

DANES-PICTA.COM

Grey Scale #13

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

348

L7

ppp Pawluc

2/3

AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO  
im. Generała Broni Karola Swierczewskiego

KATEDRA STRATEGII

JAWNE  
PLUŻBOWEGO



Egz. Nr 1

Gen. bryg. prof. dr med. W. BARCIKOWSKI

ORGANIZACJA ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO  
OPERACJI ZACZEPNEJ ARMII

(Skrypt wykładu)



40842

BIBLIOTEKA NAUKOWA ASG WP  
Archiwum Działu Zbiorów Specjalnych  
Nr swid. \_\_\_\_\_



37

348 [ ] ppł Pawluc 3/3  
AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO  
im. Generała Broni Karola Świerczewskiego

KATEDRA STRATEGII

201 01850  
JAWNE  
KŁUBOWEGO

~~XXXXXXXXXX~~  
Egz. Nr 1

Gen. bryg. prof. dr med. W. BARCIKOWSKI

ORGANIZACJA ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO  
OPERACJI ZACZEPNEJ ARMII

(Skrypt wykładu)



40842  
BIBLIOTEKA NAUKOWA ASG WP  
Archiwum Działu Zbiorów Specjalnych  
Nr ewid. \_\_\_\_\_

37

**A K A D E M I A S Z T A B U G E N E R A L N E G O**  
im. Generała Broni Karola Świerczewskiego

KATEDRA STRATEGII

**JAWNE**

ZATWIERDZAM  
SZEF SZTABU GENERALNEGO WP

gen. dyw. Bolesław CHOCHA  
Wiceminister Obrony Narodowej

PRZEKLASYFIKOWANO  
Protokół Nr 12657

PODSTAWA  
Ustawa z dnia 22 stycznia 1969 roku  
art. 86 ust. 2  
(Dz.U. RP Nr 1 poz. 55)  
Kopis

Egz. Nr ..... 1

**ORGANIZACJA ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO  
OPERACJI ZACZEPNEJ ARMII**

(Skrypt wykładu)



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

40842

Opracował:  
Zespół oficerów pod kierunkiem  
gen. bryg. prof. dr. med. W. BARCIKOWSKIEGO

ORGANIZACJA ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO

OPERACJI ZACZEPNEJ ARMII

I. OGÓLNE PRZEDSTAWIENIE WARUNKÓW DZIAŁANIA SŁUŻBY ZDROWIA  
NA WSPÓŁCZESNYM POLU WALKI.

Okres po drugiej wojnie światowej charakteryzuje się prowadzeniem bardzo intensywnych prac, zmierzających do opracowania zasad nowej strategii i taktyki w związku z pojawieniem się nowego środka rażenia - broni termonuklearnej /jądrowej/.

Dla kształtowania się doktryn wojennych okres ten jest niedługi. Niemniej jednak przyniósł on bardzo poważne zmiany, gdyż przy pracach teoretycznych i doświadczalnych uwzględniono współczesną metodykę naukową i wykorzystano postęp techniczny z cybernetyką i elektroniką włącznie.

Zarysowały się już nowe poglądy na prowadzenie działań wojennych w warunkach wojny lokalnej bez użycia broni jądrowej, wojny z wykorzystaniem taktycznych i operacyjnych pocisków jądrowych itp. Nie wdając się w ocenę tych podziałów należy stwierdzić, że stanowią one dla sztabów podstawę do szczegółowych opracowań taktycznych i operacyjnych.

Obecnie istnieją już także pewne przesłanki do wyrobienia sobie poglądu na zadania i działania służby zdrowia w planowanych działaniach wojennych według obowiązujących założeń sztuki operacyjnej i taktyki.

Prowadzone w tym kierunku prace teoretyczne i doświadczalne umożliwiły zaledwie w pewnym stopniu określenie zadań służby zdrowia wynikające z możliwości użycia przez nieprzyjaciela broni masowego rażenia. Dały one podstawę do przeprowadzenia odpowiednich obliczeń oraz podziału strat i potrzeb w środkach materiałowych.

Jednak materiał, którym dysponuje służba zdrowia przy ocenie warunków i sytuacji, w jakich będzie działała, jest niestety zbyt skąpy. Materiały japońskie /Hiroshima i Nagasaki/ nie są typowe dla wojsk, jak również dla terytorium europejskiego. Poza tym żaden kraj nie doznał dotychczas skutków napadu jądrowego z zastosowaniem nowoczesnej broni termojądrowej. Dlatego też nie ma żadnych bezpośrednich doświadczeń, które posłużyłyby za podstawę do oceny strat ludzkich /sanitarnych/.

W dzisiejszych czasach skutki uderzeń jądrowych wyszły daleko poza ramy zainteresowań wyłącznie specjalistów wojskowych, lekarzy czy biologów i stały się problemem o jak najszerszym aspekcie społecznym, politycznym i gospodarczym. W istniejącej literaturze można znaleźć materiały oświetlające ten problem z pozycji obrony wojskowej i cywilnej. W naszych warunkach słuszniesze jest przyjęcie pojęcia strat masowych w granicach pozwalających przypuszczać, że wojska będą zdolne do dalszych działań w mniejszym lub większym stopniu. Rozpatrywanie strat w granicach jakiegoś kataklizmu nie miałoby celu, gdyż żadne państwo na świecie nie ma dostatecznych sił i środków medycznych na zorganizowanie pomocy w tych warunkach.

Wychodząc z tych założeń należy stwierdzić, że na działanie służby zdrowia na współczesnym polu walki oraz na możliwości zorganizowania pomocy medycznej będą miały wpływ nowe lub zmienione czynniki w stosunku do czynników z drugiej wojny światowej.

Do podstawowych czynników zalicza się:

- wprowadzenie nowych rodzajów broni o wielkiej sile rażenia i zasięgu, mających charakter masowego rażenia;
- wprowadzenie i udoskonalenie szeregu środków technicznych, które wpłynęły na zwiększenie tempa przesuwania się wojsk i zasięg ich działania;
- powstawanie w bardzo krótkim okresie czasu masowych strat sanitarnych oraz ciągle uwielokrotnianie się ich w czasie i przestrzeni;
- postęp w wyposażeniu technicznym służby zdrowia;
- osiągnięcia współczesnej medycyny.

Rozródowanie wojsk i zwiększenie ich ruchliwości oznacza dla służby zdrowia zanikanie pojęcia "przedniego skraju", skąd z zasady napływały straty, które były systematycznie ewakuowane do kolejnych punktów medycznych.

Z gwałtownymi zmianami sytuacji wiąże się ściśle "wymieszanie się" wojsk walczących, walki w izolacji, na oddzielnych kierunkach itp. Tego rodzaju działania stawiają przed służbą zadanie zabezpieczenia medycznego samodzielnych grup i zwiększenie ruchliwości jednostek polowych, a tym samym maksymalne odciążenie związków taktycznych od strat sanitarnych.

Wreszcie szybkie tempo i zmiany w sytuacji bojowej wymagają bardzo operatywnego dowodzenia służbą zdrowia, a tym samym wynika konieczność posiadania dobrej łączności, szczególnie radiowej.

Nowe środki masowego rażenia prowadzą niewątpliwie do powstawania dużych /masowych/ strat sanitarnych w wielu miejscach /rejonach/ w krótkim /jednym/ czasie. Straty te nie będą rozmieszczone równomiernie, raczej będą one miały charakter nieregularnych skupisk, rozrzuczonych na różnych rubieżach /głębokościach/. Struktura strat sanitarnych będzie bardziej różnorodna niż to miało miejsce dotychczas, gdyż obok klasycznych /konwencjonalnych/ urazów /zranień/ należy oczekiwać różnych odmian porażen kombinowanych /mikstów/, wymagających zróżnicowanej pomocy.

Przy ocenie wpływu strat na zadania i działanie służby zdrowia należy również uwzględnić możliwość równoczesnego powstawania strat masowych sanitarnych wśród ludności cywilnej znajdującej się w strefie działań wojennych.

To ogólne przedstawienie strat sanitarnych wskazuje na konieczność posiadania przez służbę zdrowia takich jednostek, które byłyby zdolne do szybkiego przybycia w rejon rażenia i udzielenia pomocy medycznej na miejscu, znajdującym się tam porażonym.

W celu zwiększenia ruchliwości jednostek służby zdrowia oraz przyspieszenia ewakuacji przy wydłużeniu się jej osi, nieodzownym jest posiadanie lotnictwa sanitarnego, szczególnie śmigłowców.

Dużą pomocą w wykonywaniu trudnych zadań, jakie stoją przed służbą zdrowia w warunkach współczesnego pola walki - jest postęp osiągnięty przez wiedzę medyczną, szczególnie w dziedzinie antybiotyków i środków neuroplegicznych. Pozwala to na odroczenie pomocy chirurgicznej i zawężenie jej zakresu co ma szczególne znaczenie przy napływie masowych strat sanitarnych.

## II. OGÓLNE ZASADY ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO.

Zabezpieczenie medyczne obejmuje praktyczne działanie służby zdrowia, mające na celu:

- utrzymanie na wysokim poziomie stanu sanitarno-higienicznego i sanitarno-przeciwepidemicznego wojsk;
- organizowanie pomocy medycznej porażonym i chorym żołnierzom w warunkach współczesnych działań bojowych;
- zapewnienie porażonym i chorym żołnierzom pomocy lekarskiej, umożliwienie im powrotu do walczących wojsk oraz przywrócenie zdolności do pracy zawodowej;
- zorganizowanie ciągłego zaopatrywania wojsk w materiały i sprzęt medyczny.

Istotą zabezpieczenia medycznego wojsk jest właściwe wykorzystanie sił i środków do wykonywania wszystkich zadań związanych z zabezpieczeniem zdrowia i życia żołnierzy w skomplikowanych warunkach współczesnej wojny.

Podstawowe elementy zabezpieczenia medycznego wojsk są następujące:

- zabezpieczenie sanitarno-higieniczne i sanitarno-przeciw-epidemiczne;
- zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne;
- sanitarna ochrona przed bronią masowego rażenia;
- zaopatrzenie medyczne;
- dowodzenie służbą zdrowia.

Nieodzownym czynnikiem, koniecznie potrzebnym do wykonania wymienionych zadań, stojących przed służbą zdrowia jest właściwe przeszkolenie sanitarne żołnierzy w zakresie udzielania pierwszej pomocy porażonym i chorym na polu walki.

Każdy żołnierz powinien umieć przedstawić sobie obraz przyszłego pola walki i zdawać sobie tym samym sprawę z tego, co go może czekać w warunkach działań bojowych. Daje to możliwość świadomego działania bez zaskoczenia, szczególnie w czasie udzielania samopomocy i pomocy koleżeńskiej. Poważną rolę w takim przygotowaniu żołnierzy należy do dowódców i szefów służb kwatermistrzowskich.

Zabezpieczenie sanitarno-higieniczne i sanitarno-przeciwepidemiczne polega na organizowaniu i przeprowadzaniu czynności profilaktycznych, celem zapewnienia wysokiej sprawności psychofizycznej i zdrowotnej wojsk oraz zapobiegania powstawaniu i szerzeniu się chorób, zwłaszcza zakaźnych.

W porównaniu do poprzednich wojen znaczenie zabezpieczenia sanitarno-higienicznego i sanitarno-przeciwepidemicznego wojsk znacznie wzrosło, wobec możliwości stosowania broni masowego rażenia, a także wobec występowania przy obsłudze

współczesnej techniki bojowej szeregu czynników szkodliwych dla zdrowia, takich jak np. mikrofały przy obsłudze aparatury radiowej, materiały płynne do rakiet, mikroklimat wozów bojowych, zwłaszcza czołgów podczas pokonywania przeszkód wodnych pod wodą, czynniki występujące podczas lotów na szybkich samolotach oraz na dużych wysokościach itp.

W zabezpieczeniu sanitarno-higienicznym i sanitarno-przeciwepidemicznym rozróżnia się działalność sanitarno-higieniczną i przeciwepidemiczną.

Działalność sanitarno-higieniczna polega na systematycznym nadzorze nad stanem zdrowotnym żołnierzy, przestrzeganiem przez nich zasad higieny osobistej i zbiorowej, higieny pracy i służby oraz na zapewnieniu im optymalnych warunków bytowych w polu /żywność, zaopatrzenie w wodę, umundurowanie, wyposażenie, zakwaterowanie/.

Stosowanie broni jądrowej i chemicznej zobowiązuje służbę zdrowia do oceny skażeń promieniotwórczych i chemicznych powietrza, gleby, wody, rejonów dyslokacji wojsk oraz produktów żywnościowych i innych z punktu widzenia wpływu tych skażeń na organizm ludzki.

