunków umożliwiających dalsze prowadzenie walki w terenie skażonym, unieszkodliwienie /degazacja/ ST - w przypadkach skażeń sprzętu technicznego, unundurowania, produktów żywnościowych, wody i ludzi.

Przy pojawieniu się masowych porażeń ST ewakuacja z ognisk rażenia odbywa się przy pomocy wszelkiego rodzaju środków transportowych do najbliższych etapów ewakuacji medycznej, gdzie możliwe jest udzielenie porażonym pierwszej pomocy medycznej.

W PPM zapewnia się porażonym BST przeprowadzenie częściowych zabiegów sanitarnych, udzielenie pierwszej pomocy medycznej, możliwość dalszej ewakuacji. Porażeni z oparzeniami /ranami/ skażonymi ST, podlegają niezwłocznej ewakuacji do DPM /mbw/, gdzie udziela się pomocy chirurgicznej i internistycznej.

Do rejonu napadu chemicznego wysuwa się szpitale polowe służby zdrowia Frontu w celu leczenia porażonych oraz przywrócenia swobody działania etapom ewakuacji medycznej w rejonie taktycznym.

Likwidacja następstw biologicznego napadu nieprzyjaciela

Przedsięwzięcia służby zdrowia zmierzające do likwidacji następstw związanych z użyciem broni biologicznej przez nieprzyjaciela mają na celu zapobieganie powstawaniu i szerzeniu się schorzeń zakaźnych wśród żołnierzy, znajdujących się w rejonie ogniska, jak również zorganizowanie pomocy i zapewnienie leczenia osobom, u których wystąpiły zachorowania.

Właściwości cechujące organizację tych przedsięwzięć wiążą się z charakterem zastosowanych środków biologicznych, tj.:

- ich zdolnością do wywoływania masowych schorzeń zakaźnych lub zatruc u ludzi różnymi drogami zakażenia;
- stopniem trudności w określaniu granic zakażonego rejonu oraz istnieniu inkubacyjnego okresu choroby;
- skomplikowanym i stosunkowo długotrwałym procesem rozpoznania czynnika chorobotwórczego oraz wywołanych przezeń schorzeń;
- zdolnością przenoszenia się niektórych schorzeń z osób chorych na osoby zdrowe oraz szybkiego rozprzestrzeniania się w wojskach, wzdłuż dróg i na etapach ewakuacji medycznej;
- możliwością długotrwałego zachowania właściwości chorobotwórczych.

Ujawnienie faktu zastosowania przez przeciwnika środków biologicznych, określenie rejonów skażonych oraz ozna-

czenie ich przy pomocy tablic ostrzegawczych, należy do obowiązków pododdziałów rozpoznawczych wszystkich rodzajów wojsk oraz pododdziałów służby chemicznej i służby zdrowia. W miejscach podejrzanych o zakażenie środkami biologicznymi wspomniane pododdziały pobierają próby powietrza, gleby, roślin, z przedmiotów terenowych, jak również łowią przeznaczone do badań owady, kleszcze i gryzonie.

W rejonach zakażonych środkami biologicznymi prowadzi się ponadto rozpoznanie przy pomocy sił i środków służby zdrowia, obowiązkiem której jest również pobieranie prób i odsyłanie ich na badanie do laboratorium mb lub batalionu przeciwepidemicznego w celu ustalenia rodzaju czynnika chorobotwórczego zastosowanego przez nieprzyjaciela.

W stosunku do osób, które zetknęły się ze środkami biologicznymi lub zakażnie chorymi, stosuje się doraźne zabiegi zapobiegawcze, polegające na podawaniu antybiotyków, sulfonamidów oraz witamin o szerokim wachlarzu działania. Po rozpoznaniu czynnika chorobotwórczego możliwe jest przeprowadzenie zabiegów o swoistym charakterze - stosowanie surowic leczniczych, bakteriofagów, szczepień ochronnych.

W systemie przedsięwzięć zmierzających do likwidacji następstw użycia broni biologicznej przez nieprzyjaciela ważne znaczenie posiada zapobieganie rozprzestrzenianiu się schorzeń zakaźnych wzdłuż dróg i na etapach ewakuacji medycznej. Poczynając od PPM na wszystkich etapach ewakuacji medycznej urządza się izolatory, w których umieszcza się ujawnionych zakażnie chorych, lub osoby podejrzane o choroby zakaźne. Ewakuację zakażnie chorych przeprowadza się do szpitala zakaźnego przy pomocy oddzielnego transportu. W sprzyjającej sytuacji do ogniska epidemicznego wysuwa się szpital zakaźny w celu przyjęcia i leczenia chorych w bezpośredniej bliskości od ogniska.

Przedstawione w niniejszym skrypcie zasady organizacji medycznego zabezpieczenia łączą się ściśle z dyscypliną naukową, jaką jest organizacja i taktyka służby zdrowia /OTSZ/. OTSZ w swoim rozwoju bazuje na osiągnięciach nauk medycznych i nauki wojennej. OTSZ naucza prawideł, które określają całość organizacji zabezpieczenia medycznego wojsk w po-

wiązaniu z rozwojem nauk medycznych, sztuki wojennej, techniki wojennej i właściwościami różnych teatrów działań wojennych. Rozwinięcie wszystkich gałęzi medycyny wojennej /chirurgia polowa, interna polowa, higiena wojskowa, epidemiologia i inne/ pozostaje w ścisłym związku z rozwojem organizacji i taktyki służby zdrowia.

Literatura:

1. Zawaliszyn - Podstawy organizacji zabezpieczenia
Lidow medycznego działań bojowych wojsk.
Litowczenko
Mieszkow
Mogilnicki
2. Biuletyn
Informacyjny nr 1/57/ 1963 r.
3. Doubrawa -- Ogólne zasady organizacji służby zdrowia
armii i Frontu.

Wykonano w 50 egz.

Egz.nr 1-50 bibl.tajna
Wyk. płk Doubrawa
Druk. OH, dn. 14.12.66r.
Nr ks. 03463/WW
Kor.H.M.