

A 1 2 3 4 5 6 M 8 9 10 11 12 13 14 15 B 17 18 19



AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO WP  
im. generała broni Karola Świerczewskiego

KATEDRA TAKTYKI TYŁÓW

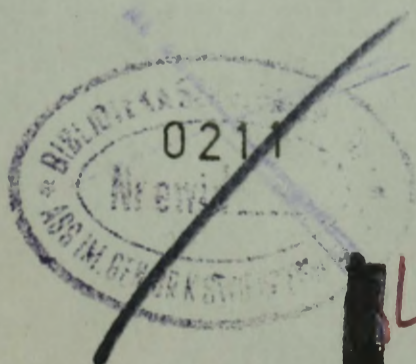
**JAWNE**  
~~\_\_\_\_\_~~  
~~\_\_\_\_\_~~

Egz. nr ..... 1

Ppłk dr nauk med. Lech WRÓBLEWSKI

ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE PUŁKU  
I DYWIZJI W DZIAŁANIACH BOJOWYCH

Skrypt



40708

BIBLIOTEKA NAUCZNA ASG WP  
Archiwum Działu Zbiorów Specjalnych  
Nr ewid. \_\_\_\_\_

WARSZAWA

LISTOPAD

1975



2145

**AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO WP**  
**im. generała broni Karola Świerczewskiego**

---

KATEDRA TAKTYKI TYŁÓW

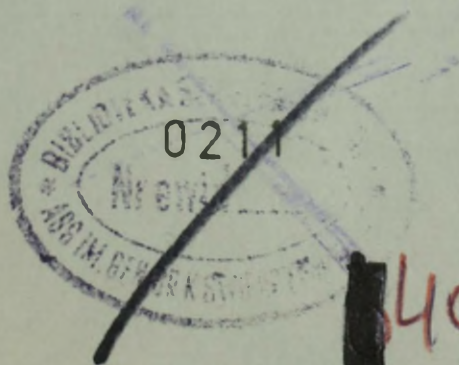
**JAWNE**  
~~XXXXXXXXXX~~  
~~XXXXXXXXXX~~  
~~XXXXXXXXXX~~

Egz. nr ..... 1

Ppłk dr nauk med. Lech WRÓBLEWSKI

**ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE PUŁKU  
I DYWIZJI W DZIAŁANIACH BOJOWYCH**

**Skrypt**



40708  
**BIBLIOTEKA NAUCZNA ASG WP**  
Archiwum Działu Zbiorów Specjalnych  
Nr ewid. ....

---

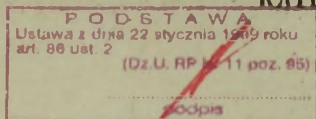
WARSZAWA

LISTOPAD

1975

AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO WP  
im. gen. broni K. Świerczewskiego

KATEDRA TAKTYKI TYŁÓW



~~TOP SECRET~~

JAWNE

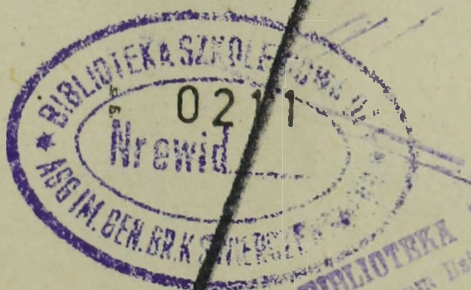
~~TOP SECRET~~  
Ega.nr... 1

PRZEKLASYFIKOWANO  
Protokół Nr 12657

ppłk dr nauk med. Lech WRÓBLEWSKI

ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE PULKU I DYWIZJI W DZIAŁANIACH  
BOJOWYCH

S k r y p t



BIBLIOTEKA NAUKOWA ASG WP  
Archiwum Instytutu Zbiorów Specjalnych  
Nr ewid. ~~40708~~

WARSZAWA

Listopad

1975 r.

1919

RECEIVED  
MAY 10 1919  
U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE  
BUREAU OF PLANT INDUSTRY  
WASHINGTON, D. C.

1

## SPIS TREŚCI

	Str.
WSTĘP .....	5
I. PRZYGOTOWANIE SŁUŻBY ZDROWIA DO PRACY W CZASIE DZIAŁAŃ BOJOWYCH.....	8
II. ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE ODDZIAŁÓW I ZWIĄZKÓW TAKTYCZNYCH W MARSZU .....	14
III. ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE ODDZIAŁÓW I ZWIĄZKÓW TAKTYCZNYCH W NATARCIU .....	15
1. Batalionu .....	16
2. Pułku .....	17
3. Dywizji .....	21
4. Armii .....	28
IV. ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE ODDZIAŁÓW I ZWIĄZKÓW TAKTYCZNYCH W OBRONIE.....	29
V. SPECYFIKA ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO ODDZIAŁÓW I ZWIĄZKÓW TAKTYCZNYCH PROWADZĄCYCH NATARCIE W WARUNKACH SZCZEGÓLNYCH.....	31
1. Forsowanie .....	31
2. Okrążenie .....	32
3. Rejon zurbanizowany .....	33
4. Teren : a/ lesisty .....	34
b/ górski .....	35
5. Zima .....	35
VI. ZAŁĄCZNIKI :	
Nr 1 - Główne zadania służby zdrowia .....	37
Nr 2 - Znaki taktyczne oddziałów i pododdziałów medycznych .....	38
Nr 3 - Organizacja drużyny sanitarnej batalionu piechoty .....	39
Nr 4 - Organizacja plutonu medycznego da, dappanc., bsap, brozp., brem .....	39
Nr 5 - Organizacja plutonu medycznego dar, błącz.....	39
Nr 6 - Organizacja plutonu medycznego pa, paplot....	40

	str.
Nr 7 - Organizacja kompanii medycznej pułku zmechanizowanego /czołgów/ .....	40
Nr 8 - Organizacja batalionu medycznego dywizji zmechanizowanej /pancernej/ .....	41
Nr 9 - Organizacja medycznego batalionu wzmocnienia .....	42
Nr 10 - Struktura organizacyjna służby zdrowia pz /poz/.....	43
Nr 11 - Struktura organizacyjna służby zdrowia DZ /DPanc/ .....	44
Nr 12 - Rodzaje pomocy medycznej na etapach ewakuacji medycznej .....	44
Nr 13 - Schemat ewakuowania porażonych.....	44
Nr 14 - Prognozowane straty sanitarne /pz i DZ/.....	45
Nr 15 - Tabela kalkulacji strat sanitarnych i potrzeb transportu do ewakuacji porażonych....	46
Nr 16 - Możliwości udzielania porażonym pomocy medycznej i prowadzenia ewakuacji /przez poszczególne oddziały i pododdziały medyczne/.	47
Nr 17 - Normy rozmieszczenia oddziałów /pododdziałów/ medycznych.....	47
Nr 18 - Długość kolumn oddziałów /pododdziałów/ medycznych.....	48
Nr 19 - Schemat rozmieszczenia pułkowego punktu medycznego /variant/.....	49
Nr 20 - Schemat rozmieszczenia dywizyjnego punktu medycznego /variant/.....	50
Nr 21 - Rozmieszczenie oddziałów /pododdziałów/ medycznych w natarciu.....	51
Nr 22 - Zestawienie ważniejszego wyposażenia oddziałów /pododdziałów/ medycznych .....	52
Nr 23 - Możliwości przydzielenia tlenu i krwi /na dobę/.	53

## W S T U P

Obowiązujący w Wojsku Polskim system zabezpieczenia medycznego jest wieloszczeblowym układem sił i środków wojskowej służby zdrowia, który działa według ustalonych zasad i obejmuje wszystkie czynności wykonywane przez personel wojskowej służby zdrowia /w warunkach pokoju i w czasie wojny, w garnizonie i na polu walki/.

Treścią zabezpieczenia medycznego w czasie działań bojowych jest:

- udzielanie pomocy medycznej w batalionowym punkcie medycznym - przedlekarskiej, w pułkowym punkcie medycznym - lekarskiej, w dywizyjnym punkcie medycznym - kwalifikowanej pomocy lekarskiej, w szpitalach - specjalizowanej pomocy lekarskiej;
- prowadzenie ewakuacji z macierzystych oddziałów i pododdziałów, przydzielonych jednostek wzmocnienia oraz z ognisk masowych strat sanitarnych;
- przydzielanie wzmocnienia medycznego do pierwszorzędujących związków taktycznych /pułków/;
- ustalanie zakresu /pełny, ograniczony/ pomocy medycznej udzielanej przez służbę zdrowia podległych oddziałów /pododdziałów/;
- ustalanie miejsca rozwinięcia dywizyjnych /pułkowych/ punktów medycznych;
- sprawowanie nadzoru sanitarno-higienicznego /w tym organizowanie sanitarnej ochrony przed bronią masowego rażenia/;
- zaopatrywanie służby zdrowia oddziałów i pododdziałów w sprzęt i materiał sanitarny;
- organizowanie i prowadzenie szkolenia doskonalącego personelu służby zdrowia i szkolenia sanitarnego wojsk.

Głównym zadaniem szefa służby zdrowia /starszego lekarza/ jest takie zorganizowanie zabezpieczenia medycznego, aby posiadanymi siłami i środkami utrzymać przy życiu jak największą ilość porażonych, nie dopuścić do występowania w podległych oddziałach i pododdziałach masowych schorzeń zakaźnych oraz zmniejszyć procent inwalidztwa u żołnierzy opuszczających szeregi.

Na szczeblu związku taktycznego jest udzielana kwalifikowana pomoc lekarska, a na szczeblu pułku - pomoc lekarska. Zakres pomocy /pełny, ograniczony/ ustala dla związku taktycznego - szef służby zdrowia armii, a dla pułku - szef służby zdrowia dywizji. Decyzję o zawężeniu zakresu udzielanej pomocy medycznej /z pełnego na ograniczony/ należy uzgodnić z przełożonym fachowym, natomiast nie wymaga uzgadniania rozszerzenia zakresu pomocy.

W czasie działań bojowych organizuje się udzielanie kwalifikowanej pomocy lekarskiej w oparciu o organiczny batalion medyczny /bm/ oraz przydzielone medyczne bataliony wzmocnienia /mbw/, ~~przydzielone~~ których ilość zależy od sił i środków posiadanych aktualnie przez szefa służby zdrowia armii, prognozowanych strat sanitarnych oraz miejsca i roli dywizji w ugrupowaniu armii - związku taktyczne prowadzące działania na kierunku pomocniczym mogą w ogóle nie otrzymać wzmocnienia.

Na szczeblu pułku pomoc lekarska jest udzielana siłami organicznej kompanii medycznej /km/, natomiast wzmocnienie jest przydzielane do km w wyjątkowych sytuacjach i dotyczy w zasadzie transportu sanitarnego /1-2 samochody sanitarne/, lub rzadziej pododdziałów służby zdrowia drugorzutowych jednostek ZT np. pluton medyczny batalionu łączności, saperów itp.

Wszyscy porażeni są ewakuowani z pola walki siłami pododdziałów służby zdrowia, w których jest im udzielana pomoc medyczna. Jest to podstawowy rodzaj ewakuacji - tzw. ewakuacja "do siebie." Czasami ma miejsce ewakuowanie porażonego do nadrzędnego etapu ewakuacji medycznej<sup>x</sup>/tzw. ewakuacja "przez siebie" lub "od siebie"/.

Przewiduje się, że w czasie powstania masowych strat sanitarnych służba zdrowia związku taktycznego /pułku/ będzie w stanie ewakuować jedynie około 60% porażonych /w ciężkim stanie zdrowia/, natomiast pozostali porażeni /lekko/ będą ewakuowani transportem ogólnowojskowym/otrzymanym od zocy decy ds. techniki i zaopatrzenia/.

x/ Etap ewakuacji medycznej to pododdział służby zdrowia, który rozwinął swoje urządzenia do pracy/np. pułkowy punkt medyczny, dywizyjny punkt medyczny, medyczny punkt przeprawowy/.

W skład działalności sanitarno-higienicznej i przeciw-epidemicznej wchodzi rozpoznawanie sanitarno-higieniczne i przeciwepidemiczne rejonu przyszłych walk oraz wszystkie czynności mające na celu zapobieganie powstawaniu w skupiskach żołnierskich chorób zakaźnych i schorzeń typu zatruc pokarmowych /szczepienia, nadzór nad zakwaterowaniem, kąpielą i wymianą bielizny/. Stały nadzór nad zespołem żywnościowym /przeeglądy lekarskie, badania rtg klatki piersiowej, krwi na odczyn Wassermann, kału na nosicielstwo duru brzusznego i czerwonki/, kontrola produktów przeznaczonych do spożycia i nadzór procesu ich przygotowania są gwarancją zachowania zdrowia żołnierzy/ma to szczególne znaczenie w czasie działań bojowych, gdy istnieje większe prawdopodobieństwo spożywania nieodpowiednich produktów żywnościowych oraz picie wody z nie badanych źródeł/.

W ramach sanitarnej ochrony przed bronią masowego rażenia służba zdrowia współpracuje z pionem ogólnowojskowym. Szef służby zdrowia /starszy lekarz/ doprowadza do wiadomości podwładnych rodzaj sygnałów ostrzegania /w wypadku zastosowania przez nieprzyjaciela broni masowego rażenia/ oraz sposób likwidacji skutków stosowania BMR. Na każdym szczeblu dowodzenia wydziela się część sił i środków służby zdrowia, która - na ustalony sygnał - dołącza do składu oddziału ratunkowo-ewakuacyjnego /ORE/ lub grupy ratunkowo-ewakuacyjnej /GRE/. Praca w składzie ORE /GRE/ jest regulowana wcześniejszymi wytycznymi oraz bieżącymi rozkazami dowódcy ORE/GRE/.

Zaopatrywanie w sprzęt i materiał sanitarny ma na celu doprowadzenie do wszystkich ogniw wojskowej służby zdrowia leków i sprzętu medycznego. W zasadzie uzupełnianie materiału sanitarnego winno być wykonane przed rozpoczęciem natarcia /w czasie walki ma miejsce tylko w wyniku zniszczenia zapasów służby zdrowia lub w wypadku powstania masowych strat sanitarnych/.

W celu sprawnego wykonania swoich obowiązków służba zdrowia systematycznie szkoli personel fachowy oraz równocześnie prowadzi szkolenie żołnierzy w zakresie udzielania pierwszej pomocy /sanitarne szkolenie żołnierzy ułatwia późniejszą pracę służby zdrowia zarówno w czasie pokoju, jak i w czasie wojny/. O ile czas pozwala, należy również przed natarciem prowa-

dziś krótkie szkolenie sanitarne żołnierzy, przypominając im zasady udzielania porażonym pierwszej pomocy.

Zabezpieczenie medyczne związków taktycznych i oddziałów /pododdziałów/ realizuje ich organiczna służba zdrowia oraz przydzielone /czasami/ oddziały i pododdziały medyczne.