Wpływ czynników szkodliwych występujących przy obsłudze współczesnej techniki bojowej stwarza konieczność stałej obserwacji żołnierzy, kontroli ich stanowisk pracy i stanu zdrowia.

Aktualnym problemem higieny jest utrzymywanie dobrego stanu psychicznego żołnierzy, zwłaszcza w specyficznych warun-

kach współczesnych działań bojowych, charakteryzujących się dużą ilością czynników stressowych, wywołujących zachwianie równowagi psychicznej.

Działalność przeciwepidemiczna polega głównie na profilaktyce powstawania i szerzenia się chorób zakaźnych. W działalności przeciwepidemicznej służba zdrowia prowadzi szereg przedsięwzięć mających na celu wykrywanie źródeł oraz dróg szerzenia się zakażeń. Do przedsięwzięć tych należy zaliczyć stałą obserwację stanu osobowego wojsk oraz środowiska, w którym wojsko przebywa i walczy, a więc aktualnych i przewidywanych rejonów dyslokacji wojsk, dróg przemarszu, źródeł zaopatrywania w żywność i wodę itp.

Zabezpieczenie przeciwepidemiczne wojsk nabiera specjalnego znaczenia w wypadku zastosowania przez nieprzyjaciela broni biologicznej jako czynnika rażenia i broni jądrowej, która wskutek napromienienia powoduje osłabienie odporności organizmu ludzkiego, znacznie równocześnie obniżając przez wywołane zniszczenie, stan sanitarno-higieniczny rejonów uderzeń.

Prawidłowe zabezpieczenie sanitarno-higieniczne i przeciwepidemiczne prowadzi zawsze do osiągnięcia pomyślnych wyników w zakresie zachowania dobrej kondycji psychofizycznej i zdrowotnej żołnierzy. Dużą rolę w prawidłowej realizacji zabezpieczenia sanitarno-higienicznego odgrywa poziom kultury sanitarnej żołnierzy.

Należy tu podkreślić, że pomyślny stan sanitarno-higieniczny i sanitarno-epidemiczny wojsk może być zabezpieczony

tylko w warunkach bezpośredniego udziału w akcji profilaktycznej dowódców i szefów służb kwatermistrzowskich wszystkich szczebli. W większości prac sanitarno-higienicznych i sanitarno-przeciwepidemicznych winni brać udział wszyscy żołnierze. Szczególne zadania w tym zakresie należą do dowódców i szefów służb kwatermistrzowskich, którzy kierując się odpowiednimi rozkazami i zarządzeniami dowództwa, sporządzonymi na wniosek szefów służby zdrowia zabezpieczają wykonawstwo wszystkich nakazanych przedsięwzięć.

Zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne polega na organizowaniu i przeprowadzaniu leczenia porażonych i chorych w połączeniu z ewakuacją według wskazań.

Etapowe leczenie z ewakuacją według wskazań obejmuje wykonywanie we właściwym czasie czynności leczniczych na kolejnych etapach ewakuacji medycznej oraz ewakuację porażonych i chorych według wskazań lekarskich do odpowiednich specjalizowanych szpitali.

Jak wynika z powyższego, czynności lecznicze są rozczłonkowane na szereg etapów ewakuacji medycznej. Stwarza to w pracy lekarzy konieczność postępowania leczniczego według jednolitych zasad, czyli według tzw. jednolitej doktryny postępowania leczniczego na etapach ewakuacji medycznej.

Celem postępowania leczniczo-ewakuacyjnego jest ratowanie na polu walki życia jak największej liczbie porażonych i chorych żołnierzy, ochrona ich zdrowia, szybkie wyleczenie i przywrócenie im zdolności bojowej oraz zmniejszenie do minimum inwalidztwa.

W ten sposób służba zdrowia przyczynia się do uzupełniania wojsk doświadczonymi wyleczonymi żołnierzami, a niezdolnym do dalszej służby, dzięki rozwojowi chirurgii, rehabilitacji i protezowania, umożliwia powrót do pracy zawodowej. To doniosłe znaczenie, ponieważ we współczesnej wojnie straty powstają nie tylko w wojskach walczących, lecz również i na zapleczu, co ogranicza źródła uzupełnień.

Według danych Oppla, w drugiej wojnie światowej powracało do szeregów 72,3% ogólnej liczby porażonych żołnierzy, a ponad 90% ogólnej liczby chorych żołnierzy.

Sanitarna ochrona przed bronią masowego rażenia jest działaniem służby zdrowia zorganizowanym w celu zapobieżenia skutkom broni jądrowej, chemicznej i biologicznej na żołnierza oraz w celu przeprowadzenia ich likwidacji we współdziałaniu z innymi rodzajami wojsk w ramach systemu zorganizowanego przez dowódców ogólnowojskowych poprzez stosowanie środków hamujących lub osłabiających rozwój procesów patologicznych, wywołanych działaniem czynników rażenia na organizm.

Zaopatrzenie medyczne polega na zaspakajaniu potrzeb jednostek służby zdrowia w zakresie sprzętu i materiałów sanitarnych oraz na przeprowadzaniu napraw i remontów sprzętu i techniki sanitarnej.

Dowodzenie służbą zdrowia, podobnie jak i w innych rodzajach wojsk i służb, polega na stawianiu zadań, doprowadzaniu ich do wykonawców i prowadzeniu kontroli wykonania.

Ciągłość dowodzenia w służbie zdrowia zapewnia kwater-

mistrzowska sieć łączności radiowej lub przewodowej z szefem służby zdrowia Frontu, z komendą bazy szpitalnej Frontu działającej na kierunku danej armii, z szefami służby zdrowia związków taktycznych oraz z jednostkami armijnymi służby zdrowia.

### III. ZADANIA SŁUŻBY ZDROWIA ARMII.

Do zadań stojących przed służbą zdrowia armii w zakresie zabezpieczenia medycznego należy zaliczyć:

a/ w zakresie zabezpieczenia sanitarno-higienicznego i sanitarno-przeciwepidemicznego:

- kierowanie zabezpieczeniem sanitarno-higienicznym i sanitarno-przeciwepidemicznym związków taktycznych;
- organizacja i prowadzenie przedsięwzięć sanitarno-higienicznych i przeciwepidemicznych w strefie tyłów armii oraz w związkach taktycznych, zwłaszcza w wypadku zastosowania przez nieprzyjaciela broni masowego rażenia, przez prowadzenie manewru siłami batalionu przeciwepidemicznego.

b/ w zakresie zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego:

- kierowanie zabezpieczeniem leczniczo-ewakuacyjnym związków taktycznych;
- wsparcie działania służby zdrowia związków taktycznych i udzielania pomocy medycznej masowym stratom sanitarnym w rejonach uderzeń jądrowych poprzez przydzielanie medycznych batalionów wzmocnienia;
- organizacja i prowadzenie ewakuacji medycznej z dywizyjnych punktów medycznych /medycznych batalionów wzmocnienia/ do baz szpitalnych Frontu lub zgrupowań szpitali

- przez wykorzystanie i prowadzenie manewru siłami kompanii samochodów sanitarnych;
- uwzględniając szybkie tempo działań, przy masowym napływie strat sanitarnych lub stratach w personelu lekarskim -- wspieranie służby zdrowia związków taktycznych odpowiednimi grupami lub specjalistami z oddziału wzmocnienia segregacji i kompanii hospitalizacyjnej;
  - rozdział krwi konserwowanej ze stacji krwiodawstwa II kategorii do punktów medycznych związków taktycznych;
  - nadzór nad działalnością leczniczo-ewakuacyjną związków taktycznych.
- c/ w zakresie sanitarnej ochrony przed bronią masowego rażenia:
- prowadzenie obserwacji i rozpoznania rejonów dyslokacji oddziałów służby zdrowia;
  - organizowanie ochrony przed działaniem bronią masowego rażenia sił i środków służby zdrowia oraz porażonych i chorych przebywających na etapach ewakuacji medycznej lub w transporcie sanitarnym;
  - systematyczne prowadzenie kontroli zdrowia żołnierzy skażonych substancjami promieniotwórczymi lub środkami trującymi;
  - stwierdzanie przydatności do użytkowania przez wojsko wody, żywności oraz innych środków, które uległy skażeniu;
  - współpraca ze służbą chemiczną.
- d/ w zakresie zaopatrzenia medycznego:
- organizacja i prowadzenie zaopatrzenia związków taktycznych i podległych polowych jednostek służby zdrowia w ma-

- tereały i sprzęt medyczny z polowego składu sanitarnego;
- organizacja i prowadzenie remontów techniki sanitarnej.

e/ w zakresie dowodzenia służbą zdrowia:

- kierowanie siłami i środkami służby zdrowia armii w celu jak najbardziej racjonalnego ich wykorzystania do realizacji zadań związanych z organizacją zabezpieczenia medycznego wojsk.

#### IV. SIŁY I ŚRODKI SŁUŻBY ZDROWIA ARMII.

Dla wykonania zadań, służba zdrowia armii dysponuje odpowiednimi siłami i środkami.

Służbą zdrowia armii kieruje szef służby zdrowia armii, którego organem wykonawczym jest oddział służby zdrowia kwatermistrzostwa armii.

Szefowi służby zdrowia armii są podporządkowane:

- batalion przeciwepidemiczny;
- 8-10 medycznych batalionów wzmocnienia;
- oddział wzmocnienia segregacji;
- kompania hospitalizacyjna;
- 2 kompanie samochodów sanitarnych;
- stacja krwiodawstwa II kategorii;
- polowy skład sanitarny armii;
- ruchoma grupa weterynaryjna.

Batalion przeciwepidemiczny jest jednostką służby zdrowia, przewidzianą do przeprowadzania przedsięwzięć w systemie zabezpieczenia sanitarno-higienicznego i przeciwepidemicznego wojsk.

Do zadań batalionu przeciwepidemicznego należy: opracowywanie planów zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego wojsk i terenu, organizowanie i prowadzenie rozpoznania sanitarno-higienicznego i przeciwepidemicznego oraz działanie w ogniskach epidemicznych. Ponadto wykonywanie badań mikrobiologicznych, higienicznych i toksykologicznych. W razie zaistnienia ognisk epidemicznych batalion przeciwepidemiczny prowadzi przedsięwzięcia izolacyjno-kwarantannowe oraz wykonuje inne czynności sanitarno-profilaktyczne, takie jak dezynfekcję, dezynsekcję i deratyzację oraz kąpiele. Posiada on w tym celu urządzenia kąpielowo-dezynfekcyjne, przy pomocy których można przeprowadzić dezynfekcję 14 000 kompletów umundurowania oraz wykąpać 20 000 osób w ciągu doby.

W wypadku zastosowania przez nieprzyjaciela broni biologicznej, batalion przeciwepidemiczny bierze udział w lokalizacji i likwidacji następstw jej działania.

Batalion przeciwepidemiczny może ze swojego składu wydzielić odpowiednie siły i środki dla wzmocnienia działalności przeciwepidemicznej służby zdrowia związków taktycznych, jak również udzielać konsultacji w zakresie sanitarno-higienicznego i przeciwepidemicznego zabezpieczenia wojsk służbie zdrowia armii i związków taktycznych.

Medyczny batalion wzmocnienia jest jednostką służby zdrowia szczebla armijnego, przeznaczoną do udzielania kwalifikowanej pomocy medycznej o profilu chirurgicznym i internistycznym porażonym i chorym w związkach taktycznych, jako wzmocnienie służby zdrowia szczebla taktycznego, lub w ogniskach

strat masowych, zwłaszcza od broni jądrowej.

Kwalifikowana pomoc medyczna obejmuje wszelkie zabiegi i czynności lekarskie mające na celu uratowanie życia. Będą to wszystkie zabiegi wchodzące w zakres różnych specjalności, które muszą być wykonane ze wskazań życiowych nawet przez niespecjalistów na dywizyjnym etapie wakuacji.

Do pomocy kwalifikowanej należy zaliczyć: postępowanie kompleksowe w przypadkach wstrząsu, ostrej niedokrwistości, pourazowych toksemii; zabiegi na dużych krwawiących naczyniach krwionośnych; resekcję jelit, zamknięcie otwartej odmy opłucnowej; trepanacje czaszki; założenie lub zeszytanie przetoki nadłonowej; amputacje kończyn; inne zabiegi chirurgiczne konieczne przy zakażeniach spowodowanych beztlenowcami; ostre zaburzenia krążenia, ostrą niewydolność nerek itp.

Wszyscy porażeni nie wymagający natychmiastowej kwalifikowanej pomocy medycznej, po sprawdzeniu opatrunków, podaniu surowicy i antybiotyków oraz zarejestrowaniu, podlegają niezwłocznej ewakuacji do bazy szpitalnej Frontu.