Pod względem medycznym zabezpiecza:

- kompanię - starszy sanitariusz /sanitariusz/;
- batalion piechoty - drużyna sanitarna;
- batalion saperów, łączności, dar, pa, paplot., dyw. art. ppanc., brem, brozp. - pluton medyczny;
- pułk zmechanizowany /czołgów/ - kompania medyczna;
- dywizję zmechanizowaną /pancerną/ - batalion medyczny;
- armię ogólnowojskową: 7-8 medycznych batalionów wzmocnienia /mbw/, batalion przeciwepidemiczny /bpepid/,  
1-2 oddziały zabezpieczenia medycznego armii /OZMA/,  
1-2 kompanie samochodów sanitarnych /kssan/,  
kompania hospitalizacyjna /kh/,  
stacja krwiodawstwa II kategorii /skr II kat./,  
~~ruchoma grupa weterynaryjna~~  
~~/RCWet/~~,  
polowy skład sanitarny /PSSan/.

## I. PRZYGOTOWANIE SŁUŻBY ZDROWIA DO PRACY W CZASIE DZIAŁAŃ BOJOWYCH

Szef służby zdrowia dywizji /starszy lekarz pułku/ musi w okresie poprzedzającym działania bojowe przygotować podległe jednostki służby zdrowia do pracy w czasie walki. Ponieważ ilość czasu na całkowite przygotowanie służby zdrowia do zabezpieczenia medycznego działań bojowych dywizji /pułku/ jest niewielka, należy wydać dowódcy bm i starszym lekarzom zarządzenia wstępne, dzięki czemu planowanie zabezpieczenia medycznego będzie przebiegać równoległe z przygotowaniem oddziałów /pododdziałów/ służby zdrowia.

W zarządzeniach wstępnych poleca się: zakończenie udzielania pomocy medycznej, ewakuowanie porażonych i chorych do wyznaczonych etapów ewakuacji medycznej /rozwiniętych mbw, szpitali wojskowych lub cywilnych/, zwinięcie jednostek służby zdrowia, uzupełnienie sprzętu i materiału sanitarnego oraz przeprowadzenie rozpoznania medycznego rejonu przyszłych działań i dróg marszu.

W czasie, gdy oddziały /pododdziały/ służby zdrowia wykonują zarządzenia wstępne, szef służby zdrowia /starszy lekarz/ ocenia sytuację taktyczną i medyczną, prognozuje straty sanitarne i opracowuje /zgodnie z wytycznymi zastępcy dcy ds. techniki i zaopatrzenia oraz przełożonego fachowego/ propozycje zabezpieczenia medycznego. Zatwierdzone /przez zastępcę dowódcy ds. techniki i zaopatrzenia/ propozycje stają się podstawą do opracowania planu zabezpieczenia medycznego /dywizji, pułku/, który powinien zawierać:

- zadania służby zdrowia /dywizji, pułku/,
- przewidywane straty sanitarne,
- zakres pomocy na poszczególnych etapach ewakuacji medycznej /DPM, PPM/,
- organizację ewakuacji porażonych,
- przydział wzmocnienia do pierwszorzutowych pułków i wykorzystanie jednostek wzmocnienia przydzielonych służbie zdrowia dywizji,
- czas i miejsce rozwijania dywizyjnych punktów medycznych,
- czas i miejsce rozwinięcia bazy szpitalnej frontu /tylko w planie ZT/,
- przedsięwzięcia profilaktyczno-higieniczne,
- wydzielenie sił i środków do prac w ramach oddziałów /grup/ ratunkowo-ewakuacyjnych,
- sposób zaopatrywania w materiał i sprzęt sanitarny,
- współpracę ze służbą zdrowia sąsiednich dywizji/pułków/,
- skład i miejsce odwołu medycznego,
- organizację łączności i terminy składania meldunków.

Plan zabezpieczenia medycznego dywizji /pułku/ opracowuje się w formie graficznej i opisowej /położenie wojsk własnych i nieprzyjaciela, zadania własne, położenie jednostek służby

zdrowia i ich przewidywane przesunięcie nanosi się na mapę, a pozostałe zagadnienia opracowuje się w formie opisowej lub w postaci tabel jako załączniki do mapy/.

Na podstawie zatwierdzonego planu zabezpieczenia medycznego szef służby zdrowia /starszy lekarz przekazuje do rozkazu tyłowego niektóre dane jak: - czas i miejsce rozwinięcia dywizyjnego /pułkowego/ punktu medycznego, drogi ewakuacji porażonych, sposób ewakuacji lekko-porażonych oraz zarządzenia sanitarno-przeciwepidemiczne.

W okresie organizacji działań szef służby zdrowia /starszy lekarz/ organizuje również współpracę i ścisłe współdziałanie oddziałów /pododdziałów/ służby zdrowia ze sztabem tyłów oraz rodzajami wojsk i służb /między innymi uzgadnia rozmieszczenie i przesuwanie jednostek tyłowych - w tym medycznych- ich obronę i ochronę oraz wykorzystanie transportu ogólnego przeznaczenia do ewakuacji porażonych - współpraca z innymi służbami i rodzajami wojsk dotyczy głównie likwidacji skutków uderzeń BMR na wojska i tyły/.Wysokość prognozowanych strat sanitarnych zależy od: stanu liczebnego związku taktycznego/oddziału/, miejsca i roli dywizji /pułku/ w ugrupowaniu szczególnie nadrzędnego, charakteru obrony nieprzyjaciela, wyszkolenia wojsk własnych i doświadczenia bojowego żołnierzy.Ponadto w czasie stosowania broni jądrowej na wysokość strat sanitarnych wpływa: wagomiar ładunku nuklearnego, moment zaskoczenia /uprzedzenia/ wojsk, rodzaj wybuchu /powietrzny, naziemny/, rozbudowa inżynierska terenu, gęstość rozmieszczenia wojsk w terenie, rzeźba terenu i warunki atmosferyczne.

Związek taktyczny w natarciu /z użyciem BMR/ może ponieść straty sanitarne w wysokości 15-26%, a pułk 20-40%.Podczas prowadzenia działań bojowych bez stosowania BMR straty sanitarne będą niższe: ZT 2-5%, pz - 8-12%.

Po ustaleniu wysokości przewidywanych strat sanitarnych należy dokonać ich rozdziału na poszczególne fazy walki.

Najliczniejsze straty sanitarne będą powstawać w czasie wykonywania przez ZT/pz/ zadania bliższego i mogą wynosić około 60% dobowych strat /pozostałe 40% powstanie podczas wykonywania zadania dnia/. Obecnie przyjmuje się, że liczniejsze straty sanitarne wystąpią w związkach taktycznych/oddziałach/

pierwszorzutowych i mogą wynosić 70-75%/przyjmując straty sanitarne tego okresu za 100/, a w związkach taktycznych /od działach drugiego rzutu/- 25-30%.<sup>x/</sup>

Przykład:

prognozowane dobowe straty sanitarne ZT	- 20%
prognozowane straty sanitarne w zadaniu bliższym 60% /przyjmując 20% = 100/	- 12%
z tego:	
w I rzucie 70% /przyjmując 12% = 100/	- 8,4%
w II rzucie 30% /przyjmując 12% = 100/	- 3,6%
prognozowane straty sanitarne w zadaniu dnia 40% /przyjmując 20% = 100/	- 8%
z tego:	
w I rzucie 70% /przyjmując 8% = 100/	- 5,6%
w II rzucie 30% /przyjmując 8% = 100/	- 2,4%.

Zakres pomocy medycznej w poszczególnych etapach ewakuacji medycznej jest narzucony przez przełożonego fachowego i zależy od ilości prognozowanych strat sanitarnych oraz od możliwości udzielania porażonym pomocy medycznej przez oddziały /pododdziały/ służby zdrowia.

Dywizyjne punkty medyczne są rozwijane w pobliżu dywizyjnych dróg dowozu i ewakuacji oraz źródeł wody /siłami medycznymi batalionów wzmocnienia lub batalionów medycznych dywizji/, lecz szef służby zdrowia winien planować wykorzystanie przydzielonych jednostek wzmocnienia w pierwszej kolejności /np. najpierw rozwija się medyczne bataliony wzmocnienia, a organiczny bm rozwija się w dalszej kolejności/. Wielkość rejonu potrzebnego na rozwinięcie DPM wynosi około 300 x 400 m. DPM rozmieszcza się w odległości 10 - 15 km od waloczących wojsk, dzięki czemu jest ułatwione prowadzenie ewakuacji porażonych z pułkowych punktów medycznych. Po oddaleniu się wojsk waloczących o 20 - 25 km od DPM należy rozwinąć kolejny DPM, gdyż w przeciwnym razie ulegnie wydłużeniu ramię ewakuacji /mbw udzielający kwalifikowanej pomocy lekarskiej 300 - 500 porażonym może być ponownie użyty dopiero po około 36 godzinach/.

x/ W celu obliczenia strat bojowych należy zwiększyć liczbę strat sanitarnych o 35% /t.j.o wartość odpowiadającą stratom bezpowrotnym/.

Według innych zasad jest wykonywane zabezpieczenie medyczne pułku. Pułkowe punkty medyczne są rozwijane przy pułkowych drogach dowozu i ewakuacji, w pobliżu źródła wody/wielkość rejonu: 100 x 100 m/ - w oddaleniu 4-8 km od walczących wojsk, lecz kompania medyczna /jedna w pułku/ musi dokonywać 2-4 przegrupowań w ciągu dnia walki tzn. po przesunięciu wojsk do przodu i oddaleniu od PPM o 8-12 km należy kompanię medyczną zwinąć i przesunąć w ślad za wojskami.

Przed rozpoczęciem działań bojowych należy przydzielić do bm /mbw/ przynajmniej jedną grupę hospitalizacyjną, która przejmie opiekę nad porażonymi niezdolnymi do ewakuacji. Również w tym okresie można przydzielić samochody sanitarne bm /mbw, OZMA/ do kompanii medycznych pierwszorzutowych pułków, dzięki czemu przyspieszy się przybycie porażonych do dywizyjnego punktu medycznego oraz będzie dokładnie znane miejsce rozwinięcia kompanii medycznych.

W czasie planowania ewakuacji porażonych przyjmuje się, że transport sanitarny szczebla taktycznego może przebyć w ciągu doby jedynie 100-150 km tzn. wykona około 3-4 rejsów. W czasie prowadzenia działań bojowych z użyciem BMR służba zdrowia jest w stanie przewieźć transportem sanitarnym jedynie 50-60% porażonych, natomiast dla pozostałych porażonych trzeba uzyskać transport ogólnego przeznaczenia, który powinien zostać przystosowany do przewożenia porażonych /montuje się urządzenia adaptacyjne umożliwiające instalowanie noszy z porażonymi - w wyjątkowych sytuacjach można przewozić porażonych bez uprzedniego zakładania urządzeń adaptacyjnych/. W wypadku prowadzenia ewakuacji "od" - lub "przez siebie" konieczne jest ujęcie w planie zabezpieczenia medycznego miejsca rozwinięcia oddziałów służby zdrowia nadrzędnego szczebla / dla pz - DPM, dla ZT - bazy szpitalnej frontu/.

Służbę zdrowia oddziałów /pododdziałów/ należy uczulić na wykrywanie i izolowanie chorych na schorzenia zakaźne. Ewakuację ich prowadzi się osobnym transportem /szpitala zakaźnego/. W wypadku przewożenia podejrzanych o schorzenia zakaźne transportem sanitarnym dywizji /pułku/ personel szpitala zakaźnego dezynfekuje środki transportu i personel towarzyszący.

Rodzaj przedsięwzięć profilaktyczno-higienicznych i przeciwepidemicznych zależy od czasu jakim dysponuje służba zdrowia, stanu sanitarnego wojsk i terenu przyszłych działań oraz przewidywanych środków rażenia /broń chemiczna, biologiczna/. O ile istnieje potrzeba i czas pozwala, należy zlecić wykąpanie żołnierzy i wymianę bielizny, doszczepić nowo wcielonych, ewentualnie wydać polecenie niespożywania pokarmów spoza wojska, niekontaktowania się z ludnością cywilną i niepicia wody z niebadanych źródeł.

Siły i środki służby zdrowia wydzielone do prac ratunkowych w ramach ORE /GRE/ wykonują normalnie wszystkie bieżące zadania wynikające z planu zabezpieczenia medycznego i dopiero na ustalony sygnał zwijają się i udają do wyznaczonego rejonu zbiórki. Na szczeblu związku taktycznego można wydzielić do ORE służbę zdrowia artylerii, a na szczeblu pz - drużynę sanitarną batalionu ozołgów.

Sprzęt i materiał sanitarny uzupełnia się przed rozpoczęciem działań bojowych, gdyż w czasie walki w zasadzie nie uzupełnia się go. Tym niemniej należy przewidzieć sytuacje wymagające dostarczenia materiału /sprzętu/ sanitarnego do oddziałów /pododdziałów/, w których wystąpiły wybitnie liczne straty sanitarne lub zniszczono zapasy materiału sanitarnego.

Duże znaczenie ma nawiązanie współpracy ze służbą zdrowia sąsiednich związków taktycznych /pułków/. Uzgodnienie przyjęcia żołnierzy /porażonych w czasie marszu do rubieży starcia/ przez ich służbę zdrowia uwalnia organiczną służbę zdrowia od rozwijania własnych punktów medycznych i pozwala jej /w stanie zwiniętym/ przemieszczać się w kolumnie marszowej wraz z pozostałymi oddziałami i pododdziałami.

Ustalając sposób kierowania służbą zdrowia dywizji/pułku/ określa się:

- miejsce pobytu szefa służby zdrowia /starszego lekarza/,
- organizację łączności /szef służby zdrowia DZ ma łączność radiową z bm i mbw oraz szefem służby zdrowia armii/,
- sposób i terminy składania meldunków.

W dokumentach kierowania należy uwzględnić kolejne etapy przesuwania TSD dywizji, bm i przydzielonych mbw /TSD pułku, km/.

Wobec braku łączności radiowej pomiędzy szefem służby zdrowia dywizji a starszymi lekarzami, rozkazy i polecenia muszą być przekazywane poprzez wykorzystywanie ruchomych środków łączności - najczęściej przez personel służby zdrowia prowadzący ewakuację /część rozkazów może być przekazywana przez sieć radiową zastępcy dowódcy ds.techniki i zaopatrzenia/.

## II. ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE ODDZIAŁÓW I ZWIĄZKÓW TAKTYCZNYCH W MARSZU

Szef służby zdrowia /starszy lekarz/ winien zaplanować zabezpieczenie medyczne marszu podległych oddziałów /pododdziałów/. W przypadku dysponowania dostateczną ilością czasu przeprowadza się /przed rozpoczęciem marszu/ przegląd żołnierzy w celu wyeliminowania chorych, których wraz z porażonymi ewakuuje się do wyznaczonych mbw, szpitali wojskowych lub cywilnych. W okresie organizacji sprawdza się również sprawność transportu sanitarnego i ogólnego przeznaczenia oraz posiadane wyposażenie, które w razie potrzeby należy uzupełnić. Związek taktyczny przegrupowuje się przeważnie po dwóch drogach.