Medyczny batalion wzmocnienia rozwija punkt medyczny o strukturze podobnej do dywizyjnego punktu medycznego, W rozwiniętym medycznym batalionie wzmocnienia można w ciągu doby wykonać różnego rodzaju zabiegi u 250-300 porażonych.

Oddział wzmocnienia segregacji jest jednostką służby zdrowia szczebla armijnego, przeznaczoną do wzmocnienia dywizyjnych punktów medycznych i rozwiniętych medycznych batalionów wzmocnienia, przez przydzielanie do nich odpowiednich zespołów medycznych /grupy dowodzenia, ogólnochirurgiczne, toksykologiczno-radiologiczne, neurologiczne-psychiatryczne, okulistyczne, kompanie sanitariuszy, transport sanitarny/. Najczęściej może on być wykorzystywany w wypadku powstania strat masowych w ogniskach rażenia bronią jądrową.

Przez wykorzystanie oddziału wzmocnienia segregacji przyspiesza się wykonanie segregacji porażonych oraz skraca czas oczekiwania na udzielenie pomocy specjalistycznej.

Kompania hospitalizacyjna jest przeznaczona do czasowej hospitalizacji porażonych i chorych przyjętych od dywizyjnych punktów medycznych lub medycznych batalionów wzmocnienia, dla umożliwienia im przegrupowania za wojskami, które zabezpieczają. Poza tym kompania hospitalizacyjna może być wykorzystana jako wzmocnienie przy udzielaniu pomocy medycznej w ogniskach strat masowych.

Kompania samochodów sanitarnych jest jednostką transportu sanitarnego przeznaczoną do ewakuacji porażonych i chorych. Pojemność kompanii samochodów sanitarnych wyposażonej

w typowe samochody sanitarne wynosi 720 porażonych i chorych, natomiast kompanii wyposażonej w autobusy i typowe samochody - 1260 porażonych i chorych.

Stacja krwiodawstwa II kategorii jest przeznaczona do zaopatrywania w krew i płyny krwiozastępcze służby zdrowia związków taktycznych i jednostek służby zdrowia szczebla armijnego.

Polowy skład sanitarny armii jest jednostką służby zdrowia wchodzącą w skład ruchomej bazy armii. Zadaniem jego jest przyjmowanie, przechowywanie i wydawanie materiałów i sprzętu sanitarnego, zaopatrywanie służby zdrowia związków taktycznych i jednostek służby zdrowia armii oraz przeprowadzanie konserwacji sprzętu sanitarnego.

Ruchoma grupa weterynaryjna jest przeznaczona do wykonywania badań i oceny produktów pochodzenia zwierzęcego oraz wykonywania badań w celu wykrycia ewentualnych źródeł zakażenia chorobami odzwierzęcymi.

#### V. ZASADY PLANOWANIA ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO ARMII.

Plan zabezpieczenia medycznego operacji armijnej lub dowolnego okresu, na który wojskom postawiono określone zadania, opracowuje się na podstawie decyzji kwatermistrza armii oraz wytycznych szefa służby zdrowia frontu, przy uwzględnieniu aktualnej sytuacji operacyjnej, tyłowej i medycznej.

Celem planowania jest określenie kolejności i sposobów realizacji zadań, jakie stoją przed pododdziałami i jednostkami

służby zdrowia armii podczas przygotowania do operacji i w toku operacji.

Plan zabezpieczenia medycznego działań bojowych armii opracowuje się w formie graficznej na mapie i w formie tekstowej.

Na mapie przedstawia się ugrupowanie wyjściowe armii i kierunki planowanych uderzeń, rozmieszczenie baz zaopatrywania, dróg dowozu i ewakuacji oraz urzutowanie jednostek służby zdrowia i przewidywany manewr tymi jednostkami w toku operacji.

Część tekstową planu opracowuje się w postaci dokumentu lub, w wypadku braku czasu, krótko w formie notatek i tabel na mapie.

Niezależnie od tego, czy część tekstowa jest pełna, czy też skrócona, zawsze musi ona zawierać określone minimum i następującą kolejność zagadnień, a mianowicie:

- 1/ zadania służby zdrowia;
- 2/ przewidywane straty sanitarne;
- 3/ zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne;
- 4/ zabezpieczenie sanitarno-przeciwepidemiczne i sanitarno-higieniczne;
- 5/ sanitarną ochronę przed bronią masowego rażenia;
- 6/ zaopatrzenie medyczne;
- 7/ dowodzenie siłami i środkami służby zdrowia.

Zadania służby zdrowia można, zależnie od ich charakteru, podzielić na następujące grupy:

- zadania ogólne, wynikające z charakteru przyszłej operacji i związanej z tym specyfiki organizacji zabezpieczenia medycznego wojsk w rejonach oczekiwania, przy przegrupowaniu w toku operacji;

- zadania związane ze specyfiką organizacji i pracy tyłów w operacji - cechy organizacji dowozu środków materiałowych, możliwość wykorzystania różnych środków transportu do ewakuacji porażonych i chorych;
- zadania w zakresie przygotowania środków służby zdrowia do przyszłej operacji:
  - uwolnienie dywizyjnych punktów medycznych i medycznych batalionów wzmocnienia od porażonych i chorych;
  - utworzenie odwodu sił i środków służby zdrowia;
  - uzupełnienie jednostek i zakładów służby zdrowia pod względem osobowym i materiałowym
- i inne, wynikające z oceny konkretniej sytuacji;
- zadania związane z organizacją przedsięwzięć przeciwepidemicznych i sanitarno-higienicznych - przede wszystkim rozpoznanie stanu sanitarno-epidemicznego rejonu przyszłych działań bojowych, stanu sanitarno-epidemicznego wojsk własnych, ochronę przed środkami biologicznymi, które mogą być zastosowane przez nieprzyjaciela, zapobieganie chorobom wywoływanym przez różne środki rażenia oraz przez szkodliwe działanie czynników wynikających z warunków służby /pola ultrakrótkofalowe, płyny żrące, prądy wysokiego napięcia itp./;
- zadania z zakresu organizacji manewru siłami i środkami służby zdrowia w toku operacji;
- zadania wynikające ze specyfiki teatru działań wojennych, zwłaszcza z jego cech wpływających na zabezpieczenie medyczne takich, jak warunki klimatyczne, ukształtowanie terenu /np. górzysty, błotnisty utrudnia ewakuację medyczną/, obecność w terenie endemicznych ognisk chorób zakaźnych;

- zadania z zakresu dowodzenia służbą zdrowia.

Przewidywane straty sanitarne oblicza się w liczbach bezwzględnych, oddzielnie dla każdego rodzaju broni. Wyliczenie przeprowadza się według okresów wykonywania zadań, z wyszczególnieniem przewidywanych strat w poszczególnych dniach dla okresu wykonywania zadania bliższego.

Straty sanitarne od broni klasycznej określa się uwzględniając zadania armii w operacji, ważność kierunku natarcia oraz charakter obrony nieprzyjaciela. Przewiduje się, że średnio mogą one wynosić w stosunku do stanu osobowego armii 0,4-0,8% dziennie i 2,4-5,6% za operację.

Chorzy mogą stanowić w toku operacji straty w wysokości średnio za dobę 0,08-0,1%, a w warunkach krańcowo niekorzystnych do 0,2% stanu osobowego armii. Przy tym należy przewidywać, że na zwykłe choroby zakaźne przypada 10% ogólnej liczby chorych somatycznie.

Przy obliczaniu przewidywanych strat od broni jądrowej należy uwzględniać zasadnicze różnice charakteru działania czynników rażących tej broni bezpośrednio w ogniskach wybuchów jądrowych oraz na śladzie obłoku promieniotwórczego, powstającego przy naziemnych wybuchach jądrowych. Naliczeń tych należy dokonywać oddzielnie dla obydwu tych wypadków.

Przewiduje się, że straty sanitarne od broni jądrowej mogą średnio wynosić w operacji zaczepnej: 2,5-3,0% od stanu osobowego armii dziennie, 15,0-21,0% za 6-7 dni operacji oraz od promieniowania szczątkowego 0,45-0,8% dziennie i 2,7-5,2% za operację.

Straty sanitarne od broni chemicznej mogą wynosić średnio 0,5-0,6% dziennie i 3,0-4,2% za operację 6-7 dniową.

Straty od broni biologicznej mogą kształtować się w wysokości 0,3-0,4% dziennie i 1,8-2,8% za operację, przy czym z ogólnej ich ilości 50-70% będą stanowić porażeni toksynami.

Poza tym, w wypadku zastosowania przez nieprzyjaciela broni masowego rażenia, należy przewidywać powstanie strat sanitarnych w wyniku ostrych stanów reaktywnych, które mogą wynosić 0,1-0,2% stanu osobowego armii.

Zbiorczą tabelę danych dotyczących przewidywanych strat sanitarnych podczas operacji zamieszcza się z zasady na mapie.

Trzeci rozdział planu zabezpieczenia medycznego armii podczas operacji obejmuje zagadnienia zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego. W rozdziale tym przedstawia się:

- obliczenie potrzebnych medycznych batalionów wzmocnienia i możliwości wykorzystania organicznych batalionów medycznych związków taktycznych;
- obliczenie potrzeb transportu sanitarnego i transportu ogólnego przeznaczenia dla ewakuacji porażonych i chorych;
- obliczenie potrzeb krwi konserwowanej i płynów krwiozastępczych;
- określenie zakresu pomocy medycznej dla poszczególnych etapów ewakuacji;
- rejony i terminy rozwinięcia zgrupowań szpitali bazy szpitalnej Frontu, działającej na kierunku armii oraz przewidywany manewr medycznymi batalionami wzmocnienia, kompanią hospitalizacyjną i dywizyjnymi punktami medycznymi podczas operacji;

- organizację ewakuacji porażonych i chorych z medycznych batalionów wzmocnienia i dywizyjnych punktów medycznych oraz z grup hospitalizacyjnych do bazy szpitalnej;
- sposób utworzenia i odtworzenia odwodu środków leczniczo-ewakuacyjnych.

Obliczanie potrzeb w zakresie ilości medycznych batalionów wzmocnienia i możliwości wykorzystania organicznych batalionów medycznych związków taktycznych wykonuje się oddzielnie na każdy dzień dla wykonania zadania bliższego armii i średnio na dzień dla wykonania zadania dalszego. Obliczenie opiera się na danych dotyczących przewidywanych strat sanitarnych oraz liczebności posiadanych mbw i DPM oraz możliwości ich wykorzystania w operacji.

Manewr siłami i środkami służby zdrowia pułków jest prowadzony przez starszych lekarzy pułków, zgodnie z planem zabezpieczenia medycznego zatwierdzonym przez szefa służby zdrowia dywizji.

Obliczenie potrzeb transportu sanitarnego i transportu ogólnego przeznaczenia dla ewakuacji porażonych i chorych wykonuje się na każdy dzień dla okresu wypełniania zadania bliższego i średnio na dzień dla okresu wykonania zadania dalszego. Wyliczenie opiera się na danych dotyczących przewidywanych strat sanitarnych z rozbitiem na poszczególne rodzaje broni.

Zapotrzebowanie na krew i płyny krwiozastępcze oblicza się w oparciu o przewidywane straty sanitarne, oddzielnie dla porażonych różnymi rodzajami broni i dla chorych. Potrzeby krwi

i płynów krwiozastępczych oblicza się oddzielnie na poszczególne dni zadania bliższego oraz globalnie na okres wykonywania zadania dalszego armii.

Zapotrzebowanie na środki profilaktyki specjalnej przeprowadza się w zależności od występujących i przewidywanych chorób zakaźnych.

W Na podstawie przeprowadzonych obliczeń, dotyczących przewidywanych strat sanitarnych i wydolności posiadanych sił i środków służby zdrowia, określa się zakres pomocy medycznej dla poszczególnych etapów ewakuacji medycznej.

W zasadzie, w medycznych batalionach wzmocnienia i dywizyjnych punktów medycznych powinna być udzielana pierwsza i kwalifikowana pomoc lekarska ze wskazań życiowych. W sprzyjającej sytuacji zakres pomocy medycznej w tych punktach może być rozszerzony do udzielania kwalifikowanej pomocy medycznej w pełnym zakresie.

W tym też rozdziale planu określa się porządek przeprowadzania przedsięwzięć leczniczo-ewakuacyjnych w wypadku powstania strat masowych w rejonie tyłów armii. Przede wszystkim określa się jakie siły i środki i z których jednostek służby zdrowia będą wydzielone do grup ratowniczych oraz sposoby, środki i kierunki ewakuacji porażonych.

Rejon i termin rozwinięcia zgrupowania szpitali bazy szpitalnej Frontu na kierunku działania armii wrysowuje się na mapę. W części tekstowej podaje się rubież rozwijania medycznych batalionów wzmocnienia i dywizyjnych punktów medycznych oraz dalszy sposób ich wykorzystania.

W rozdziale tym określa się organizację ewakuacji porażonych i chorych do bazy szpitalnej Frontu. Podaje się rodzaj i ilość transportu sanitarnego, działającego na kierunku poszczególnych związków taktycznych, potrzeby ewakuacyjne dla poszczególnych kontyngentów porażonych i chorych, wskazuje się sposób wykorzystania głównych i pomocniczych armijnych dróg samochodowych, punktów przeprawowych i przeładunkowych. Podaje się porządek ewakuacji porażonych i chorych z rejonów strat masowych.

Przewiduje się zorganizowanie odwodu sił i środków służby zdrowia, które wydziela się dla zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego do odwodu na początku operacji, z uwzględnieniem miejsca ich ześrodkowania w położeniu wyjściowym. Określa się też prowadzenie manewru siłami odwodu w wypadku powstania ognisk strat masowych w rejonie tyłów armii.

Wreszcie podaje się organizację zaopatrzenia w krew konserwowaną i dostarczania jej do pododdziałów i jednostek służby zdrowia.

Rozdział planu dotyczący zabezpieczenia sanitarno-preciwepidemicznego i sanitarno-higienicznego zawiera następujące zagadnienia:

- prognozę epidemiologiczną;
- podstawowe zadania i organizację rozpoznania sanitarno-higienicznego i bakteriologicznego;
- zakres i porządek przeprowadzenia przedsięwzięć przeciwepidemicznych.

Ocenia się stan sanitarno-epidemiczny wojsk i rejonów ich rozmieszczenia /obecnego i przewidywanego/, możliwości

zastosowania przez nieprzyjaciela broni biologicznej oraz występowania czynników mogących podwyższyć efektywność jej działania lub ułatwiających obronę przed nią.

Następnie określa się skład sił i środków służby zdrowia przeznaczonych do przeprowadzania rozpoznania sanitarno-higienicznego i biologicznego, miejsce ich rozmieszczenia w położeniu wyjściowym i w czasie działań bojowych, zadania poszczególnych pododdziałów, kolejność wykorzystania sił i środków oraz sposób przekazywania informacji o wynikach rozpoznania.

Zakres i sposób przeprowadzania przedsięwzięć przeciw-epidemicznych w wojskach armii ustala się w zależności od konkretnie zaistniałej sytuacji.

Planowanie sanitarnej ochrony przed bronią masowego rażenia obejmuje: organizację i prowadzenie rozpoznania radiologicznego, sanitarno-chemicznego i biologicznego; ocenę sytuacji radiologicznej, chemicznej i biologicznej manewr siłami i środkami przeznaczonymi do sanitarniej ochrony radiologicznej, chemicznej i biologicznej; przewidywany udział w likwidacji skutków środków masowego rażenia zastosowanych przez nieprzyjaciela.

Planowanie zaopatrzenia medycznego obejmuje:

- obliczenie potrzeb materiału sanitarnego zaopatrzenia bojowego;
- rozmieszczenie polowego składu sanitarnego armii i organizację zaopatrywania w okresie przygotowania do operacji i w położeniu wyjściowym;
- organizację zaopatrzenia medycznego w toku operacji;
- organizację remontu techniki sanitarniej.

W rozdziale planu dotyczącym dowodzenia siłami i środkami służby zdrowia umieszcza się następujące zagadnienia: rozmieszczenie i manewr oddziału służby zdrowia armii, metody dowodzenia jednostkami służby zdrowia w czasie operacji, organizację łączności oraz porządek przedstawiania meldunków.

## VI. ORGANIZACJA ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO OPERACJI ZACZEPNEJ ARMII.

Równocześnie z planowaniem zabezpieczenia medycznego przewidywanej operacji, szef służby zdrowia armii przeprowadza odpowiednie prace przygotowawcze. Prace te polegają najczęściej na:

- zabezpieczeniu medycznym przegrupowujących się wojsk;
- uwalnianiu od porażonych i chorych dywizyjnych punktów medycznych i medycznych batalionów wzmocnienia;
- przegrupowaniu pododdziałów i oddziałów służby zdrowia zgodnie z nowymi zadaniami armii;
- wydzieleniu i zorganizowaniu odwodu sił i środków służby zdrowia;
- organizacji obrony przed bronią masowego rażenia jednostek i personelu służby zdrowia;
- przeprowadzeniu opracowania sanitarnego przybywających w skład armii i związków taktycznych uzupełnień osobowych oraz zastosowaniu innych niezbędnych przedsięwzięć sanitarno-higienicznych i przeciwepidemicznych;
- uzupełnianiu jednostek służby zdrowia personelem oraz sprzętem i materiałami sanitarnymi.

Z chwilą przejścia armii do działań zaczepnych służba zdrowia armii realizuje elastycznie plan zabezpieczenia medycznego armii, uaktualniając go w zależności od zaistniałej sytuacji operacyjnej i medycznej. Koncentruje ona swoje wysiłki głównie na:

- kierowaniu rozmieszczeniem, manewrem i sposobami użycia jednostek służby zdrowia armii, celem najbardziej racjonalnego ich wykorzystania w zabezpieczeniu medycznym pierwszorzutowych związków taktycznych, zwłaszcza przy wzmacnianiu ich służby zdrowia w zakresie udzielania kwalifikowanej pomocy medycznej porażonym i chorym;
- ewakuacja porażonych i chorych z dywizyjnych punktów medycznych i medycznych batalionów wzmocnienia do szpitali bazy szpitalnej Frontu;
- udział w likwidacji ognisk porażenia i związaną z tym organizacją pomocy medycznej dla porażonych;
- stałym i wnikliwym zbieraniu informacji niezbędnych dla dowodzenia służbą zdrowia o sytuacji operacyjnej, tyłowej i medycznej.

W toku operacji zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne rannych od broni konwencjonalnej realizowane jest przez kolejne etapy ewakuacji medycznej, okazujące pomoc medyczną od pierwszej pomocy na polu walki do kwalifikowanej w DPM lub mbw. Możliwości służby zdrowia dywizji i armii w tym zakresie są wystarczające na zabezpieczenie przewidywanych strat sanitarnych od broni konwencjonalnej.

Zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne porażonych bronią jądrową uzależnione jest od wielkości ogniska porażenia. Małe

ogniska, powstałe po wybuchach ładunków do 1 KT, w których straty sanitarne nie będą wyższe niż 20-30 porażonych w jednym ognisku, będą zabezpieczane przez służbę zdrowia batalionów i pułków, na zasadach nie dobiegających od przewidzianych dla strat konwencjonalnych.

Ogniska porażenia wywołane wybuchami małej i średniej mocy wymagają skierowania grup awaryjno-ratunkowych pułku lub dywizji, wzmocnionych personelem służby zdrowia i wyposażeniem medycznym. Porażeni, po udzieleniu im pierwszej pomocy i wyniesieniu /wywiezieniu/ z ogniska, zostaną ewakuowani do PPM, DPM lub mbw w celu otrzymania dalszej pomocy medycznej.

Ogniska porażenia wywołane wybuchami ładunków większych mocy albo też kilku ładunków małej i średniej mocy w niewielkiej odległości od siebie, zabezpieczane będą przez skierowanie grup awaryjno-ratunkowych oraz medycznego batalionu wzmocnienia z odwodu szefa służby zdrowia dywizji. Ostateczna likwidacja tego typu ognisk strat masowych przeprowadzona zostanie przez szefa służby zdrowia armii, który skieruje tam odpowiednie siły i środki służby zdrowia.

W wypadku porażenia bronią jądrową związków taktycznych drugiego rzutu, porażonych można ewakuować bezpośrednio do znajdujących się w pobliżu szpitali polowych lub szpitali stacjonarnych.

Ponieważ zaopatrzenie strat sanitarnych od broni jądrowej łącznie ze stratami konwencjonalnymi przekraczać będzie na ogół możliwości służby zdrowia armii, zachodzić będzie konieczność ograniczenia zakresu kwalifikowanej pomocy medycznej do

wskazań życiowych oraz wzmocnienie służby zdrowia armii przez szefa służby zdrowia Frontu drogą przydziału medycznych batalionów wzmocnienia i środków transportu.

Ogólną zasadą rozmieszczenia etapów ewakuacji medycznej w działaniach zaczepnych jest przybliżenie ich do przodu i lokalizowanie za pierwszym rzutem macierzystych oddziałów lub związków.

Ugrupowanie sił i środków służby zdrowia dywizji i armii w momencie rozpoczęcia operacji zaczepnej przedstawiać będzie się następująco:

W dywizjach pierwszego rzutu punkty medyczne pułków pierwszorzutowych rozmieszczane są za pierwszymi rzutami pułków, w odległości 4-6 km od czoła wojsk, natomiast w pułkach drugorzutowych kompanie medyczne pozostają zwinięte. Manewr kompaniami medycznymi jest prowadzony przy pomocy sal opatrunkowych na samochodach, wchodzących organicznie w ich skład. W pewnych sytuacjach - kompanie medyczne mogą przekazywać porażonych i chorych przybywającym dywizyjnym punktom medycznym /mbw/, które je "nakrywają". Przydzielony medyczny batalion wzmocnienia rozwija się za drugim rzutem dywizji, w odległości około 10-15 km od przedniego skraju. Odwód sił i środków służby zdrowia dywizji, obejmujący organiczny batalion medyczny dywizji, najczęściej jeszcze jeden medyczny batalion wzmocnienia i środki transportowe, zlokalizowany jest za drugim rzutem dywizji, będąc w gotowości do wykonania powierzonych mu zadań. W wypadku nie posiadania przez dywizję przydzielonych medycznych batalionów wzmocnienia, rozwinięty zostaje dywizyjny punkt medyczny.

W dywizjach drugiego rzutu kompanie medyczne pułków i bataliony medyczne dywizji znajdują się w stanie zwiniętym.

Siły i środki służby zdrowia armii, które nie zostały przydzielone związkom taktycznym, stanowią odwód szefa służby zdrowia armii i ześrodkowane są za drugim rzutem armii, przeważnie w rejonie położonym w pobliżu stanowiska dowodzenia szefa służby zdrowia armii.

Dla ułatwienia dowodzenia jednostkami służby zdrowia armii oraz zapewnienia współdziałania między nimi a służbą zdrowia związków taktycznych, pożądane jest wydzielenie grup dowodzenia ze składu oddziału wzmocnienia segregacji - na najważniejszych kierunkach ewakuacyjnych i skierowanie ich w rejon dywizji pierwszorzutowych.

Baza szpitalna Frontu zostaje rozwinięta w odległości 35-50 km od przedniego skraju i zabezpiecza przyjęcie i okazanie kwalifikowanej i specjalizowanej pomocy medycznej porażonym z pierwszego i drugiego dnia walki.

W miarę rozwijania się operacji zaczepnej i posuwania wojsk armii do przodu, zachodzi konieczność przemieszczania w ślad za nimi punktów medycznych i baz szpitalnych.

Rubieże udzielania pierwszej pomocy lekarskiej zabezpieczane są przez PPM pułków pierwszorzutowych przy współdziałaniu punktów medycznych pułków artyleryjskich i jednostek wzmocnienia. Odległości między tymi rubieżami nie powinny znajdować się dalej niż 12-15 km jedna od drugiej.

Rubieże udzielania kwalifikowanej pomocy medycznej nie powinny znajdować się dalej od siebie, niż 25-30 km. Przy roz-

wijaniu kolejnych medycznych batalionów wzmocnienia lub dywizyjnych punktów medycznych, należy uwzględniać takie czynniki jak:

- zniszczenie etapu aktualnie zabezpieczającego związek taktyczny;
- konieczność przeniesienia etapu w nowy rejon;
- zapełnienie etapu pracującego, co powoduje, że nie jest on już w stanie przyjmować porażonych.

Rozwinięty DPM /mbw/ powinien pracować w jednym miejscu do 24 godzin. Po tym okresie można skierować go do pracy na kolejnej rubieży, po uprzednim uwolnieniu od znajdujących się w nim porażonych i chorych, przede wszystkim niezdolnych do transportu.

Uwolnienie zapełnionego etapu od porażonych i chorych zapewnia się przez:

- ewakuację porażonych i chorych do bazy szpitalnej Frontu;
- przejęcie porażonych i chorych na miejscu przez grupy hospitalizacyjne;
- nakrycie przez rozwinięcie w pobliżu zgrupowania szpitali bazy szpitalnej Frontu.