Szef służby zdrowia dokonuje podziału posiadanych sił i środków, aby w jednakowym stopniu zabezpieczyć na drogach wszystkie oddziały /pododdziały/; w celu zabezpieczenia medycznego jednej drogi należy skierować organiczny batalion medyczny, natomiast drugą zabezpiecza przydzielony mbw /w wypadku nieposiadania mbw istnieje konieczność dokonania podziału bm tak, aby mógł zabezpieczać dwie drogi/.

Batalion medyczny /mbw/ przemieszcza się na czele kolumny tylowej dywizji i musi być w gotowości do rozwinięcia swoich urządzeń i udzielania kwalifikowanej pomocy lekarskiej.

W miarę możliwości należy wcześniej rozmieścić na drogach marszu tymczasowe punkty medyczne /TPM/ np. co 20-40 km, organizowane siłami służby zdrowia wojsk obrony terytorium kraju, oddziałów wzmocnienia dywizji lub batalionu saperów, łączności itp. W TPM jest udzielana porażonym i chorym pomoc lekarska, a następnie są oni ewakuowani do wyznaczonych mbw, szpitali wojskowych lub cywilnych.

Podobnie starszy lekarz pułku planuje zabezpieczenie medyczne oddziału wykonującego marsz. W zasadzie pułk przemieszcza się po jednej drodze, a kompania medyczna znajduje się na oścież kolumny tyłowej. Zarówno pierwsza pomoc, jak i pomoc lekarska są udzielane "w ruchu." Zgodnie z decyzją szefa służby zdrowia ZT po udzieleniu porażonym /chorym/ pomocy medycznej, ewakuuje się ich do najbliższych tymczasowych punktów medycznych lub wyznaczonych mbw.

W sytuacjach gdy pułk wykonuje marsz po dwóch drogach należy podzielić kompanię medyczną w celu zabezpieczenia obu dróg marszu, lub kompania medyczna będzie zabezpieczać jedną, a drugą - drużyna sanitarna batalionu /wzmocniona lekarzem/.

Możliwość boju spotkaniowego nakazuje wzmocnić służbę zdrowia ozołowego batalionu /dokonuje się przydziału lekarza i samochodu sanitarnego/.

Szef służby zdrowia w czasie wykonywania marszu przez dywizję powinien znajdować się przy TSD dywizji, a starszy lekarz pułku - przy TSD pułku /otrzymywanie bieżących informacji o sytuacjach na drogach marszu ułatwia im wydawanie dodatkowych rozkazów i poleceń/.

### III. ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE ODDZIAŁÓW I ZWIĄZKÓW TAKTYCZNYCH W NATARCIU

Służba zdrowia każdego szczebla dowodzenia zabezpiecza pod względem medycznym nacierzyste oddziały /pododdziały/oraz oddziały wojskowe, które zostały czasowo przydzielone jako wzmocnienie. Postępowanie oddziałów i pododdziałów służby zdrowia /organicznych i wzmocnienia/ jest zależne od wcześniej opracowanego planu zabezpieczenia medycznego /korektę wykonuje się tylko w wypadku znacznych zmian w sytuacji taktycznej lub medycznej, których szef służby zdrowia - starszy lekarz - nie uwzględnił w planie/. Największe znaczenie w czasie walki ma działalność leczniczo-ewakuacyjna, gdyż należy jak najszybciej ewakuować porażonych z podległych punktów medycznych w celu udzielenia im pomocy lekarskiej /kwalifikowanej pomocy lekarskiej/, co zarazem umożliwi przesunięcie pododdziałów służby zdrowia w ślad za nacierającymi wojskami.

Na polu walki jest udzielana pierwsza pomoc. Możliwości udzielania pierwszej pomocy przez jednego sanitariusza kompanii są bardzo ograniczone /ze względu na znaczne rozrzedkowanie wojsk oraz duże tempo natarcia nie będzie on w stanie udzielić pomocy wszystkim porażonym/. Każdy żołnierz musi umieć udzielić pierwszej pomocy sobie /samopomoc/, lub liczyć na udzielenie jej przez innego żołnierza /pomoc wzajemna/. Przed walką sanitariusz uzupełnia żołnierzom opatrunki osobiste oraz /o ile czas na to pozwala/ może pouczyć niektórych /np. nowo wcielonych żołnierzy/ o sposobach udzielania pierwszej pomocy.

Po udzieleniu pierwszej pomocy - sanitariusz grupuje porażonych w osłoniętych miejscach, które oznacza w celu ułatwienia wyszukania ich przez drużynę sanitarną batalionu.

### 1. Batalion

Jest zabezpieczony przez drużynę sanitarną sprawującą opiekę nad stanem zdrowotnym i higienicznym żołnierzy batalionu, a w czasie walki organizującą batalionowy punkt medyczny /bpm/, w którym jest udzielana pomoc przedlekarska /poprawianie opatrunków, opasek uciskowych, unieruchomień, podawanie leków przeciwbólowych/.

Drużyna sanitarna przemieszcza się za nacierającymi wojskami /w drugim rzucie batalionu/ i w zasadzie pracuje "w ruchu" tzn. zatrzymuje się przy skupiskach porażonych tylko na czas udzielania pomocy /pracując "w ruchu" może udzielić pomocy przedlekarskiej około 40-50 porażonym/. Po udzieleniu pomocy pozostawia porażonych w oznakowanym miejscu i podąża w ślad za batalionem. /O miejscu pozostawienia porażonych przekazuje meldunek starszemu lekarzowi poprzez radiostację dowódcy batalionu/.

Do zadań drużyny sanitarnej należy:

- wyszukiwanie i wywożenie porażonych z walożących pododdziałów i z punktów zbiórki porażonych<sup>x/</sup>,
  - udzielanie porażonym pomocy przedlekarskiej,
  - prowadzenie czynności sanitarno-przeciwpidemicznych,
  - zaopatrywanie żołnierzy w materiał sanitarny, - - - - -
- x/ Punkt zbiórki porażonych - miejsce, w którym są zgromadzeni porażeni /poprzednia nazwa: "gniazdo rannych"/.

- prowadzenie rozpoznania medycznego w rejonie batalionu,
- utrzymywanie kontaktu z przełożonym fachowym /starszym lekarzem/,
- terminowe składanie meldunków.

Dowódca drużyny sanitarnej otrzymuje od dowódcy batalionu informację o kierunku natarcia batalionu oraz nakazaną oś przesuwania drużyny.

## 2. Pułk

Zabezpieczenie medyczne pułku /zmechanizowanego, czołgów/ organizuje starszy lekarz pułku, któremu podlega kompania medyczna /km/. Po otrzymaniu zadania od zastępcy dowódcy ds. techniki i zaopatrzenia oraz wytycznych fachowych od szefa służby zdrowia dywizji, starszy lekarz opracowuje, w okresie poprzedzającym działania bojowe, propozycje zabezpieczenia medycznego - kopię zatwierdzonego /przez zastępcę dowódcy ds. techniki i zaopatrzenia / planu przesyła do wiadomości szefowi służby zdrowia dywizji, natomiast dowódcy kompanii medycznej przekazuje do realizacji tylko zadania wynikające z planu zabezpieczenia medycznego.

Przed walką /o ile pułk przechodzi do natarcia z rejonu położonego w głębi/ starszy lekarz powinien /w miarę możliwości/ nawiązać współpracę ze starszymi lekarzami pułków znajdujących się w styczności z nieprzyjacielem w celu uzgodnienia wykorzystania ich PPM /przekazanie własnych porażonych pozwoli uniknąć rozwijania pododdziałów medycznych/. W czasie walki starszy lekarz przebywa na TSD lub SD pułku, gdzie otrzymuje aktualne informacje o wysokości strat sanitarnych i rejonach ich powstania, co pozwala mu korygować plan zabezpieczenia medycznego oraz może przekazywać bieżące informacje szefowi służby zdrowia dywizji. Czasami starszy lekarz włącza się do pracy kompanii medycznej, lecz jest wtedy pozbawiony aktualnego obrazu pola walki.

Kompania medyczna /stan: 22 ludzi, skład: pluton medyczny, drużyna ewakuacyjno-transportowa/ sprawuje opiekę nad stanem zdrowotnym i higienicznym żołnierzy, a w czasie walki organizuje pułkowy punkt medyczny /PPM/ w odległości 4-6-8 km od walczących wojsk. Rejon rozwinięcia PPM /wielkość: 100 x 100m/ powinien znajdować się w pobliżu drogi dowozu i ewakuacji, źródła

wody, chronić przed obserwacją nieprzyjaciela i zapewnić personelowi służby zdrowia względnie spokojną pracę.

Pułkowy punkt medyczny rozmieszcza się w pomieszczeniach stałych lub w namiotach. Czas potrzebny na rozwinięcie wszystkich elementów PPM wynosi 15-20 min. Dużym ułatwieniem w pracy jest wyposażenie kompanii medycznej w salę opatrunkową na samochodzie, która umożliwia natychmiastowe udzielanie pomocy lekarskiej bez rozwijania innych urządzeń. W czasie działań bojowych kompania medyczna nie ma warunków do stacjonarnego leczenia porażonych /chorych/. Po udzieleniu pomocy lekarskiej kieruje się lekko porażonych /około 5%/ z powrotem do wojsk walczących, a pozostałych /około 95%/ ewakuje transport sanitarny batalionu medycznego /mbw/. W ciągu dnia walki PPM przemieszcza się 2-4 razy /na miejsce kolejnego rozwinięcia może być wybrane duże skupisko porażonych w bpm lub ognisku masowych strat/.

Zasadniczymi elementami rozwiniętego PPM są:

- posterunek rozdzielczy,
- izba przyjęć i segregacji,
- izba opatrunkowa,
- izba ewakuacyjna,
- izolator dla podejrzanych o schorzenia zakaźne,
- miejsce odkażania,
- miejsce postoju organicznego transportu sanitarnego,
- miejsce postoju transportu sanitarnego dywizji,
- część gospodaroza.

W zależności od natężenia walk i częstotliwości przemieszczania PPM rozwija się wszystkie składowe lub ich część /zawsze muszą być rozwinięte: izba przyjęć i segregacji oraz izba opatrunkowa/.

Do podstawowych zadań kompanii medycznej należy:

- prowadzenie ewakuacji z batalionowych punktów medycznych i ognisk masowych strat sanitarnych,
- rozwijanie pułkowego punktu medycznego,
- udzielanie porażonym i chorym pomocy lekarskiej /w zakresie ustalonym przez szefa służby zdrowia dywizji/,
- wydzielanie sił i środków służby zdrowia do grupy ratunkowo-ewakuacyjnej,

- zabezpieczenie stanu osobowego pułku pod względem sanitarno-higienicznym i przeciwepidemicznym,
- zaopatrywanie służby zdrowia batalionów w materiały i sprzęt medyczny,
- utrzymywanie kontaktu ze starszym lekarzem,
- terminowe składanie meldunków.

W pułkowym punkcie medycznym jest prowadzona segregacja porażonych, która ma na celu ustalenie kolejności: a/ udzielenia pomocy lekarskiej, b/ ewakuacji do DPM /ponadto ustala się rodzaj środka transportowego i pozycję w jakiej należy przewozić porażonego/. Personel PPM powinien stworzyć porażonym odpowiednie warunki do wypoczynku, napoić ich i w razie potrzeby ogrzać. W ciągu doby PPM może udzielić pomocy lekarskiej 100-120 porażonym w pełnym zakresie, natomiast przy masowym napływie porażonych i ograniczeniu zakresu pomocy może jej udzielić 150-180 porażonym.

W skład pomocy lekarskiej udzielanej w pełnym zakresie w PPM wchodzi:

- wykonanie wstępnych zabiegów dezynfekcyjnych i dezaktywacyjnych,
- kontrola pomocy przedlekarskiej /udzielanej w bpm/,
- założenie karty ewakuacyjnej,
- walka ze wstrząsem i utratą krwi /założenie kleszczy - ków na krwawiące naczynia/,
- tracheotomia<sup>x/</sup>,
- zamknięcie otwartej odmy,
- podanie płynów krwiozastępczych,
- amputacja kończyn wiszących na strzępkach tkanek,
- opatrywanie ran,
- cewnikowanie pęcherza moczowego,
- podawanie antybiotyków, surowic i środków przeciwbólowych,
- izolowanie podejrzanych o schorzenia zakaźne,
- leczenie chorych i porażonych.

x/ Tracheotomia - nacięcie tchawicy, operacja zapobiegająca uduszeniu się chorego w razie niedrożności krtani.

Drużyna ewakuacyjno-transportowa prowadzi ewakuację porażonych z batalionowych punktów medycznych i ognisk masowych strat do pułkowego punktu medycznego. Przeciętnie transport sanitarny pułku jest w stanie wykonać około 4 rejsów w ciągu doby tzn. może przywieźć do PPM około 160 porażonych / nie duża ilość rejsów jest uwarunkowana częstym przemieszczaniem km/.

W wypadku powstania masowych strat sanitarnych, w celu przewiezienia wszystkich porażonych, starszy lekarz pułku musi uzyskać, od zastępcy dowódcy ds. techniki i zaopatrzenia, transport ogólnego przeznaczenia. Planując ewakuację porażonych z bpm, wyznacza się drogi ewakuacji oraz ilość środków transportowych kierowanych po porażonych /drogi ewakuacji i środki transportu do przewożenia porażonych z ognisk masowych strat sanitarnych wyznacza się doraźnie - po zastosowaniu przez nieprzyjaciela BMR/. Wobec niedoboru środków transportowych do ewakuacji porażonych należy również wyznaczyć drogi, którymi lekko porażeni po otrzymaniu w bpm pomocy przedlekarskiej mogą pieszo udawać się do PPM /należy wysłać ich grupowo, wyznaczając jednego lekko porażonego jako dowódcę grupy/.

W ramach zabezpieczenia sanitarno-higienicznego i przeciwepidemicznego kompania medyczna pułku prowadzi rozpoznanie sanitarne rejonu przyszłych działań, zapobiega powstawaniu schorzeń zakaźnych, nadzoruje czynności sanitarno-higieniczne wojsk /kąpiel, wymiana bielizny, czystość rejonów zakwaterowania/ oraz żywienie żołnierzy. W razie potrzeby prowadzi również szczepienia ochronne.

Zaopatrywanie w materiał i sprzęt sanitarny w czasie działań bojowych prowadzone jest wyjątkowo, ponieważ ilość posiadanego przez km materiału sanitarnego powinna zapewnić udzielanie pomocy lekarskiej 500 porażonym, /zaopatrzenie bieżące, służba zdrowia pułku posiada na około 1 miesiąc/. Po każdym dniu walki starszy lekarz zapewnia uzupełnienie / z batalionu medycznego/ materiału sanitarnego zaopatrzenia bojowego. Dowóz zaopatrzenia odbywa się przy wykorzystaniu transportu sanitarnego lub udającego się po porażonych.

Przed rozpoczęciem walki starszy lekarz wyznacza pododdział służby zdrowia do udziału w ramach grupy ratunkowo-ewakuacyjnej. Najczęściej jest to drużyna sanitarna batalionu ozołgów, która po otrzymaniu ustalonego sygnału udaje się do rejonu zbiórki i wykonuje polecenia dowódcy GRE. Dowódca kompanii medycznej zobowiązany jest utrzymywać stały kontakt ze starszym lekarzem. Bieżące informowanie przełożonego o istniejących trudnościach w udzielaniu porażonym pomocy lekarskiej i prowadzeniu ewakuacji z bpm może przyczynić się do przyspieszenia uzyskania dodatkowego transportu do ewakuacji porażonych oraz zgody na udzielanie pomocy lekarskiej w ograniczonym zakresie.

### 3. Dywizja

Zabezpieczenie medyczne dywizji /zmechanizowanej, pancernej/ organizuje szef służby zdrowia dywizji. Po przeprowadzeniu analizy zadania otrzymanego od zastępy dowódcy ds. techniki i zaopatrzenia oraz uwzględnieniu wytycznych fachowych szefa służby zdrowia armii, szef służby zdrowia związku taktycznego opracowuje /w okresie poprzedzającym działania bojowe/ propozycje zabezpieczenia medycznego.

Wyciągi z zatwierdzonego planu zabezpieczenia medycznego przekazuje do realizacji:

- dowódcy batalionu medycznego,
- dowódcom przydzielonych medycznych batalionów wzmocnienia, grup hospitalizacyjnych, ogólnochirurgicznych itp.,
- starszym lekarzom pułków i lekarzom samodzielnych oddziałów,
- starszym lekarzom /lekarzom/ przydzielonych oddziałów wojskowych, natomiast kopię planu przesyła szefowi służby zdrowia armii.

W okresie poprzedzającym natarcie / o ile związek taktyczny wchodzi do walki z rejonu położonego w głębi/, szef służby zdrowia dywizji powinien nawiązać współpracę z szefami służby zdrowia sąsiednich ZT oraz związku taktycznego znajdującego się w styczności z nieprzyjacielem, aby uzgodnić możliwość przyjęcia żołnierzy /porażonych na trasach marszu/ przez służbę zdrowia tych dywizji.

W czasie działań bojowych szef służby zdrowia ZT znajduje się na tyłowym stanowisku dowodzenia /TSD/ dywizji, gdzie otrzymuje aktualne informacje o ilości porażonych w poszczególnych oddziałach /pododdziałach/ dywizji, co pozwala mu wykonywać manewr podległą i przydzieloną służbą zdrowia, a ponadto może występować do szefa służby zdrowia armii /drogą radiową/ z prośbą o przydzielenie dodatkowego wzmocnienia medycznego /z odvodu medycznego szefa służby zdrowia armii/.

Przydzielenie wzmocnienia medycznego do pierwszorzędnych pułków jest dokonywane przez szefa służby zdrowia dywizji, przed rozpoczęciem działań bojowych. W zasadzie może dotyczyć dodatkowego transportu sanitarnego, ewentualnie pododdziału służby zdrowia, oddziału /pododdziału/ znajdującego się w drugim rzucie lub nie działającym samodzielnie /np. z batalionu saperów, łączności, oddziałów artylerii/. Zgodnie z planem zabezpieczenia medycznego dywizji wyznacza się przed walką pododdziały służby zdrowia mające wykonywać zadania w ramach oddziału ratunkowo-ewakuacyjnego. Do wytypowanego pododdziału medycznego przydziela się dodatkowe środki transportu sanitarnego, zespół operacyjny na samochodach i sanitariuszy /z oddziału zabezpieczenia medycznego armii/. W wypadku powstania masowych strat sanitarnych w oddziałach /pododdziałach/ dywizji - szef służby zdrowia armii kieruje dodatkowe siły i środki służby zdrowia armii oraz zespół dowodzenia z oddziału zabezpieczenia medycznego armii, który przejmuje dowodzenie oddziałami /pododdziałami/ medycznymi wykonującymi zadanie w rejonie masowych strat sanitarnych.

Związek taktyczny wykonujący zadanie na głównym kierunku armii może otrzymać wzmocnienie medyczne w postaci:

- 1-3 medycznych batalionów wzmocnienia,
- 1-2 grup hospitalizacyjnych /z kompanii hospitalizacyjnej/,
- 1-2 grup ogólnochirurgicznych ~~/z oddziału zabezpieczenia medycznego armii,~~ transport sanitarny i sanitariuszy (z OZMA/.

Po przejęciu oddziałów i pododdziałów medycznych, szef służby zdrowia dywizji zapoznaje ich dowódców z planem zabezpieczenia medycznego ZT oraz stawia im zadania na okres walki

/jeden dzień/, gdyż po tym czasie przydzielone oddziały /pododdziały/ medyczne w zasadzie przechodzą ponownie do odvodu szefa służby zdrowia armii.

Batalion medyczny /bm/ dywizji liczy około 130 osób. Wśród ważniejszego wyposażenia bm należy wymienić: zespół operacyjny na samochodach składający się z jednej sali przedoperacyjnej i jednej sali operacyjnej, 10 samochodów sanitarnych, urządzenie destylacyjno-sterylizacyjne, urządzenie dezynfekcyjno-dezynsekcyjne, agregaty prądotwórcze i kuchnie.

W składzie batalionu medycznego wyróżniamy następujące pododdziały:

- dowództwo,
- sztab /z drużyną radiową/,
- kompanię medyczną: 2 plutony segregacyjne,  
pluton chirurgiczny,  
drużyna szpitalna,  
drużyna ewakuacyjna,
- pluton specjalny: drużyna ochrony radiologicznej,  
drużyna zabiegów specjalnych,
- pluton transportowy,
- aptekę,
- gabinet stomatologiczny,
- kwatermistrzostwo: szefowie zaopatrzenia,  
pluton zaopatrzenia: drużyna transportowa,  
drużyna gospodarcza,  
drużyna elektrowni oświetleniowych.

Batalion medyczny sprawuje opiekę nad stanem zdrowotnym i higienicznym żołnierzy oddziałów i pododdziałów woho - dzących w skład związku taktycznego, a w czasie walki organizuje dywizyjny punkt medyczny /DPM/ - urządzenia swoje rozmieszcza w budynkach, lecz może również rozwinąć się pod namiotami.

W ciągu doby personel DPM jest w stanie udzielić kwalifikowanej pomocy lekarskiej: 300 porażonym - w pełnym zakresie, 500 porażonym - w ograniczonym zakresie.

W czasie działań bojowych dywizyjny punkt medyczny nie ma warunków do stacjonarnego leczenia porażonych - otrzymują oni kwalifikowaną pomoc lekarską, po czym są kierowani do oddziału ewakuacyjnego, gdzie oczekują na przewiezienie do szpitali polowych bazy szpitalnej frontu /BSzF/. Ewakuacji do BSzF podlega około 95% porażonych, pozostałe 5% wraca /po uzyskaniu kwalifikowanej pomocy lekarskiej/ do walczących oddziałów tego samego dnia lub najpóźniej po 1-1,5 dobie.

W sytuacji wymagającej pilnego przesunięcia DPM - po zakończeniu udzielania porażonym pomocy medycznej - należy skierować do DPM grupę hospitalizacyjną, która przejmie opiekę nad porażonymi niezdolnymi do ewakuacji /jedna grupa hospitalizacyjna może objąć opieką 25-35 porażonych przez okres 3-5 dni, lecz personel jej nie wykonuje żadnych zabiegów operacyjnych/.

Zasadniczymi elementami dywizyjnego punktu medycznego są:

- posterunek regulacyjny,
- punkt zabiegów specjalnych /PZS/,
- oddział przyjęć i segregacji,
- oddział operacyjno-opatrunkowy,
- oddział szpitalny /z izolatorami/,
- oddział ewakuacyjny,
- apteka.

Ponadto należy wyznaczyć miejsce na:

- część gospodarczą,
- pomieszczenia mieszkalne dla personelu,
- miejsce postoju organicznego transportu sanitarnego,
- miejsce postoju kompanii samochodów sanitarnych,
- lądowisko dla śmigłowców,
- miejsce grzebania zmarłych.

Gotowość do udzielania kwalifikowanej pomocy lekarskiej osiąga bm po upływie 30 minut od chwili zajęcia rejonu /całkowite rozwinięcie następuje po około 2 godzinach/.

Zadania dywizyjnego punktu medycznego /organizowanego siłami bm lub mbw/ sprowadzają się do:

- ewakuacji porażonych z PPM i ognisk masowych strat sanitarnych do DPM,

- kontroli dozymetrycznej napromieniowanych,
- wykonywania zabiegów specjalnych,
- udzielania porażonym i chorym kwalifikowanej pomocy lekarskiej /w zakresie ustalonym przez szefa służby zdrowia armii/;
- zabezpieczenia sanitarno-higienicznego i przeciwepidemicznego;
- czasowej izolacji chorych na schorzenia zakaźne;
- zaopatrywania służby zdrowia oddziałów i samodzielnych pododdziałów w materiał i sprzęt sanitarny;
- wydzielania nakazanych sił i środków do składu ORE lub w celu wzmocnienia służby zdrowia oddziałów;
- terminowego składania meldunków.

Kwalifikowana pomoc lekarska wykonywana w pełnym zakresie obejmuje następujące czynności:

- odkażanie porażonych i chorych;
- kwalifikowaną segregację;
- zabiegi przeciwszokowe;
- ostateczne zatamowanie krwawienia;
- zabiegi chirurgiczne:
  - otwarcie jamy brzusznej/przy drążących zranieniach brzucha/;
  - otwarcie klatki piersiowej/przy rozległych uszkodzeniach klatki piersiowej z otwartą odmą/;
  - trepanację czaszki /przy urazach czaszki z towarzyszącym wzrostem ciśnienia śródczaszkowego/;
  - amputacje kończyn;
  - nadłonowe nakłucie pęcherza moczowego;
  - chirurgiczne opracowanie ran;
- leczenie internistyczne porażonych i chorych;
- leczenie chorych na schorzenia zakaźne.

W warunkach współczesnych działań /szybkich i manewrowych, przy stosowaniu BMR/ leczenie porażonych w pobliżu pola walki może być realizowane przez dywizyjne punkty medyczne

tylko w ograniczonym zakresie, natomiast zakończenie leczenia /pełne leczenie/ ma miejsce w szpitalach bazy szpitalnej frontu.

Obecnie przyjmuje się, że przy dużym napływie porażonych tylko 10% porażonych otrzyma kwalifikowaną pomoc lekarską w pełnym zakresie, około 15% porażonych otrzyma kwalifikowaną pomoc lekarską w ograniczonym zakresie, natomiast pozostali porażeni będą mieli uzupełnioną pomoc lekarską, której nie otrzymali w PPM.

Żołnierze podejrzani o sochorzenia zakaźne, wyodrębnieni w oddziale przyjęć i segregacji, są kierowani do izolatora - czasową opiekę nad nimi sprawuje lekarz drużyny szpitalnej. Jednocześnie powiadamia się szpital zakaźny /przez szefa służby zdrowia dywizji/ o konieczności przysłania transportu sanitarnego w celu zabrania ich do szpitala zakaźnego. Kwalifikowana segregacja jest prowadzona nawet przy największym napływie porażonych, gdyż trzeba wyodrębnić spośród wszystkich porażonych tych, którym należy bezwzględnie udzielić kwalifikowanej pomocy lekarskiej. Przydzielenie do DPM grupy ogólnochirurgicznej usprawnia w znacznym stopniu pracę personelu bm/mbw/.

Przedsięwzięcia dotyczące zabezpieczenia sanitarno-higienicznego i przeciwepidemicznego prowadzą się do stałego prowadzenia rozpoznania medycznego i wykonywania czynności profilaktycznych /zgodnie z wytycznymi dowódcy armijnego batalionu przeciwepidemicznego/. W działalności tej mieści się również kontrola źródeł wody i produktów spożywczych, nadzоровanie zabiegów sanitarno-przeciwepidemicznych wykonywanych na etapach ewakuacji medycznej podległych oddziałów oraz wykonywanie innych zleconych czynności zapobiegawczych wśród wojsk walczących, jeńców wojennych i ludności cywilnej znajdującej się na terenie działań dywizji.

Apteka bm/mbw/ posiada zapas leków dla oddziałów dywizji na 1 miesiąc oraz zestawy materiału sanitarnego umożliwiające zaopatrzenie około 1300 porażonych. Sprzęt i materiał sanitarny dowódca batalionu medycznego uzupełnia okresowo na ogólnych zasadach.

Dywizyjny punkt medyczny posiada jedynie około 25-35 litrów krwi konserwowanej i dlatego istnieje konieczność podawania porażonym płynów krwiozastępczych /5% roztwór glikozy, fizjologiczny roztwór chlorku sodu/. Posiadane przez bm/mbw/urządzenie destylacyjno-sterylizacyjne pozwala produkować w warunkach polowych wystarczającą ilość płynów krwiozastępczych. Ilość tlenu medycznego dostarczana do bm/mbw/ jest ograniczona. Samochody dowożące tlen z polowej stacji wytwarzania tlenu /PSWT/ dostarczają go do DPM co 2-3 dni bez zapotrzebowań i asygnat. W czasie dostaw tlenu personel PSWT przeprowadza przeglądy i bieżącą konserwację aparatury tlenowej znajdującej się w bm/mbw/.

Pluton specjalny organizuje punkt zabiegów specjalnych /PZS/, do którego są kierowani wszyscy napromieniowani i skażeni, porażeni. Po odkażeniu /ludzi, umundurowania/ przeprowadza się ponownie kontrolę dozymetryczną porażonych i w zależności od jej wyników, kieruje się ich do oddziału przyjęć i segregacji lub do ponownego odkażenia /w czasie wykonywania zabiegów odkażających wszystkie opatrunki okrywa się ceratą lub folią, aby nie dopuścić do ich przemoczenia/.

Gabinet stomatologiczny jest czynny jedynie w okresach przerw między działaniami bojowymi. W czasie rozwinięcia przez bm dywizyjnego punktu medycznego - lekarz stomatolog pracuje na sali przedoperacyjnej /operacyjnej/, udziela pomocy przy wykonywaniu zabiegów i opatrunków u porażonych ze zranieniami twarzoczaszki, ewentualnie pomaga przy dawaniu narkozy.

Ewakuację porażonych z pułkowych punktów medycznych prowadzi DPM siłami plutonu ewakuacyjno-transportowego, który jest w stanie jednorazowo ewakuować 100 porażonych /po wykonaniu 2-3 rejsów w ciągu doby może ewakuować około 200-300 porażonych/. Do pułkowych punktów medycznych wysyła się jednorazowo najwyżej 2-3 samochody, gdyż przeważnie w PPM tylko ta ilość porażonych oczekuje na ewakuację. Szef służby zdrowia dywizji przewidując liczne straty sanitarne powinien przydzielić do bm/mbw/ dodatkowy transport sanitarny uzyskany od szefa służby zdrowia armii lub transport ogólnego przeznaczenia /uzyskany od zastępcy dowódcy ds. techniki i zaopatrzenia/.