Baza szpitalna Frontu, rozwinięta w początkowym okresie operacji, zabezpiecza pomoc w przeciągu półtora do dwóch dni, po czym zachodzi konieczność rozwinięcia kolejnych zgrupowań szpitali BSzF, w miarę rozwoju operacji.

W ramach organizacyjnych służby zdrowia armii porażony i chory żołnierz otrzyma pomoc medyczną na etapach ewakuacji w następującym zakresie:

- w rejonie porażenia i na polu walki - jako pierwszą pomoc me-

dyczną /samopomoc i pomoc koleżeńską/, uzupełnianą przez personel medyczny plutonu medycznego w zakresie pomocy przedlekarckiej;

- w pułkowym punkcie medycznym - pierwszą pomoc lekarską;
- w dywizyjnym punkcie medycznym lub medycznym batalionie wzmocnienia - kwalifikowaną pomoc medyczną przeważnie ze wskazań życiowych.

Kwalifikowaną pomoc medyczną dla podstawowej grupy porażonych, specjalizowana pomoc dla porażonych wymagających jej oraz leczenie szpitalne będą realizowane w szpitalach polowych baz szpitalnych Frontu.

Zgodnie z aktualnymi zapatrywaniami, porażony powinien otrzymać pierwszą pomoc lekarską w PPM do 3-4 godzin od chwili powstania urazu, a pomoc kwalifikowaną w DPM /mbw/ - do 4-6 godzin, natomiast w szpitalu powinien znaleźć się po 12-18 godzinach.

W zależności od sytuacji taktycznej udzielanie pomocy medycznej porażonym i chorym nie musi przebiegać kolejno na poszczególnych etapach ewakuacji. Przewiduje się także "przeskakiwanie" etapów ewakuacji /nieprzestrzeganie kolejności etapowej/, np. porażeni z BPM mogą być bezpośrednio ewakuowani do DPM, gdzie zostanie im udzielona pomoc medyczna w odpowiednim zakresie.

Zagwarantowanie porażonym pomocy w podanych czasokresach wymaga sprawnego zbierania i wynoszenia w obrębie ogniska rażenia i z pola walki, odpowiedniego rozmieszczenia etapów ewakuacji medycznej oraz prowadzenia szybkiej ewakuacji porażonych.

Zakresy pomocy medycznej nie są czymś stałym i niezmiennym. W warunkach współczesnej wojny praca służby zdrowia nie jest warunkowana wyłącznie czynnikami czysto medycznymi, a raczej sytuacją powstającą w czasie działań bojowych. Dlatego też zakresy pomocy medycznej na poszczególnych etapach ewakuacji są określane nie tylko wskazaniami medycznymi, lecz przede wszystkim sytuacją taktyczno-medyczną, zwłaszcza w wypadku masowego napływu strat sanitarnych.

We współczesnej wojnie nie może mieć miejsca wykonywanie zabiegów operacyjnych za wszelką cenę, a określenie niezbędnego zabiegu dla potrzebujących go w danej chwili powinno być rozstrzygnięte przez właściwą segregację medyczną, która zwłaszcza w porażeniach kombinowanych winna ustalić, które z obrażeń jest decydujące ze wskazań życiowych.

Przy ustalaniu zakresu pomocy medycznej dla poszczególnych etapów szefowie służby zdrowia dywizji i armii muszą kierować się następującymi danymi:

- wysokością i strukturą strat sanitarnych;
- stanem sił i środków danego etapu ewakuacji medycznej;
- sytuacją operacyjno-taktyczną;
- możliwościami ewakuacji porażonych i chorych.

Etapowe leczenie z ewakuacją według wskazań jest niemożliwe do przeprowadzenia bez dokładnej segregacji medycznej. Pod pojęciem segregacji medycznej należy rozumieć rozdzielenie napływających porażonych i chorych na grupy wymagające jednorodnych zabiegów leczniczych i zasad ewakuacyjnych, zgodnie ze wskazaniami lekarskimi i zakresem pomocy, która może być udzielona na danym etapie.

Segregację medyczną prowadzi się na zasadzie diagnozy i prognozy. Segregacja diagnostyczna ma znaczenie przy określeniu kolejności /następowości/ pomocy medycznej i wskazań do ewakuacji. Segregacja prognostyczna ustala możliwości leczenia porażonego lub chorego na określonym etapie lub konieczność w związku z długotrwałym okresem leczenia, ewakuacja na dalsze etapy.

W warunkach zabezpieczenia medycznego działań bojowych z użyciem broni masowego rażenia, należy liczyć się najczęściej z koniecznością zwężenia zakresu pomocy medycznej do wskazań życiowych.

Możliwość rozszerzania zakresu pomocy medycznej powyżej przewidzianych normalnie dla danego etapu norm, nie jest w zasadzie przewidywana. Rozszerzenie zakresu może wystąpić jedynie w wyjątkowych okolicznościach, takich jak działanie w okrążeniu, desant, trudności ewakuacyjne.

Zwężenie zakresu pomocy medycznej do przypadków ze wskazań życiowych, przede wszystkim w wypadku strat masowych, jest jednak zjawiskiem wymuszonym i dla wyników leczenia porażonych bardzo niekorzystnym. Zadaniem służby zdrowia jest wykorzystanie wszelkich możliwości dla przeciwdziałania stosowania tej konieczności.

Dla utrzymania pełnego zakresu pomocy medycznej w obrębie związków taktycznych szef służby zdrowia armii może wykorzystać następujące możliwości:

- wzmacnianie służby zdrowia dywizji wystarczającą ilością medycznych batalionów wzmocnienia dla udzielania kwalifikowanej pomocy medycznej;

- wzmacnianie służby zdrowia związków taktycznych zespołami specjalistycznymi z oddziału wzmocnienia segregacji dla usprawnienia segregacji porażonych i transportem sanitarnym /kompania samochodów sanitarnych/ dla przyspieszenia ewakuacji medycznej;
- kierowanie do rozwiniętych dywizyjnych punktów medycznych i medycznych batalionów wzmocnienia grup hospitalizacyjnych z kompanii hospitalizacyjnej dla szybszego uwolnienia etapów od porażonych i umożliwienia im manewru w nowy rejon działania.

Istnieje również możliwość wcześniejszego i bliższego w stosunku do rejonu taktycznego rozwinięcia zgrupowań szpitali polowych BSzF, jako wzmocnienie służby zdrowia armii ze szczybla Frontu.

W wypadku działania armii na samodzielnym kierunku szef służby zdrowia Frontu winien przydzielić do dyspozycji szefa służby zdrowia armii komendę bazy szpitalnej Frontu z odpowiednią ilością szpitali polowych.

Szybkie i sprawne przetransportowanie porażonych i chorych do wyznaczonych zgodnie z wskazaniem lekarskimi etapów ewakuacji medycznej ma zapewnić ewakuacja medyczna, wiążąca system etapów w jedną całość. Obowiązująca zasada ewakuacji "na siebie" pozostaje w zasadzie aktualna, z tym, że w warunkach stale zmieniającej się sytuacji bojowej i medycznej, może podlegać częstym zmianom, a liczne i różnorodne środki transportowe wymagać będą kompleksowego użycia.

Podstawowa liczba porażonych i chorych w armii będzie ewakuowana, począwszy od batalionowego punktu medycznego aż do bazy szpitalnej Frontu, przy pomocy samochodów sanitarnych.

Gorzej przedstawia się ewakuacja na odcinku między polem walki lub rejonem masowego porażenia, a pierwszym punktem medycznym. Aktualnie posiadane samochody sanitarne nie zawsze będą mogły być tu wykorzystane ze względu na zniszczenie dróg.

Posiadane przez armię środki transportu sanitarnego z kompanii samochodów sanitarnych są kierowane do rozwiniętych medycznych batalionów wzmocnienia i dywizyjnych punktów medycznych, skąd ewakuacja porażonych i chorych do szpitali polowych. Należy dążyć do kompleksowego wykorzystania transportu sanitarnego armii, medycznych batalionów wzmocnienia i związków taktycznych, najlepiej przez centralizację kierowania nimi przez grupy dowodzenia z oddziału wzmocnienia segregacji.

Niedostatek sanitarnych środków transportowych może być kompensowany przez wykorzystywanie do ewakuacji lekko porażonych transportu ogólnego przeznaczenia.

Zabezpieczenie sanitarno-higieniczne i przeciwepidemiczne w operacji zaczepnej armii polega na stałej obserwacji stanu psychofizycznego i zdrowotnego wojsk oraz ciągłym prowadzeniu rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego jednostek i rejonów /obiektów/ dyslokacji wojsk.

Szczegółnej obserwacji podlegają żołnierze, którzy byli narażeni na napromienienie oraz na kontakty ze środowiskiem skażonym lub zakażonym.

W wyniku stwierdzenia nieprawidłowości służba sanitarno-higieniczna i przeciwepidemiczna przystępuje do przeprowadzania odpowiednich przedsięwzięć zapobiegawczych.

W wypadku zastosowania przez nieprzyjaciela broni masowego rażenia przeprowadza się zabiegi sanitarne u porażonych i chorych przybywających na etapy ewakuacji medycznej, a w wojskach podaje się żołnierzom środki hamujące szkodliwe działanie promieniowania.

W toku operacji, uzupełnianie materiałów i sprzętu sanitarnego dla związków taktycznych i jednostek służby zdrowia podporządkowania armijnego prowadzi się z polowego składu sanitarnego armii przy pomocy transportu ogólnego przeznaczenia lub pustego transportu sanitarnego powracającego do punktów medycznych z BSzF. W ślad za posuwającymi się wojskami przegrupowuje się również, wraz z ruchomą bazą armii, polowy skład sanitarny.

Szef służby zdrowia armii dowodzi służbą zdrowia armii na podstawie uzyskiwanych aktualnych informacji o sytuacji operacyjnej i medycznej, dokonując w wypadkach koniecznych korekty planu zabezpieczenia medycznego operacji.

Ważnym elementem w toku operacji jest ochrona i obrona jednostek służby zdrowia oraz transportów porażonych.

Ochronę i obronę jednostek służby zdrowia organizuje się w ramach tyłów armii. Dowódcy poszczególnych jednostek winni we własnym zakresie organizować ochronę i obronę podporządkowanych im obiektów.

Ochrona i obrona transportów ewakuacyjnych winna być przeprowadzana przez kierowców i personel sanitarny opiekujący się porażonymi w czasie transportu.

## VII. OCENA AKTUALNEGO ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO ARMII

### I WNIOSKI ODNOŚNIE USPRAWNIENIA.

Przedstawione siły i środki służby zdrowia w obowiązującym systemie zabezpieczenia medycznego wojsk, wobec zmian jakie zaszły w charakterze działań bojowych, a w wyniku ich w rozmiarach i strukturze strat sanitarnych, nie odpowiadają w pełni potrzebom zabezpieczenia medycznego, zwłaszcza związków taktycznych.

Za główne niedostatki obecnej struktury służby zdrowia należy uznać:

- brak odpowiednich sił i środków wyszukiwania, zbierania i ewakuacji porażonych z pola walki;
- nieprzystosowanie grup awaryjno-ratunkowych do terminowego przeprowadzania odpowiednich prac w ognisku rażenia bronią jądrową, pod względem wyposażenia, przygotowania i organizacji pracy;
- niemożność odpowiedniego zabezpieczenia przez aktualnie istniejące pułkowe punkty medyczne ciągłości i terminowości udzielania pierwszej pomocy lekarskiej na całą głębokość zadania bojowego pułku;
- niepełne przystosowanie aktualnie istniejącego batalionu medycznego dywizji do zabezpieczania przewidywanych strat sanitarnych i właściwego wzmocnienia służby zdrowia pułków;
- nieprzystosowanie środków transportu, jakimi dysponuje służba zdrowia dla zbierania i ewakuacji porażonych z pola walki oraz w pułkowych punktach medycznych, batalionach medycznych dywizji i medycznych batalionach wzmocnienia do tempa

posuwania się jednostek bojowych, co powoduje pozostawanie służby zdrowia w tyle i niemożność systematycznego i terminowego udzielania pomocy medycznej;

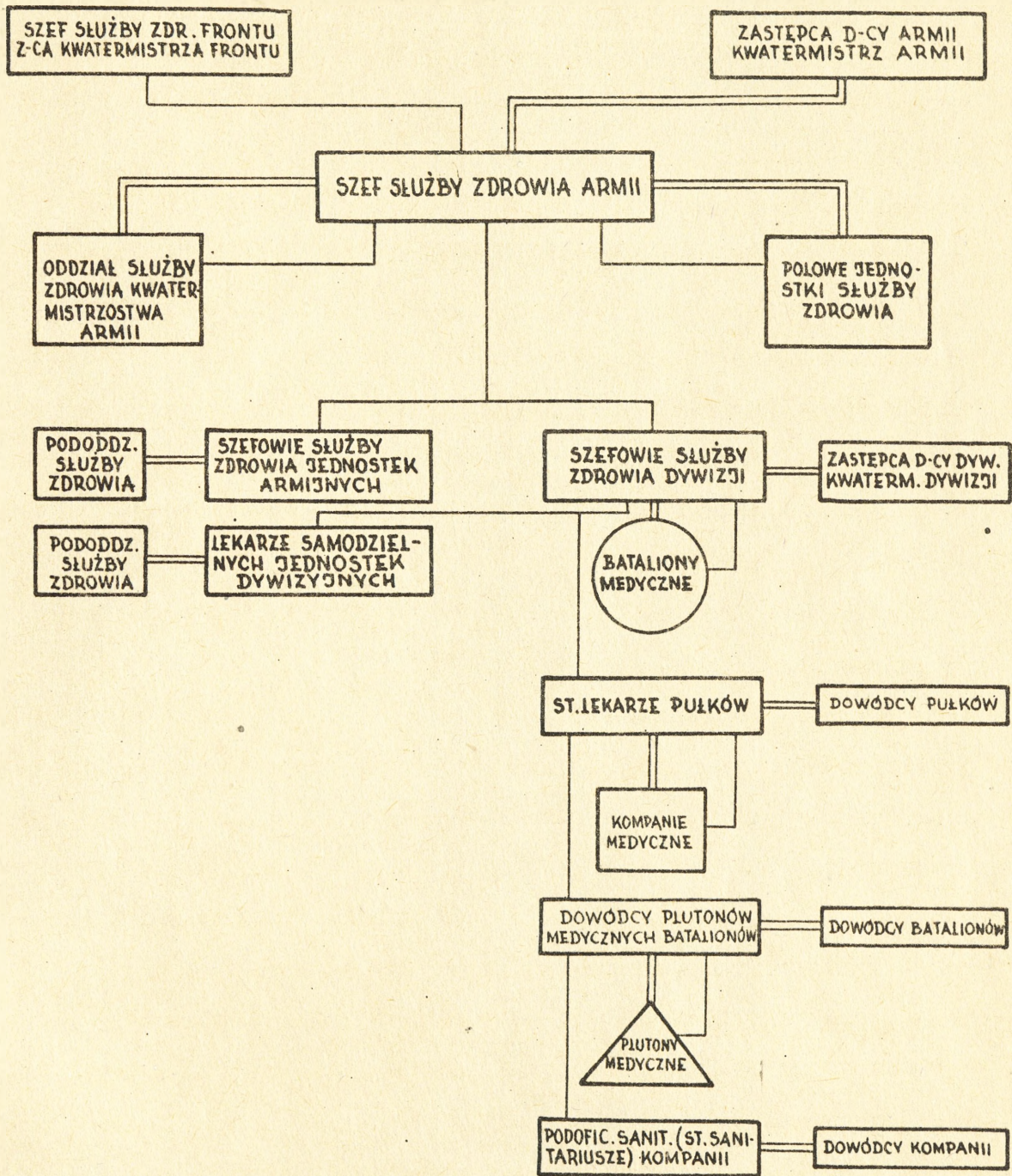
- niedostateczne wyposażenie służby zdrowia szczebla taktycznego w środki łączności, co utrudnia dowodzenie pododdziałami służby zdrowia i transportem sanitarnym;
- niemożliwość pełnego udzielania pomocy medycznej i leczenia 300-500 porażonych z porażeniami kombinowanymi przez aktualnie istniejące szpitale polowe.

Wobec powyższego, dla zapewnienia takiej struktury organizacyjnej i technicznego wyposażenia służby zdrowia szczebla taktycznego, które pozwoliłyby na prawidłowe, zgodne z współczesnymi wymaganiami, zabezpieczenie działań bojowych armii, niezbędnym jest:

- przeanalizowanie sił i środków wchodzących w skład pułkowego punktu medycznego pod kątem stworzenia rzeczywistych możliwości udzielania przez niego pierwszej pomocy lekarskiej oraz zabezpieczania ciągłości udzielania pomocy na całej głębokości zadania bojowego pułku;
- opracowanie prostych, skutecznych metod wykonywania zabiegów reanimacyjnych, nadających się do stosowania na przednich etapach ewakuacji medycznej przy masowym napływie porażonych;
- dalsze doskonalenie struktury batalionu medycznego dywizji dla zwiększenia jego zdolności udzielania nieprzerwanej pomocy medycznej na całą głębokość zadania bojowego dywizji oraz stworzenia możliwości zabezpieczenia medycznego działania dywizji na kilku osobnych kierunkach przez zapewnienie jego podzielności;

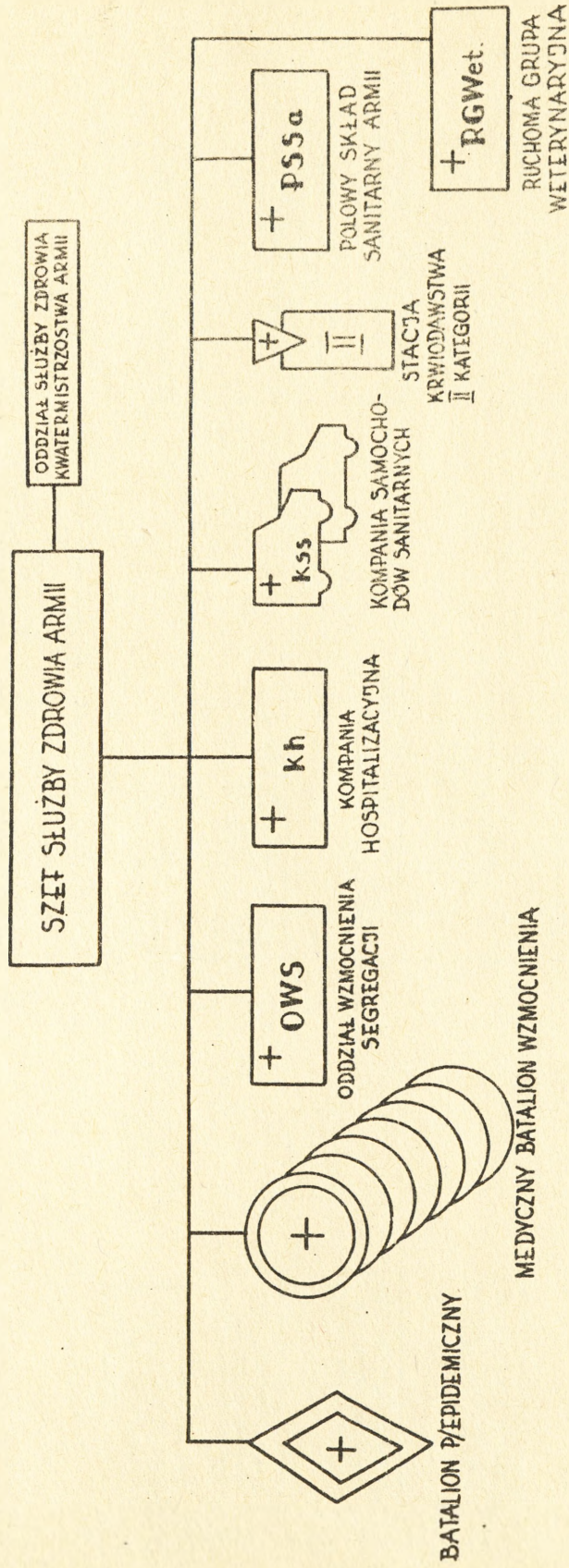
- przeanalizowanie możliwości tworzenia osobnych pododdziałów służby zdrowia, wyposażonych w środki transportu o dużej zdolności poruszania się w terenie i manewru, przeznaczonych do zbierania i ewakuacji porażonych z pola walki oraz zabezpieczających terminowe przemieszczanie się służby zdrowia za jednostkami bojowymi;
- przeanalizowanie wyposażenia oddziałów i pododdziałów służby zdrowia w środki transportu, odpowiadające pod względem zdolności pokonywania terenu i manewrowości oraz ochrony wozom bojowym, a także możliwości stworzenia specjalnych oddziałów ewakuacyjnych wyposażonych w śmigłowce;
- przeanalizowanie możliwości posiadania i użycia przez służbę zdrowia transportu lotniczego do ewakuacji porażonych i chorych;
- stworzenie w pułkach i dywizjach odpowiednich związków pododdziałów ratunkowych, składających się ze służby chemicznej, inżynierskiej i zdrowia, wyposażonych w odpowiednie środki transportu i dowodzenia, które po wzmocnieniu ludźmi z pododdziałów zmechanizowanych i innych, zapewniałyby realne możliwości prowadzenia prac ratowniczych w ogniskach strat masowych;
- utworzenie w składzie baz szpitalnych frontu wieloprofilowych szpitali polowych, pozwalających na prawidłowe zabezpieczenie strat sanitarnych przewidywanych we współczesnej wojnie;
- zwiększenie wyposażenia technicznego służby zdrowia, zwłaszcza w środki łączności i techniczne środki wyszukiwania i oznaczania porażonych.