Ze względu na konieczność żywienia zarówno personelu, jak i porażonych, bm posiada większą ilość, niż inne oddziały wojskowe, żywnościowych racji dziennych /10/ oraz produkty spożywcze naliczane na 50 łóżek szpitalnych bm na okres 5 dni. Dzięki temu bm nie ma trudności z organizacją wyżywienia nawet przy największym napływie porażonych.

Batalion medyczny posiada radiostację R-105 z przystawką mocy, która umożliwia utrzymywanie łączności radiowej z szefem służby zdrowia dywizji. Bieżące informowanie przełożonego o aktualnej sytuacji w bm pozwala przyjmować od niego rozkazy i polecenia oraz uzyskiwać potrzebne wzmocnienie. Radiostacje R-105 z przystawką mocy posiadają również medyczne bataliony wzmocnienia tzn. można organizować sieć łączności radiowej pomiędzy pracującymi w pobliżu oddziałami medycznymi tego typu.

#### 4. Armia

Na szczeblu armii znajduje się oddział służby zdrowia armii /5 ludzi/. Zabezpieczenie medyczne wojsk organizuje szef służby zdrowia armii - opracowane propozycje zabezpieczenia medycznego armii podlegają zatwierdzeniu przez szefa tyłów armii. Wyciągi z planu są przesyłane do:

- szefów służby zdrowia związków taktycznych/brygad/,
- starszych lekarzy samodzielnych oddziałów,
- dowódców armijnych oddziałów medycznych,

natomiast kopia planu zabezpieczenia medycznego armii jest przesyłana szefowi służby zdrowia frontu.

Szef służby zdrowia armii dysponuje następującymi oddziałami medycznymi:

- medycznymi batalionami wzmocnienia /7-8/,
- batalionem przeciwepidemicznym,
- oddziałami zabezpieczenia medycznego armii /1-2/,
- kompaniami samochodów sanitarnych /1-2/,
- kompanią hospitalizacyjną,
- stacją krwiodawstwa II kategorii,
- ~~ruchomą grupą weterynaryjną,~~
- polowym składem sanitarnym /przebywającym stale w ruchomej bazie armii - RBA/.

Do najważniejszych zadań służby zdrowia armii należy zaliczyć:

- zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne - polegające na prowadzeniu ewakuacji z DPM do szpitali polowych bazy szpitalnej frontu, wspieraniu służby zdrowia związków taktycznych, ustalaniu zakresu kwalifikowanej pomocy lekarskiej udzielanej w batalionach medycznych i medycznych batalionach wzmocnienia oraz kierowaniu pracą fachowego personelu ZT i samodzielnych oddziałów pod kątem jakości udzielanej kwalifikowanej pomocy lekarskiej i pomocy lekarskiej,
- zabezpieczenie sanitarno-higieniczne i przeciwepidemiczne polegające na kierowaniu tego typu zabezpieczeniem w ZT oraz sprawowaniu nadzoru sanitarnego w strefie tyłów armii przy pomocy batalionu przeciwepidemicznego,
- sanitarną ochronę przed bronią masowego rażenia - w ramach której wydziela się siły i środki służby zdrowia do ORE, określa sposób likwidacji skutków stosowania BMR, organizuje i prowadzi rozpoznanie rejonów dyslokacji wojsk oraz kontroluje zdrowie skażonych żołnierzy,
- zaopatrywanie armijnych oddziałów medycznych /ZT i samodzielnych oddziałów/ w materiał, sprzęt sanitarny oraz krew.

#### IV. ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE BOJOWYCH DZIAŁAŃ OBRONNYCH

Oddziały /pododdziały/ służby zdrowia zabezpieczającej działania obronne wykonują wszystkie uprzednio wymienione czynności. Zasadniczą różnicą jest rozmieszczanie ich na większych odległościach od wojsk walczących oraz położenie szczególnego nacisku na sprawnie prowadzoną ewakuację /możliwość cofania się wojsk własnych narzuca konieczność ewakuowania porażonych do etapów ewakuacji medycznej znajdujących się z dala od rubieży starcia wojsk/.

Poszczególne etapy ewakuacji medycznej w czasie działań obronnych rozmieszcza się w następujących odległościach:

batalionowy punkt medyczny	1-2 km od rubieży starcia
pułkowy punkt medyczny	8-12 km /do 15 km/ - " -
dywizyjny punkt medyczny	20-25 km/do 40 km/ - " -

Odsunięcie etapów ewakuacji medycznej od walczących wojsk powoduje jednocześnie znaczne wydłużenie dróg ewakuacji - transport sanitarny może wykonać tylko 2-3 rejsy. Straty sanitarne prawdopodobnie będą mniejsze, lecz ilość potrzebnych środków do ewakuacji porażonych nie ulegnie zmniejszeniu. Związki taktyczne /pułki/ znajdujące się w obronie przeważnie nie otrzymują wzmocnienia armijnymi oddziałami medycznymi lub otrzymują je w niewielkich ilościach. Narzuca to konieczność ograniczenia zakresu pomocy medycznej /lekarskiej, kwalifikowanej/, która jest udzielana tylko w ograniczonym zakresie /ze wskazań życiowych/.

Wszystkie pracujące ogniwa służby zdrowia dywizji /pułku/ muszą być przygotowane do szybkiego zwijania się i przemieszczania do tyłu, jak również do przyjmowania części porażonych z ZT /OG/ przekraczających ich rejon w celu przejścia do działań zaczepnych.

W razie niemożliwości ewakuowania porażonych, gdy wojska własne cofają się, należy przy porażonych pozostawić niezbędny personel lekarsko - pielęgniarski, natomiast pozostały skład bm/km/ przesuwać do tyłu zgodnie z poleceniem przełożonych.

V. SPECYFIKA ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO ODDZIAŁÓW I ZWIĄZKÓW  
TAKTYCZNYCH PROWADZĄCYCH NATARCIE W WARUNKACH SZCZEGÓLNYCH:

1. Forsowanie

Zabezpieczenie medyczne związków taktycznych /oddziałów/ forsujących przeszkodę wodną stanowi dużą trudność dla służby zdrowia. Zabezpieczenie medyczne wojsk w czasie forsowania organizuje nadrzędny szczebel dowodzenia tzn. szef służby zdrowia armii organizuje zabezpieczenie medyczne wojsk dywizji, szef służby zdrowia ZT - pułku.

Prowadzenie ewakuacji przez przeszkodę wodną /pod ogniem nieprzyjaciela/, duża koncentracja wojsk własnych w rejonie przeprawy i konieczność udzielania pomocy medycznej na obu brzegach jest przyczyną narzucającą konieczność opracowania dokładnego planu zabezpieczenia medycznego wojsk wykonujących forsowanie oraz użycia oddziałów /pododdziałów/ medycznych.

Służba zdrowia oddziałów forsujących przeszkodę wodną znajduje się w stanie zwiniętym i jest przygotowana do brania udziału w forsowaniu. Drużyny sanitarno forsują przeszkodę wodną wraz z pododdziałami batalionu, kompania medyczna - z drugorzutowymi batalionami, a batalion medyczny /mbw/ - z drugorzutowymi pułkami. Oddziały /pododdziały/ medyczne wykonujące forsowanie należy wyposażyć w dodatkową ilość materiału i sprzętu sanitarnego, środki ratownicze i ogrzewcze. Utrudnione warunki prowadzenia ewakuacji narzucają konieczność udzielania na przyczółku pomocy medycznej w rozszerzonym zakresie - uzyskuje się to przez przydzielenie personelu fachowego do drsan i km. Żołnierzy porażonych na własnym brzegu, ewentualnie ewakuowanych z lustra wody należy przekazać do wcześniej rozwiniętych punktów medycznych związków taktycznych /oddziałów/ nie biorących udziału w forsowaniu, które udzielają pomocy medycznej wszystkim porażonym bez względu na ich przydział organizacyjny.

Rejon przeprawy wodnej jest zabezpieczany pod względem medycznym przeważnie siłami i środkami służby zdrowia oddziałów saperskich. Pułkowy punkt medyczny zabezpieczający wojska forsujące przeszkodę wodną staje się tzw. medycznym punktem przeprawowym /MPP/. Zakres pomocy medycznej udzielanej w MPP

odpowiada zakresowi pomocy medycznej PPM. Etapy ewakuacji medycznej rozwijane przed przeszkodą wodną rozmieszcza się na skróconych odległościach:

PPM 2-4 km od przeprawy,

DPM 6-8-10 km od przeprawy.

Na obu brzegach rzeki organizuje się posterunki przeprawy porażonych /PPP/ oraz patrole wyposażone w sprzęt pływający z zadaniem ratowania porażonych i tonących.

W sytuacji gdy związek taktyczny /oddział/ forsuje przeszkodę wodną z marszu zachodzi konieczność rozwinięcia nie - których oddziałów /pododdziałów/ medycznych na własnym brzegu. Rozwinięte bataliony medyczne /kompanie medyczne/ muszą być przygotowane do natychmiastowego zwinięcia się i forsowania przeszkody w ślad za wojskami /porażonych pozostawia się na własnym brzegu/.

## 2. Okrażenie

Walkę w okrażeniu cechuje brak możliwości prowadzenia ewakuacji porażonych do etapów ewakuacji wyższego szczebla. Służba zdrowia ZT i oddziałów walczących w okrażeniu musi udzielać pomocy medycznej w pełnym, a nawet rozszerzonym zakresie, gdyż w przeciwnym razie porażeni mogą zemdlać. Oszczędna gospodarka lekami i materiałem opatrunkowym oraz wykorzystywanie środków znajdujących się na danym terenie /w aptekach i szpitalach cywilnych/ pozwoli na udzielenie pomocy wszystkim potrzebującym. W razie przemieszczania się okrażonych wojsk /obrona ruchoma/ w miarę możliwości należy zabierać ze sobą wszystkich porażonych. W wypadku konieczności pozostawienia grupy porażonych wyznacza się część personelu medycznego do sprawowania nad nimi opieki. W sytuacji, gdy walczące w okrażeniu wojska otrzymują drogą lotniczą zaopatrzenie materiałowe, należy starać się, aby samoloty /śmigłowce/ zabrały w drodze powrotnej jak największą ilość porażonych.

Służba zdrowia nadrzędnego szczebla, znajdująca się na zewnątrz okrażonych wojsk musi planować skierowanie własnych dodatkowych sił i środków w rejon połączenia się w okra-

żonymi wojskami, w celu przewiezienia porażonych do bazy szpitalnej frontu, udzielenia im kwalifikowanej i specjalizowanej pomocy lekarskiej oraz sanitarno-higienicznego opracowania żołnierzy, którzy byli w okrażeńiu.

### 3. Rejon zurbanizowany

Organizując zabezpieczenie medyczne oddziałów i związków taktycznych w czasie działań w rejonie zurbanizowanym, szef służby zdrowia /starszy lekarz/ musi przewidzieć trudności związane z wyszukiwaniem i przenoszeniem porażonych /zawały na ulicach mogą całkowicie uniemożliwić przejazd środków transportowych/ oraz obniżenie stanu sanitarno-higienicznego wojsk i rejonu walk /w wyniku uszkodzenia systemu kanalizacyjnego istnieje konieczność prowadzenia stałego rozpoznania sanitarno-higienicznego i przeciwepidemicznego wśród wojsk i ludności cywilnej/.

Punkty medyczne /PPM, DPM/ są rozmieszczane w piwnicach budynków, w bardzo bliskich odległościach od rejonu działań bojowych - muszą posiadać zapasowe wyjście i narzędzia szaperskie do odsypywania zawałów.

W czasie działań w rejonie zurbanizowanym w zasadzie nie należy spodziewać się użycia przez nieprzyjaciela broni masowego rażenia, gdyż również wśród jego wojsk mogłyby powstać liczne straty sanitarne. W większości wypadków straty sanitarne będą powstawać od broni konwencjonalnej oraz obrażenia spowodowane walącymi lub palącymi się budynkami. Przy wyciąganiu zasypanych żołnierzy muszą brać udział ich kole-dzy, ponieważ służba zdrowia nie ma sił i środków do prowadzenia akcji ratowniczych. Sanitariuszom lub specjalnie utworzonym drużynom wyszukiwania porażonych wyznacza się obiekty lub kierunki działania. Przy ostrzale prowadzonym wzdłuż ulic, w celu wnoszenia porażonych należy przebijać otwory w ścianach sąsiednich domów /piwnic/, co umożliwi wnoszenie ich bez narażenia na dodatkowe urazy.

Trudności związane z ewakuacją porażonych narzucają udzielanie pomocy medycznej w rozszerzonym zakresie, a nawet /po przydzieleniu dodatkowych sił i środków/ w zakresie wyższym o jeden szczebel /np. w PPM może być udzielana kwalifikowana pomoc lekarska/.

W celu uniknięcia błędzenia z porażonymi i przyspieszenia ich dotarcia do punktów medycznych, drogi ewakuacji należy wyraźnie oznaczać /zwłaszcza na skrzyżowaniach/.

#### 4.a/Teren leśny

Podczas działań bojowych prowadzonych w dużych kompleksach leśnych, szef służby zdrowia /starszy lekarz/ musi przewidywać trudności związane z wyszukiwaniem porażonych, występowanie pożarów, napady grup dywersyjnych i blokowanie dróg ewakuacji, gdyż działania bojowe wojsk są przeważnie prowadzone na oddzielnych kierunkach. Etapy ewakuacji medycznej rozmieszczane są zgodnie z kierunkami działań, lecz zarazem muszą gwarantować szybkie opuszczenie rejonu zagrożonego pożarem /wskazane jest usunięcie poszycia leśnego z rejonu rozmieszczenia PPM lub DPM/. Niedostateczna ilość, ewentualnie brak dróg komunikacyjnych ogranicza lub wyklucza możliwość wykonywania PPM /DPM/. Dlatego przydział sił i środków wzmocnienia służby zdrowia musi mieć miejsce przed wejściem oddziałów do walki. W celu odparcia napadu grupy dywersyjnej, dowódca bm/mbw/ powinien opracować dokładny plan obrony i ochrony swojego rejonu.

Dla służby zdrowia batalionów piechoty największą trudność stanowi wyszukiwanie porażonych. W zależności od sytuacji taktycznej, dowódca batalionu /na wniosek dowódcy drużyny sanitarnej/ powinien wydzielić żołnierzy do wyszukiwania porażonych /systemem "grabi sanitarnych"/, gdyż w przeciwnym razie mogą oni zemrzeć przed otrzymaniem pomocy medycznej, a ponadto bez dodatkowych żołnierzy, jako sanitariuszy noszących, nie można spodziewać się, że porażeni dotrą we właściwym czasie do etapów ewakuacji medycznej.

Pomoc medyczna jest udzielana przez personel służby zdrowia w zakresie ustalonym w planie zabezpieczenia medycznego.

Prowadzenie ewakuacji powinno umożliwiać organizowanie obrony w czasie przejazdu tzn. porażonych należy ewakuować zbiorowo organizując kolumny samochodów sanitarnych /ogólnego przeznaczenia/. W celu zapewnienia ochrony i obrony porażonych, przydziela się do kolumny żołnierzy, a samochody sanitarne wyposaża w łańcuchy oraz dodatkowe piły, siekiery i łopaty do usuwania ewentualnych zawałów na trasie przejazdu.