# ORGANIZACJA SŁUŻBY ZDROWIA ARMII

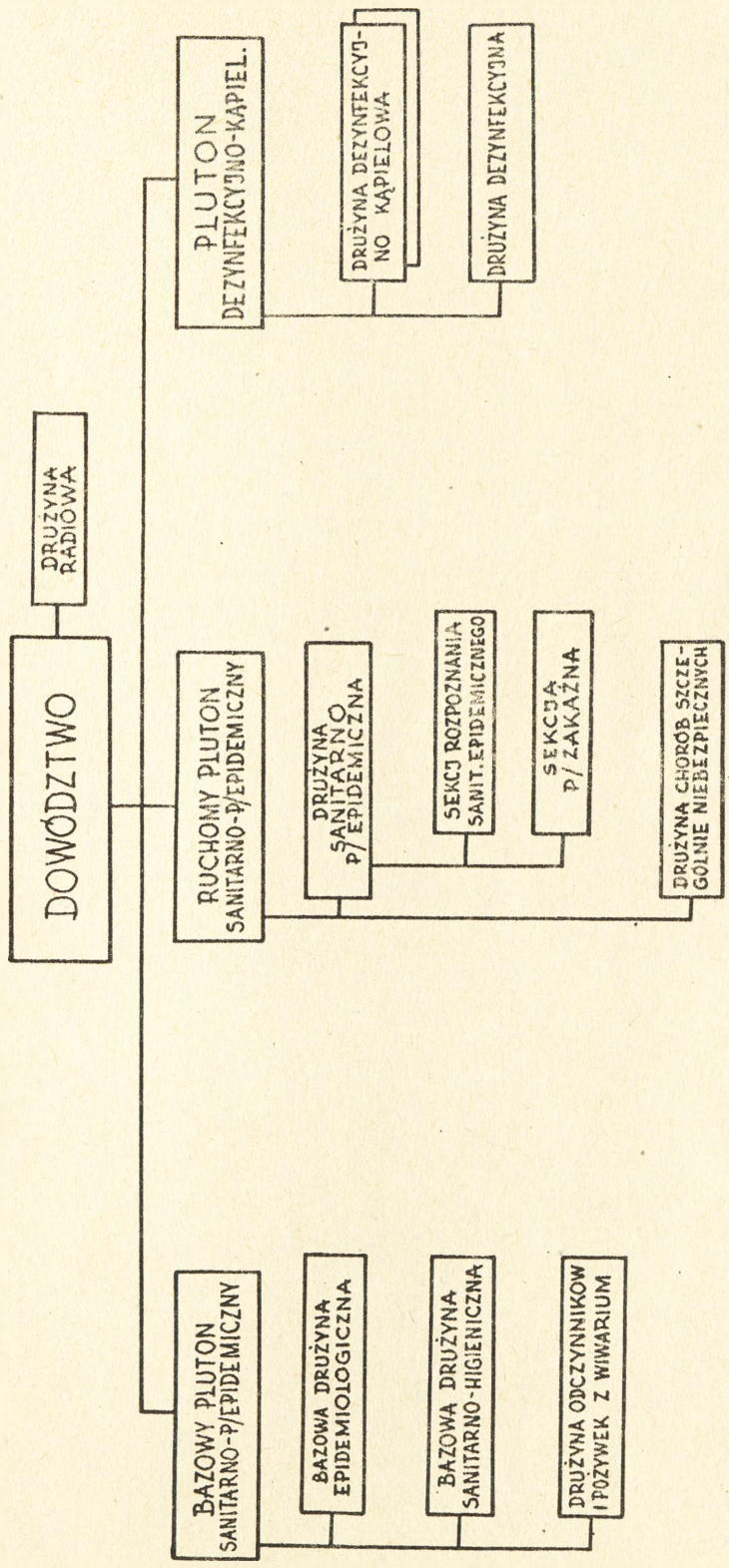


===== PODLEGŁOŚĆ SŁUŻBOWA  
 ————— PODLEGŁOŚĆ FACHOWA

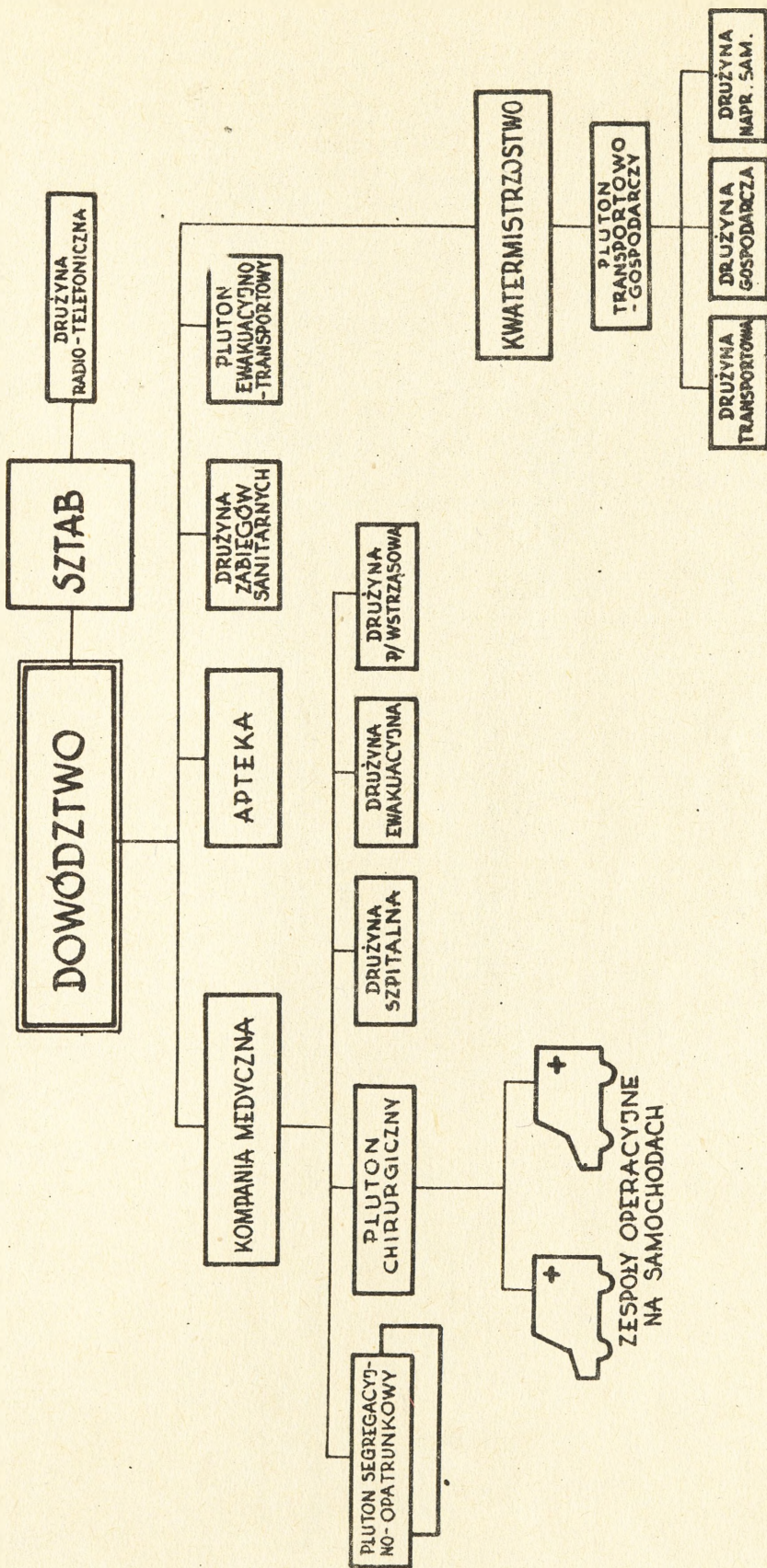
# POLOWE JEDNOSTKI SŁUŻBY ZDROWIA ARMII



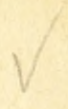
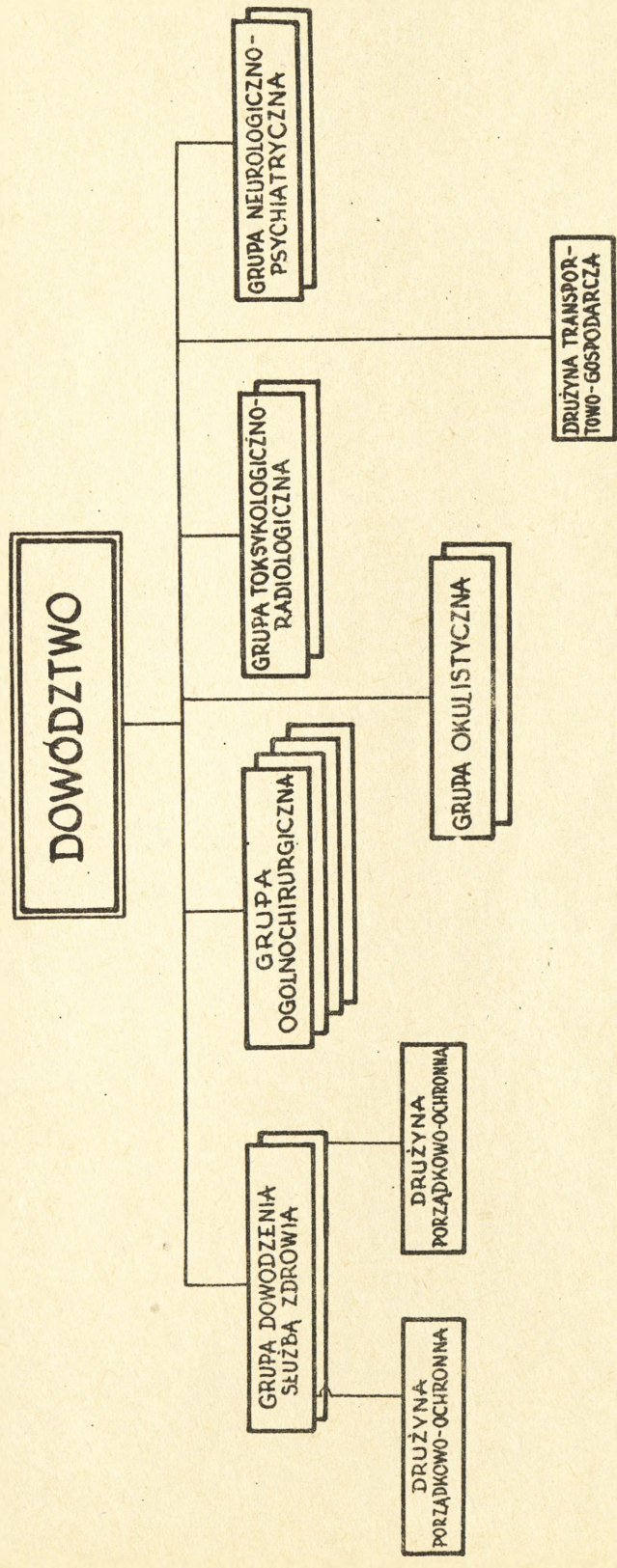
STRUKTURA ORGANIZACYJNA BATALIONU P/EPIDEMICZNEGO ARMII