W terenie lesistym służba zdrowia organizuje ochronę żołnierzy przed ukąszeniami komarów /kleszczy itp./ przydzielając specjalne płyny, a ponadto w celu wykrywania przenosi-  
cieli chorób zakaźnych prowadzi rozpoznanie medyczne rejonu walk.

#### 4. b. Teren górski

Szef służby zdrowia /starszy lekarz/ organizując zabezpieczenie medyczne w terenie górskim musi przewidzieć trudności, jakie służba zdrowia ma do pokonania /istnieje duże zapotrzebowanie na sanitariuszy noszowych, wozy konne, ewentualnie transport samochodowy posiadający napęd na wszystkie koła/. Planowanie będzie mieć cechy realności, gdy szef służby zdrowia /starszy lekarz/ przestudiuje dokładnie mapę rejonu przyszłych walk oraz /w miarę możliwości/ przeprowadzi rekonesans terenu. Brak ciągłej linii styczności wojsk /oddziały bojowe walczą na oddzielnych kierunkach/ stwarza możliwość przenikania nieprzyjaciela na tyły wojsk własnych i powoduje stałe zagrożenie etapów ewakuacji medycznej, co zarazem utrudnia /uniemożliwia/ wykonanie manewru pododdziałami służby zdrowia.

Drogi dowozu i ewakuacji są nieliczne, a posiadany transport sanitarny w zasadzie nie jest przystosowany do pokonywania bezdroży.

Etapy ewakuacji medycznej /PPM, DPM/ należy lokalizować na przeciwstokach /w stosunku do rubieży starcia/ i maksymalnie wykorzystując konfigurację terenu przybliżyć do walczących wojsk. Na rozwinięcie PPM /DPM/ najdogodniejsze są do - liny lub szerokie wąwozy, płaskowyzę itp. /typowa wielkość rejonu rozmieszczenia może być mniejsza, gdyż zależy od warunków terenowych/. Przy wyborze miejsca trzeba uwzględnić zmiany poziomu wód /po deszczach i w okresach topnienia śniegów/ oraz przewidywać konieczność ogrzewania pomieszczeń i porażonych ze względu na dużą amplitudę temperatur.

#### 5. Zima

Właściwości zabezpieczenia medycznego działań bojowych prowadzonych w zimie wiążą się z niskimi temperaturami powietrza, obecnością pokrywy śnieżnej, zamrożeniem gleby i skróconym okresem światła dziennego.

Etapy ewakuacji medycznej rozmieszczą się w miarę możliwości w pomieszczeniach stałych, natomiast w namiotach tylko wtedy, gdy nie ma innych możliwości. Zapewnienie opału do ogrzewania pomieszczeń oraz dostarczenie porażonym ciepłych płynów jest dodatkowym utrudnieniem w pracy służby zdrowia. Leki zamrażające w niskich temperaturach muszą być ocieplone, gdyż w przeciwnym razie mogą popękać szklane naczynia i ampułki. Praca apteki /produkcja płynów krwiozastępczych/ jest w warunkach zimy również mniej wydajna.

W celu zapewnienia znośnych warunków w czasie ewakuacji porażonych transport sanitarny musi mieć sprawne urządzenia ogrzewcze, a ponadto samochody sanitarne wyposaża się w koce i śpiwory. Przy przewozach porażonych na większe odległości wskazane jest organizowanie punktów ogrzewczych na trasach ewakuacji /porażeni otrzymują w nich ciepłą strawę lub napój oraz mogą grzać się/.

Niezależnie od przygotowania służby zdrowia do udzielania porażonym pomocy medycznej w warunkach zimy /szkolenie personelu, dodatkowe wyposażenie etapów ewakuacji medycznej w piecyki, opał, zwiększony fundusz wymienny umundurowania i bielizny, dodatkowe źródła światła itp./, szef służby zdrowia /starszy lekarz/ musi wydać zarządzenia właściwego zachowania się żołnierzy w warunkach mrozów /ruch, rozcieranie przechłodzonych części ciała/, a ponadto wydać /przede wszystkim wartownikom i kierowcom/ środki do zabezpieczenia przed zimnem odkrytych części ciała

W czasie udzielania pierwszej pomocy na polu walki nie należy obnażać porażonego - rany zaopatruje się przez otwór wycięty w umundurowaniu.

Sanitariuszy wyposaża się w białe, maskujące ubrania /kombinezony/ oraz maluje<sup>sz</sup> na biało środki transportowe.

Zabezpieczenie sanitarno-higieniczne nabiera szczególnego znaczenia ze względu na zagęszczenie pododdziałów w schronach i ukryciach oraz kontaktowanie się żołnierzy z ludnością cywilną. W celu zapobiegania zachorowaniom /przeziębienia, odmrożenia/ należy wzmóc nadzór nad zaopatrzeniem żołnierzy w ciepłe umundurowanie i obuwie oraz regularnym dostarczeniem ciepłej strawy.

Żołnierzy działających w warunkach dużego nasłonecznienia i rozległej pokrywy śnieżnej trzeba obowiązkowo wyposażyć w okulary ochronne.

## GŁÓWNE ZADANIA SŁUŻBY ZDROWIA

Wyszczególnienie	Wykonuje				
	Kompania	Batalion	Pułk	Dywizja	Armia
Opracowanie planu zabezpieczenia medycznego			(x)	x	x
Prognozowanie strat sanitarnych			(x)	x	x
Prowadzenie ewakuacji porażonych		x	(x)	x	x
Rozwijanie etapu ewakuacji medycznej /bpm, PPM, DPM/		x	(x)	x	
Segregacja medyczna			(x)	x	
Udzielanie: pierwszej pomocy pomocy przedlekarskiej pomocy lekarskiej kwalifikowanej pomocy lekarskiej	x	x	(x)	x	
Hospitalizacja nie nadających się do transportu					x
Izolacja zakaźnie chorych			/x/	x	
Przygotowanie do ewakuacji		x	(x)	x	
Zabiegi sanitarno-profilaktyczne: - ożęściowe - oalkowite			(x)	x	
Rozpoznanie sanitarne	x	x	(x)	x	x
Rozpoznanie p/epizootyczne					x
Nadzór sanitarno-higieniczny	x	x	(x)	x	x
Szkolenie personelu służby zdrowia		o	(x)	x	x
Szkolenie kadry i żołnierzy służby zasadniczej	o	o	(x)	x	
Zaopatrywanie w materiał sanitarny	x	x	(x)	x	x
Zaopatrywanie w krew				o	x
Zaopatrywanie w tlen					/x/ <sup>1</sup> /

- x Wykonuje stale  
/x/ Wykonuje okresowo  
o Wykonuje sporadycznie  
/x/<sup>1</sup> Wykonuje front

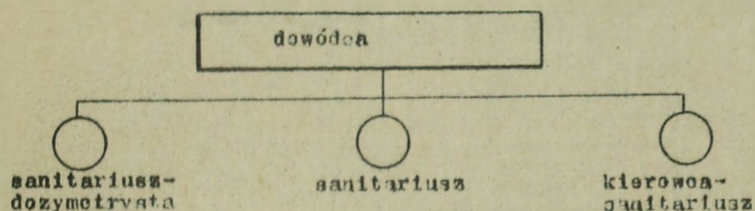
## Załącznik Nr 2

## ZNAKI TAKTYCZNE I SKRÓTY ODDZIAŁÓW /PODODZIAŁÓW/ MEDYCZNYCH

Wyszczególnienie	Skrót	Znak taktyczny	Uwagi
Drużyna sanitarna	drsan		
Batalionowy punkt medyczny	bpm		
Pluton medyczny/z lekarzom/	plmed		
Kompania medyczna	km		
Pułkowy punkt medyczny/rozwinięty siłami km lub plmed/	PPM		
Batalion medyczny	bm		
Medyczny batalion wzmożenia	mbw		
Dywizyjny punkt medyczny rozwinięty siłami bm	DPM		
rozwinięty siłami mbw	DPM		
Batalion przeciwepidemiologiczny	bpepid		
Kompania hospitalizacyjna	kh		
Kompania samochodów sanitarnych	kssan		
Oddział zabezpieczenia medycznego armii	OZMA		
Stacja krwiodawstwa II kategorii	SKr. II kat.		
Luźna grupa weterynaryjna	RGWet		
Polowy skład sanitarny	PSSan		
Komenda bazy szpitalnej frontu	KBSzF		
Baza szpitalna frontu	BSzF		
Oddział bazy szpitalnej frontu	OBSzF		
Batalion autobusów sanitarnych	basan		
Wojskowy pociąg sanitarny	WPSan		

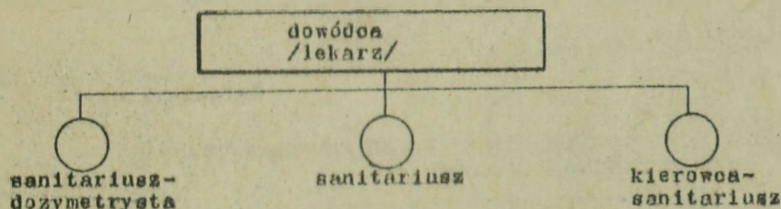
Załącznik nr 3

ORGANIZACJA DRUZYNY SANITARNEJ BATALIONU PIECHOTY



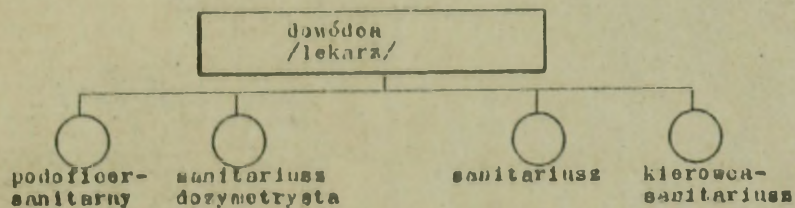
Załącznik nr 4

ORGANIZACJA PLUTONU MEDYCZNEGO DYWIZJONU ARTYLERII /DYWIZJONU ARTYLERII ppano, BATALIONU SAPERÓW, BATALIONU ROZPOZNAWCZEGO, BATALIONU REMONTOWEGO/

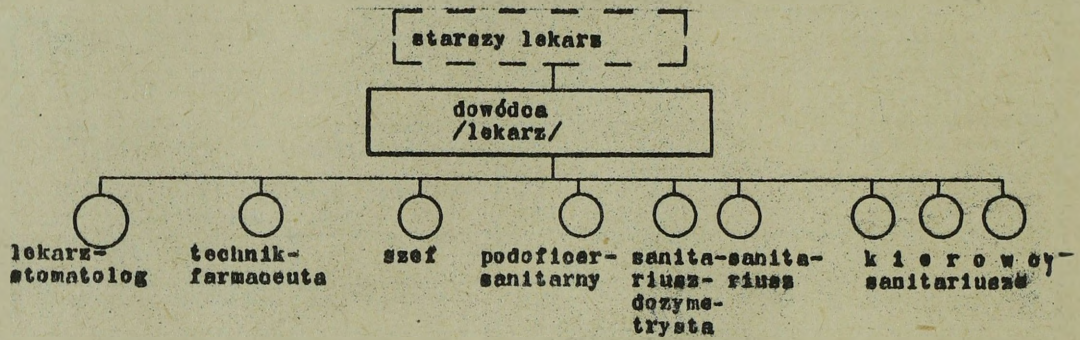


Załącznik nr 5

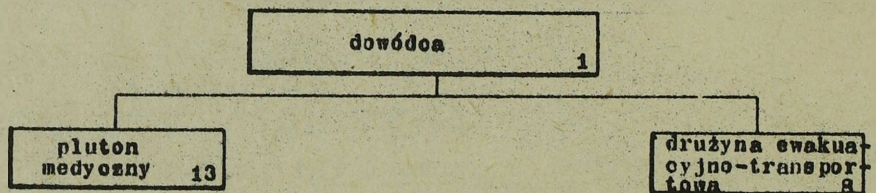
ORGANIZACJA PLUTONU MEDYCZNEGO DYWIZJONU ARTYLERII RAKIET /BATALIONU ŁĄCZNOŚCI/



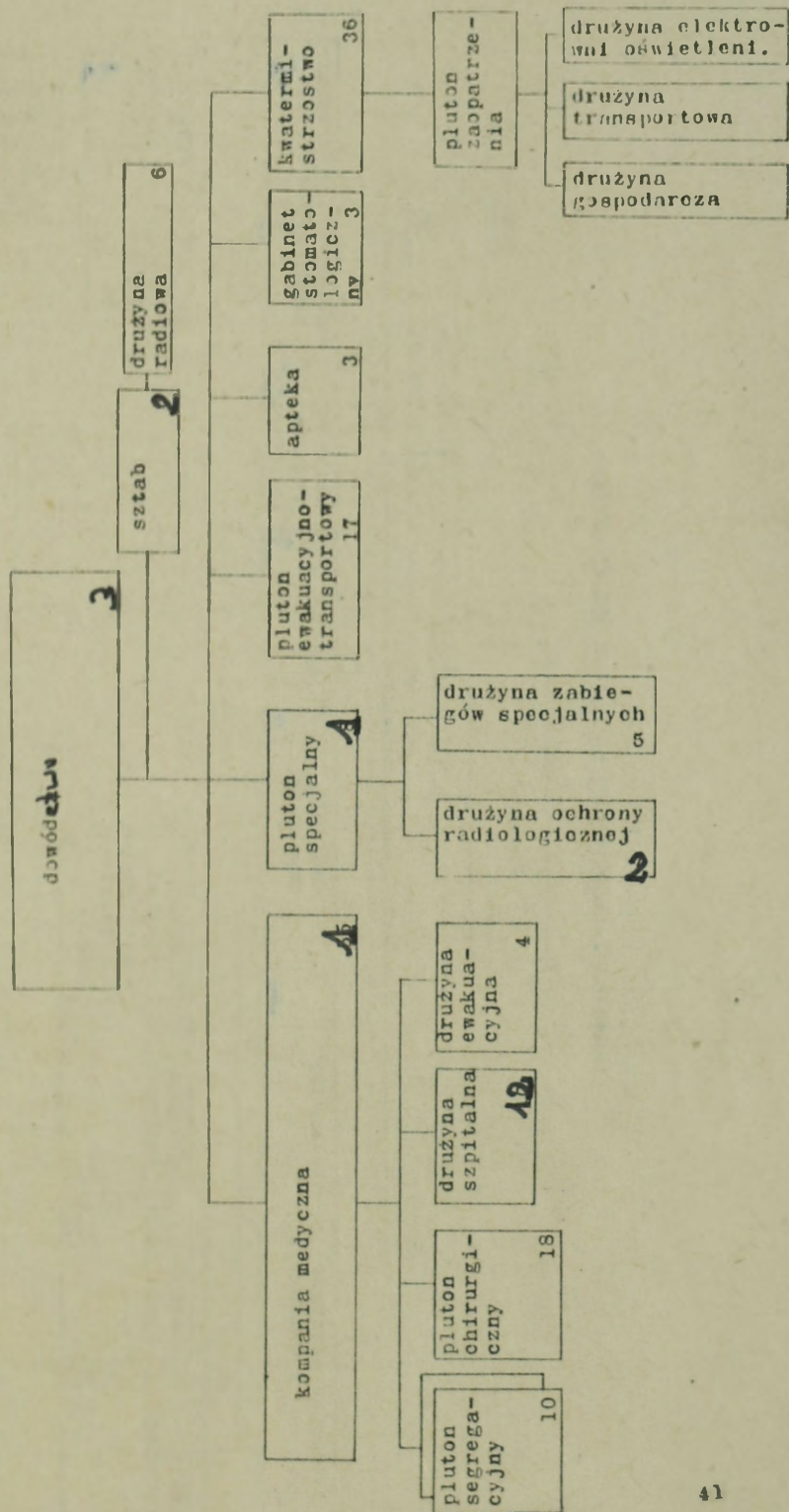
ORGANIZACJA PLUTONU MEDYCZNEGO PULKU ARTYLERII  
/PULKU ARTYLERII plot/



ORGANIZACJA KOMPANII MEDYCZNEJ PULKU ZMECHANIZOWANEGO  
/PULKU CZOLGÓW/

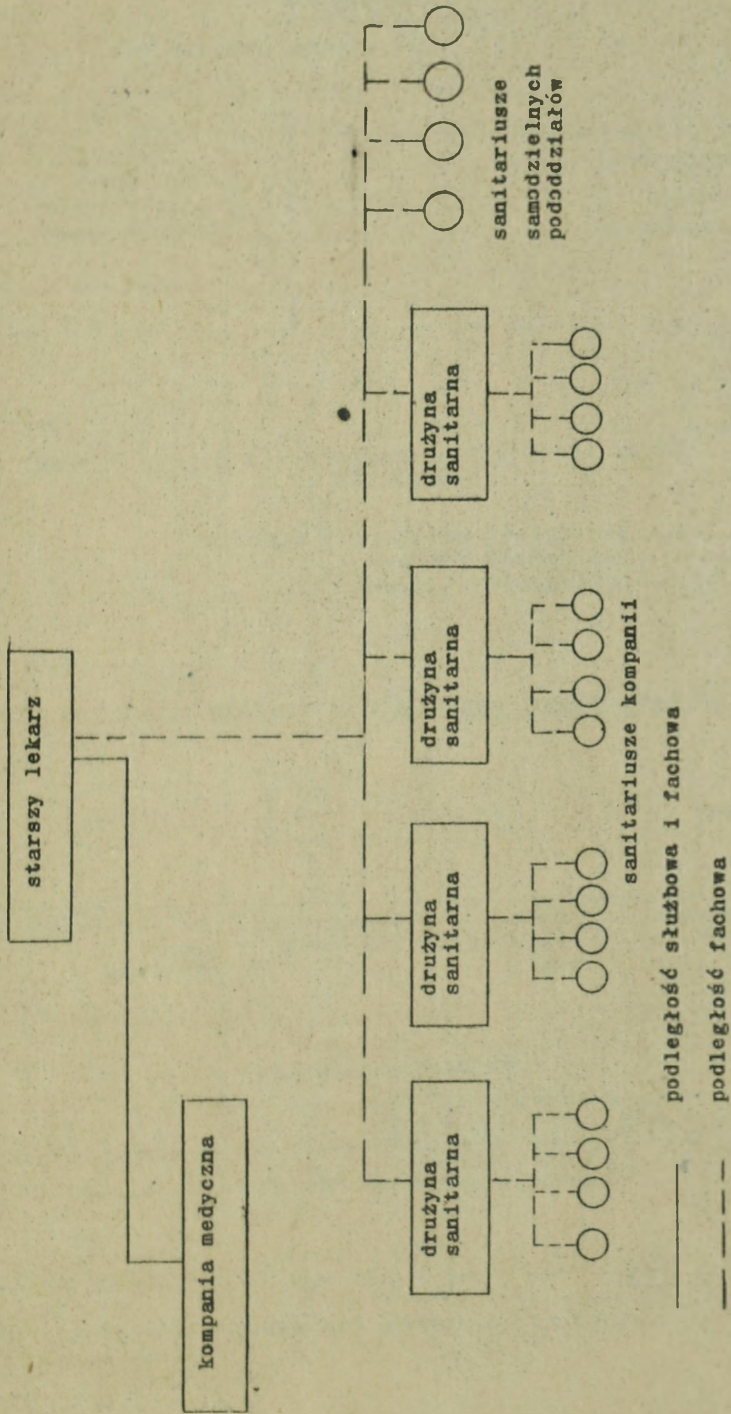


ORGANIZACJA BATALIONU MEDYCZNEGO DWIZJI ZMECHANIZOWANEJ  
/PANCERNEJ/

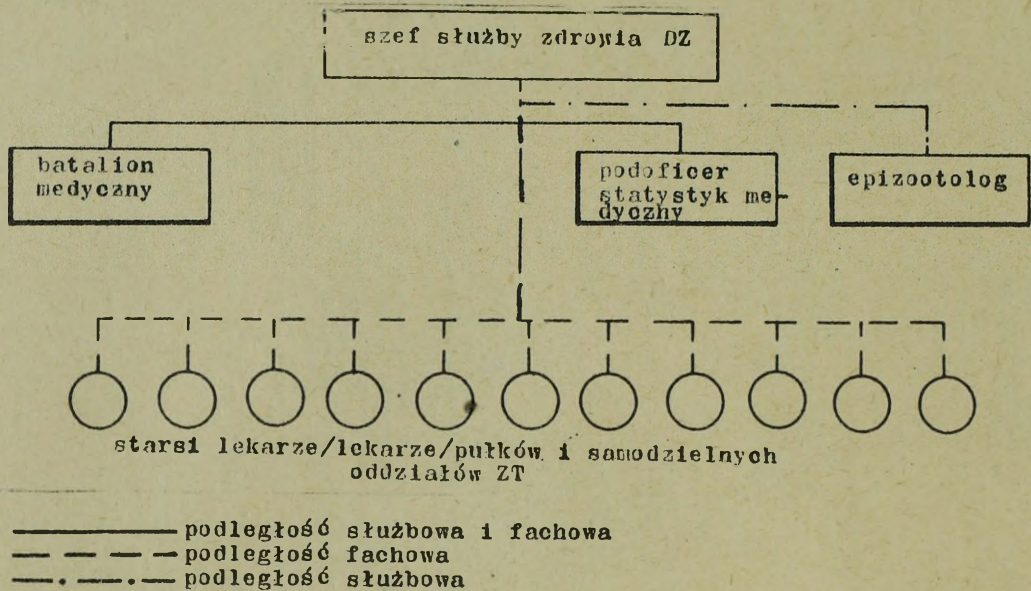




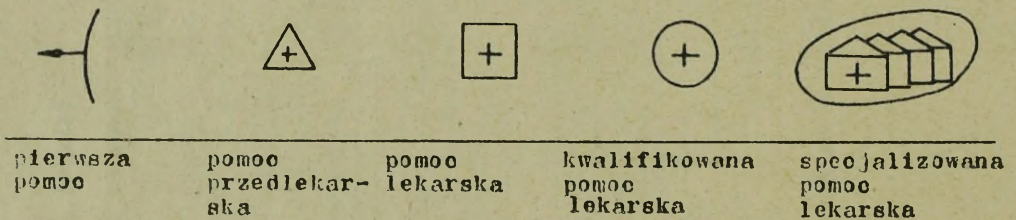
STRUKTURA ORGANIZACYJNA SŁUŻBY ZDROWIA pz/poz/



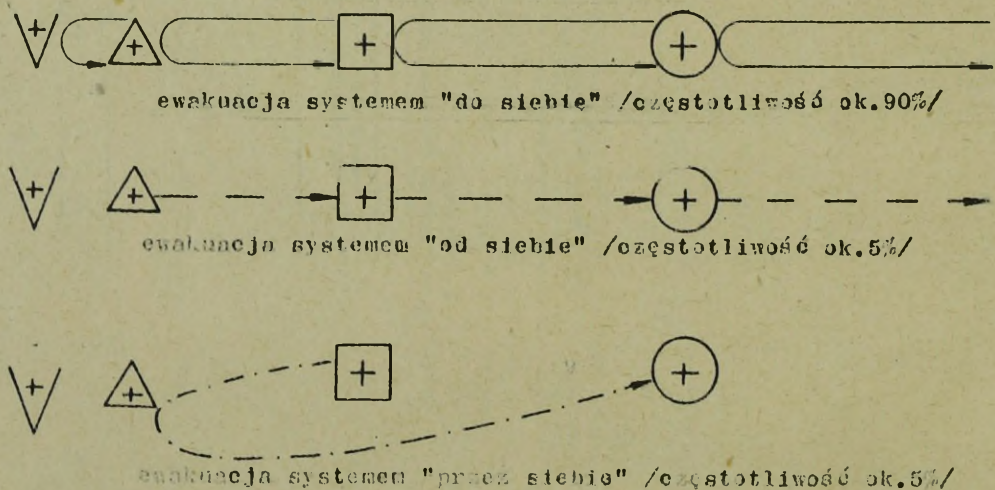
STRUKTURA ORGANIZACYJNA SŁUŻBY ZDROWIA DWIZJI ZMECHANIZOWANEJ  
/PANCERNEJ/



RODZAJE POMOCY MEDYCZNEJ NA ETAPACH EWAKUACJI MEDYCZNEJ



SCHEMAT EWAKUOWANIA PORAZONYCH



## PROGNOZOWANE STRATY SANITARNE /pz i DZ/

Jednostka organizacyjna	Rodzaj działań	Od broni		Chorzy %	Razem za dobę	
		Konwencjonalnej %	Mieszane - Jądrowej %		Działania z DMR %	Działania bez DMR %
DYWIZJA	Natarcie	2-5	10-16	0,08-0,1	15-26	2-5
	Obrona	2-5	8-12	0,08-0,1	15-25	
PULK	Natarcie	8-12	15-25 <sup>x/</sup>	0,05-0,1	20-40	8-12

x/ Podano w procentach, chociaż podstawą naliczeń jest liczba możliwych do użycia przez nieprzyjaciela pocisków jądrowych.

TABELA KALKULACJI STRAT SANITARNYCH I POTRZEB TRANSPORTU DO EWAKUACJI PORAZONYCH  
/Wariant obliczeń/

Lp.	Wyszczególnienie	Ukompletowanie w stanie osobowym		Przewidywane straty sanitarne		Ewakuacja porażonych transportem "S"-sanitarnym, "O"-ogólnego przeznaczenia do:						Liczba Straty	Liczba Straty	Ogółem ubytki z wojak /kol.6+16/			
		%	Liczba	%	Liczba	Z tego:			mbw-1 /mbw-2/						Liczba		
						I rzut /75%/	II rzut /25%/	Wymana- Ra-ewa-kuac-ja /95%/	I	II	III					bm	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1.	Zadanie bliższe																
2.	Zadanie dnia																
3.	Razem																

Metoda kalkulacji: a/ Zbilansować stany osobowe oddziałów - wyniki wpisać do kolumny 4 w pozycji 1, ewentualnie również do kol.3 poz.1/  
 b/ Ustalony procent strat sanitarnych wpisać w kol.5 poz.3 /przyjmując odpowiednio proporcje ustalić i wpisać wartość pozycji 1 i 2 tej kolumny/  
 c/ Wyliczyć pozycje 1 w kolumnach 6,7,8,9.  
 d/ Wyliczyć wartość kol.16, poz.1.  
 e/ Wyliczyć wartość kol.17, poz.1/do poz.1, kol.6 dodać poz.1, kol.16/  
 f/ Wyliczyć wartość kol.4, poz.2/od poz.1, kol.4 odjąć poz.1, kol.17/  
 g/ Wyliczyć wartość poz.2, kol.6,7,8,9 oraz poz.2, kol.16 i 17.  
 h/ Kolumny 10-15 /wszystkie pozycje/ wyliczyć zgodnie z ilością przydzielonych mbw, posiadanym transportem sanitarnym /ogólnego przeznaczenia/ i możliwością udzielenie porażonym pomocy medycznej przez bm/mbw/.

## Załącznik Nr 16

## MOŻLIWOŚCI UDZIELANIA PORAZONYM POMOCY MEDYCZNEJ I PROWADZENIA EWAKUACJI /PRZEZ POSZCZEGÓLNE ODDZIAŁY I PODODDZIAŁY MEDYCZNE/

Jednostka organizacyjna	Możliwości			
	Udzielania pomocy medycznej		Ewakuacji	
	Ilość	Zakres pomocy	Jedno-razowo	W ciągu doby
Drużyna sanitarna	40-50	Pomoc przedlekarcka	10	40-60
Pluton medyczny	ok. 40	Pomoc lekarska	10	40-60
Kompania medyczna	100-120	Pomoc lekarska	40	ok. 160
Batalion medyczny	300-500	Kwalifikowana pomoc lekarska	100	200-300
Medyczny batalion wzmocnienia	300-500	Kwalifikowana pomoc lekarska	80	ok. 200

## Załącznik Nr 17

## NORMY ROZMIESZCZENIA ODDZIAŁÓW /PODODDZIAŁÓW/ MEDYCZNYCH W STOSUNKU DO WALCZĄCYCH WOJSK

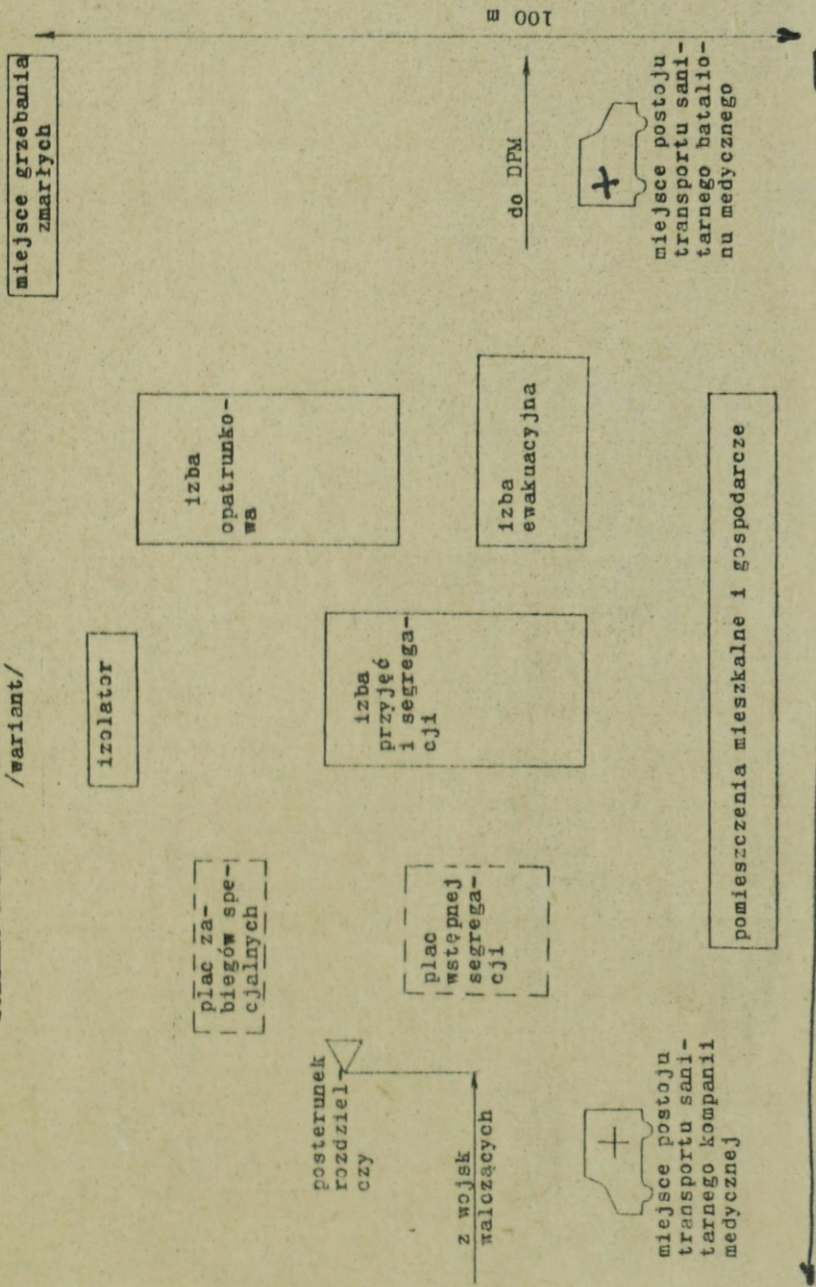
Jednostka organizacyjna	Odległość od wojsk walczących /w kilometrach/		Powierzchnia rejonu rozmieszczenia	Częstotliwość przegrupowania w ciągu doby
	Natarcie	Obrona		
Drużyna sanitarna	0,5-1,0	1,0-2,0	-	Pracuje w ruchu
Pluton medyczny	4-6	8-10/12/	100 x 50	2 - 4
Kompania medyczna	4-6-8	8-12/15/	100 x 100	2 - 4
Batalion medyczny	10-15	20-25/40/	300 x 400	Nie przegrupuje się w ciągu doby
Medyczny batalion wzmocnienia	10-15	20-25/40/	300 x 400	- " -

## Załącznik Nr 18

## DŁUGOŚĆ KOLUMN ODDZIAŁÓW /PODODDZIAŁÓW/ MEDYCZNYCH

Lp.	Wyszczególnienie	Długość kolumny /w metrach/
1.	Drużyna sanitarna	Jeden samochód
2.	Pluton medyczny	200
3.	Kompania medyczna	300
4.	Batalion medyczny	1400
5.	Medyczny batalion wzmocnienia	1400
6.	Batalion przeciwepidemiczny	2450
7.	Kompania samochodów sanitarnych	4150
8.	Kompania hospitalizacyjna	700
9.	Oddział zabezpieczenia medycznego armii	2100
10.	Stacja krwiodawstwa II kategorii	450
11.	Ruchoma grupa weterynaryjna	200
12.	Polowy skład sanitarny	1500
13.	Komenda bazy szpitalnej frontu	5000
14.	Baza szpitalna frontu	70-100 km
15.	Polowy szpital segregacyjny	1850
16.	Polowy szpital chirurgiczny	1250
17.	Polowy szpital wewnętrzny	1100
18.	Szpital dla lekko rannych	1250

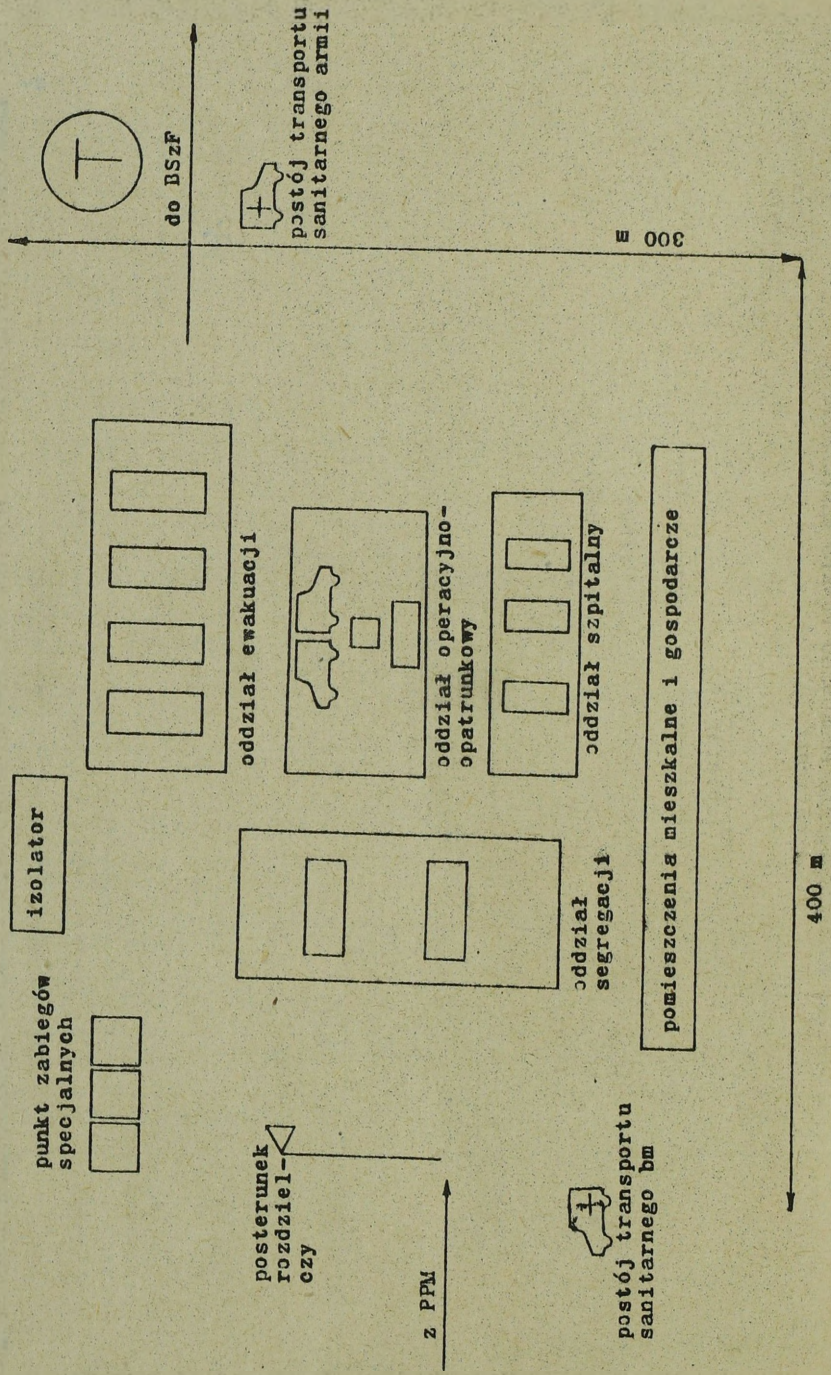
SCHEMAT ROZMIESZCZENIA PULKOWEGO PUNKTU MEDYCZNEGO  
/variant/



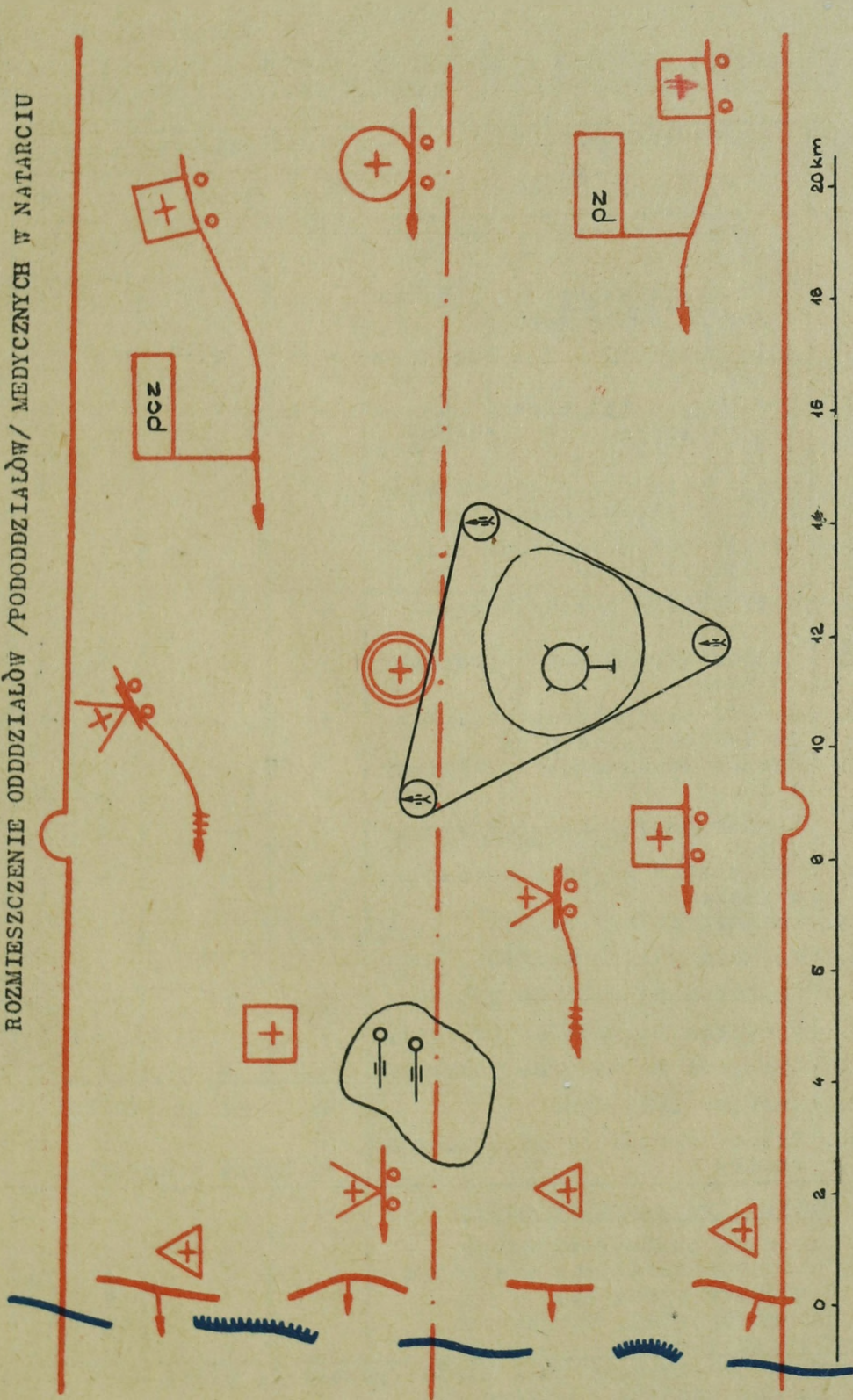
100m

**SCHEMAT ROZMIESZCZENIA DWIZYJNEGO PUŁKU MEDYCZNEGO ORGANIZOWANEGO SILAMI bm LUB mbw /wariant/**

miejsce grzebania zmarłych



ROZMIESZCZENIE ODDZIAŁÓW / PODODZIAŁÓW / MEDYCZNYCH W NATARCIU



## Załącznik Nr 22

WAŻNIEJSZY SPRZĘT I ŚRODKI TRANSPORTOWE SŁUŻBY ZDROWIA  
SZCZEGÓLNA TAKTYCZNEGO ORAZ MEDYCZNEGO BATALIONU WZMOCNIENIA

Lp.	Wyszczególnienie	Jednostka organizacyjna				
		drsan	plmed <sup>x/</sup>	km	bm	mbw
1.	Samochody sanitarne wielo- noszowe	1	1	4	10	8
2.	Sala opatrunkowa/przedopera- cyjna/na samochodzie/	-	1	1	1	2
3.	Sala operacyjna /na samocho- dzie/	-	-	-	1	2
4.	Urządzenie dezynfekcyjno- dezynsekcyjne /na samocho- dzie/	-	-	-	1	1
5.	Urządzenie destylacyjno-ste- rylizacyjne/na przyczepie/	-	-	-	1	1
6.	Urządzenie grzejne do wody /na przyczepie/	-	-	-	1	1
7.	Radiostacja R-113/na samo- chodzie/	-	-	-	-	1
8.	Radiostacja R-105 z przystaw- ką mocy	-	-	-	1	1
9.	Zespół spalinowo-elektryczny 16 kW/na przyczepie/	-	-	-	1	2
10.	Zespół spalinowo-elektryczny 4 kW	-	-	-	2	1
11.	Zespół spalinowo-elektryczny 2 kW	-	-	-	1	1
12.	Warsztat B 1 /sam. na samo- chodzie	-	-	-	1	1
13.	Kuchnia polowa wz.340	-	-	-	2	2
14.	Kuchnia polowa wz.240	-	-	1	-	-
15.	Cysterna na wodę/na samoch./	-	-	-	1	1
16.	Cysterna na wodę/na przyczep./	-	-	-	1	2
17.	Zbiornik na wodę/na płozach/	-	-	1	2	2
18.	Zestawy lecznicze	wg tabel należności				
19.	Polowy sprzęt do organizacji wnętrz	wg tabel należności				
<b>Środki transportowe ogółem</b>						
	Samochód osobowo-terenowy	-	-	-	1	1
	Samochody sanitarne wielonosz.	1	1	4	10	8
	Samochody specjalne	-	1	1	5	8
	Samochody cięż.-teren.	-	1	2	13	12
	Przyczepy różne	-	-	2	15	16

x/Pluton medyczny pa i paplot/pozostałe plmed mają tylko po 1 samochodzie sanitarnym/.

## Załącznik Nr 23

## MOŻLIWOŚCI PRZYDZIELENIA TLENU I KRWI /NA DOBĘ/

Jednostka organizacyjna	Możliwości przydzielenia na dobę walki		Uwagi
	Tlenu	krwi	
Kompania medyczna	ok.1 m <sup>3</sup>	-	-
Batalion medyczny /medyczny batalion wzmocnienia/	ok.40 m <sup>3</sup>	ok.35 l	Produkuje płyny krwiozastępcze w ilości ok.100 l/ /dobę/

OPRACOWAŁ :

ppłk WRÓBLEWSKI

Wydrukowano w 40 egz.  
 Egz. nr 1-40 Biblioteka Główna  
 Oddział Zbiorów Specjalnych  
 Wyk. ppłk Wróblewski  
 Druk. Cz. B. dn. 9.12.1975r.  
 Nr 0861/02493/WW  
 Kor. H. W.

BIBLIOTEKA NAUKOWA ASG WP  
Archiwum Dzielnicy Zbiorów Specjalnych  
Nr ewid. \_\_\_\_\_

040708