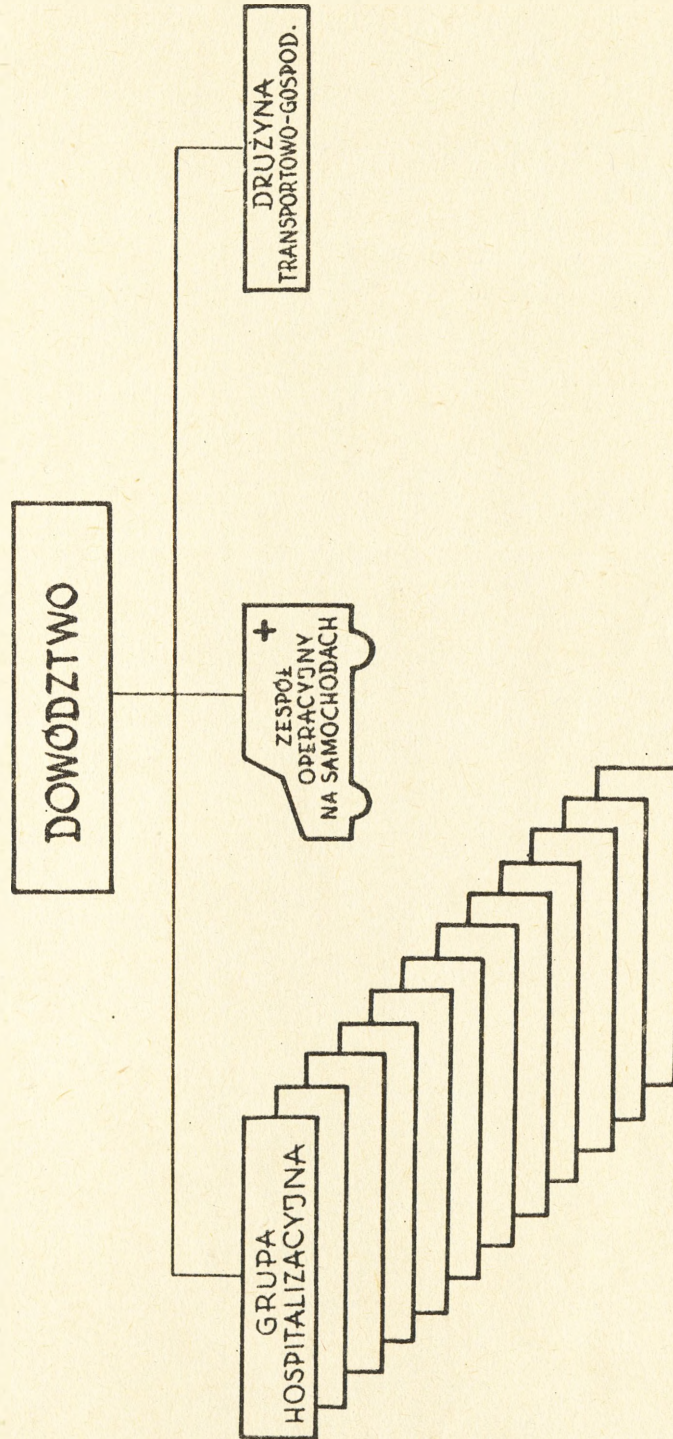
# STRUKTURA ORGANIZACYJNA MEDYCZNEGO BATALIONU WZMOCNIENIA



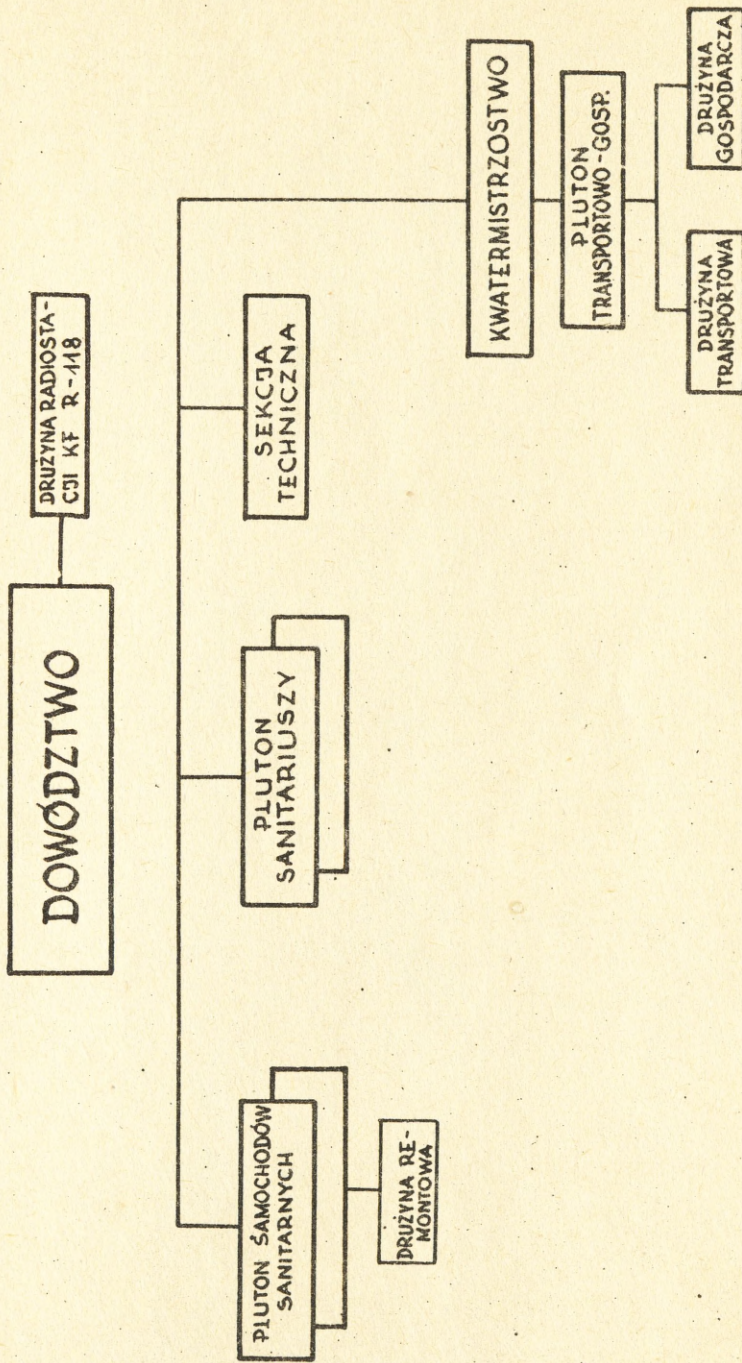
STRUKTURA ORGANIZACYJNA ODDZIAŁU WZMOCNIENIA SIGRIGACJI ARMII



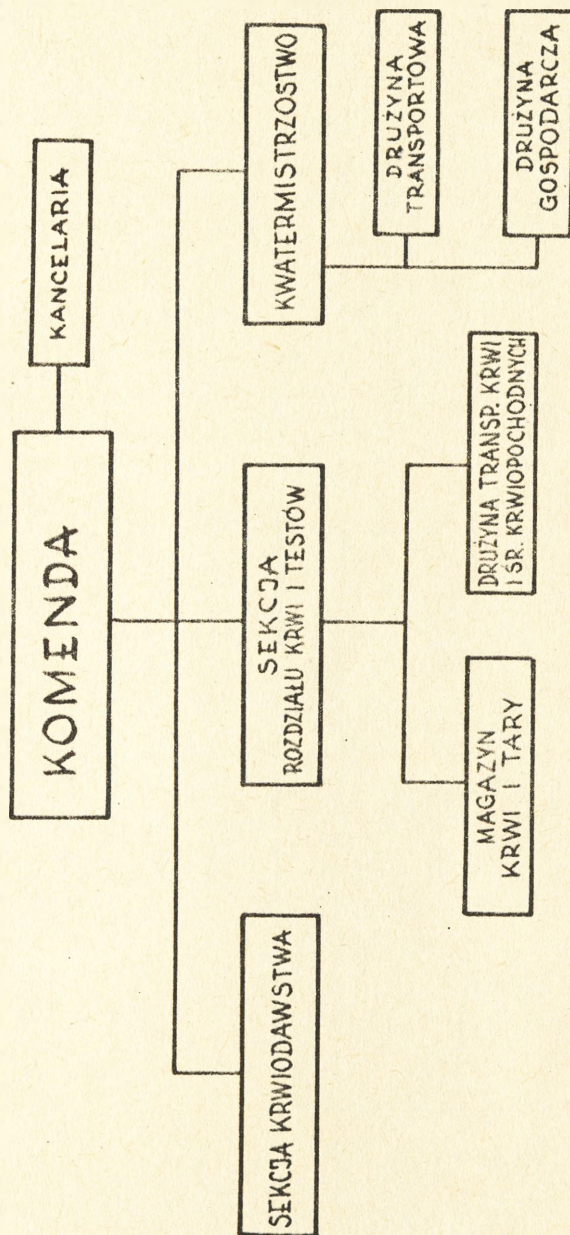
STRUKTURA ORGANIZACYJNA KOMPANII HOSPITALIZACYJNEJ



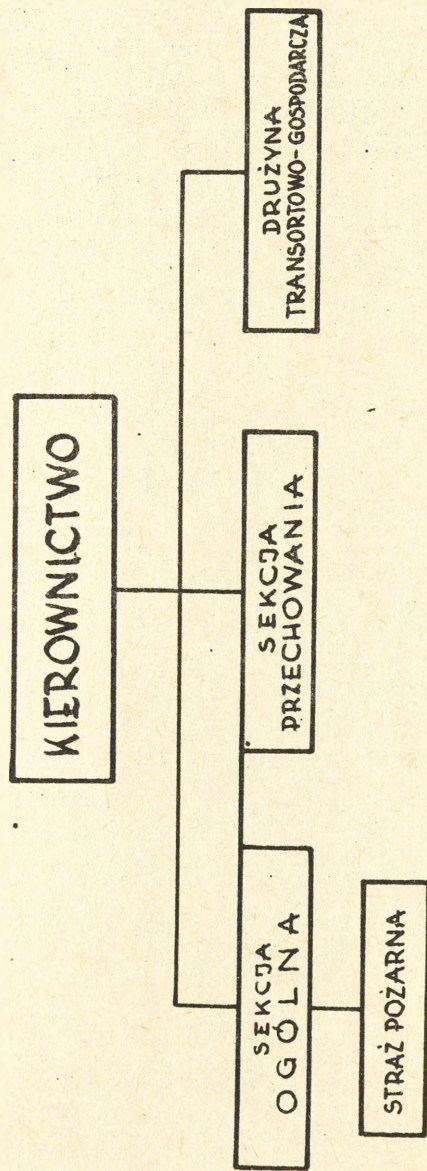
STRUKTURA ORGANIZACYJNA KOMPANII SAMOCHODÓW SANITARNYCH



STRUKTURA ORGANIZACYJNA STACJI KRWIODAWSTWA II KATEGORII

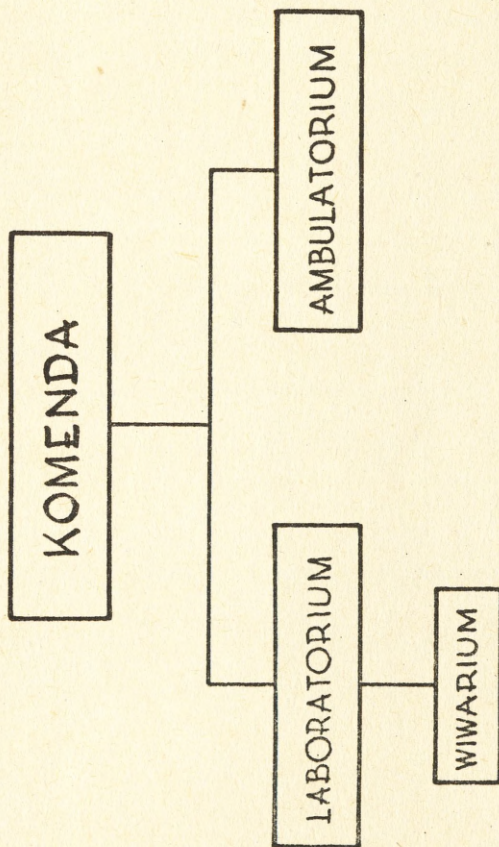


STRUKTURA ORGANIZACYJNA POLOWEGO SKŁADU SANITARNEGO ARMII





STRUKTURA ORGANIZACYJNA RUCHOMEJ GRUPY WETERYNARYJNEJ





WYSOKOŚĆ PRZEWIDYWANYCH STRAT SANITARNYCH  
W TOKU 6-7 DNIOWEJ OPERACJI ZACZEPNEJ ARMII  
/ W % OD STANU OSOBOWEGO/

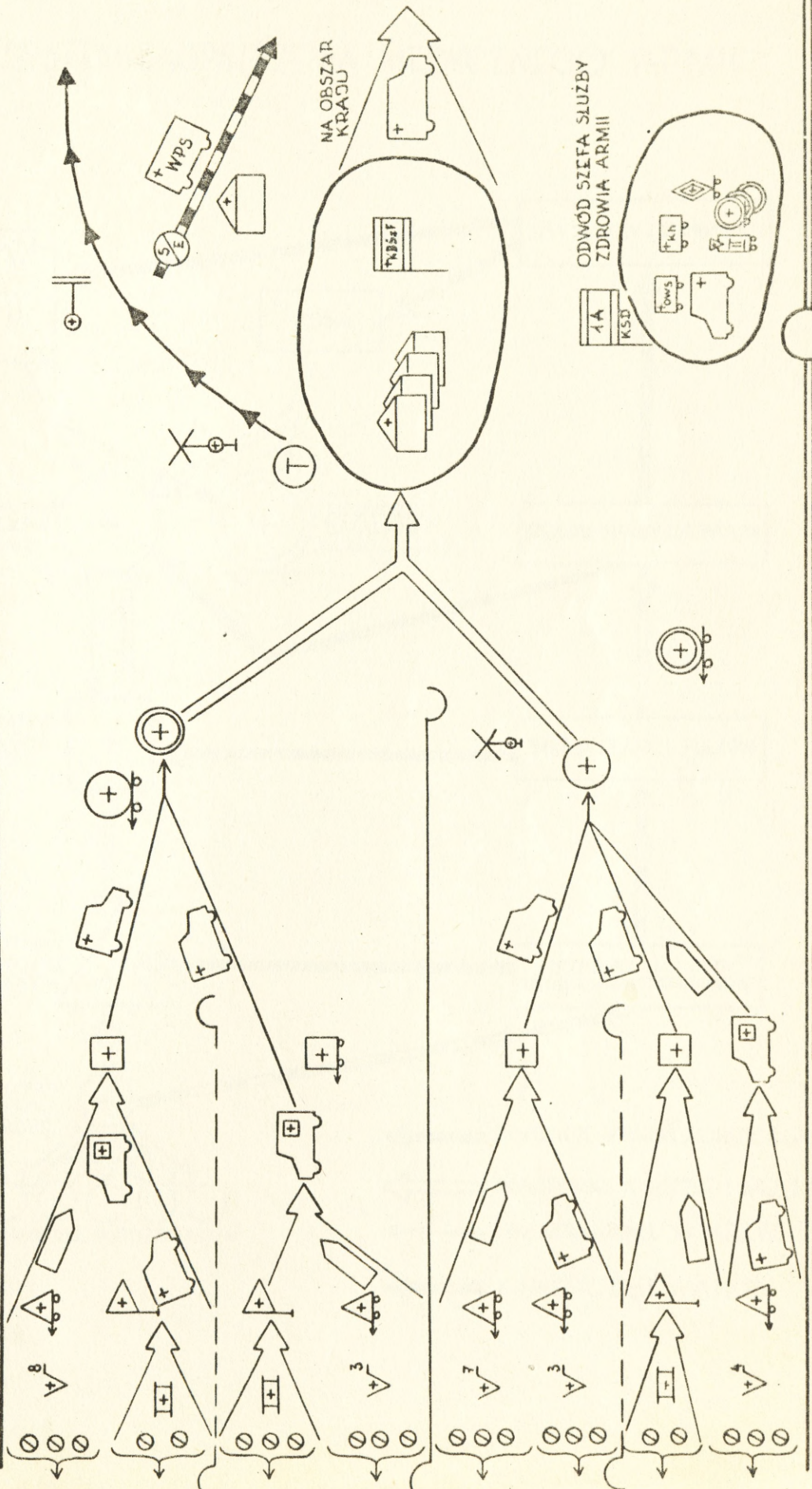
RODZAJ BRONI	średnio w ciągu dnia	w czasie operacji
KONWENCJONALNA	0,4 - 0,8	2,4 - 5,6
JĄDROWA	2,5 - 3,0	15,0 - 21,0
CHEMICZNA	0,5 - 0,6	3,0 - 4,2
BIOLOGICZNA	0,3 - 0,4	1,8 - 2,8
PROMIENIOWANIE RESZTKOWE	0,45 - 0,8	2,7 - 5,2
OGÓLEM PORAŻONYCH :	4,15 - 5,6	24,9 - 38,8
CHORZY	0,1 - 0,2	0,6 - 0,7
OSTRE STANY REAKTYWNE	0,1 - 0,2	0,6 - 1,4
OGÓLEM STRATY SANITARNE :	4,35 - 6,0	26,1 - 40,9

STRUKTURA STRAT SANITARNYCH WEDŁUG  
KATEGORII PORAŻEN /w % %/

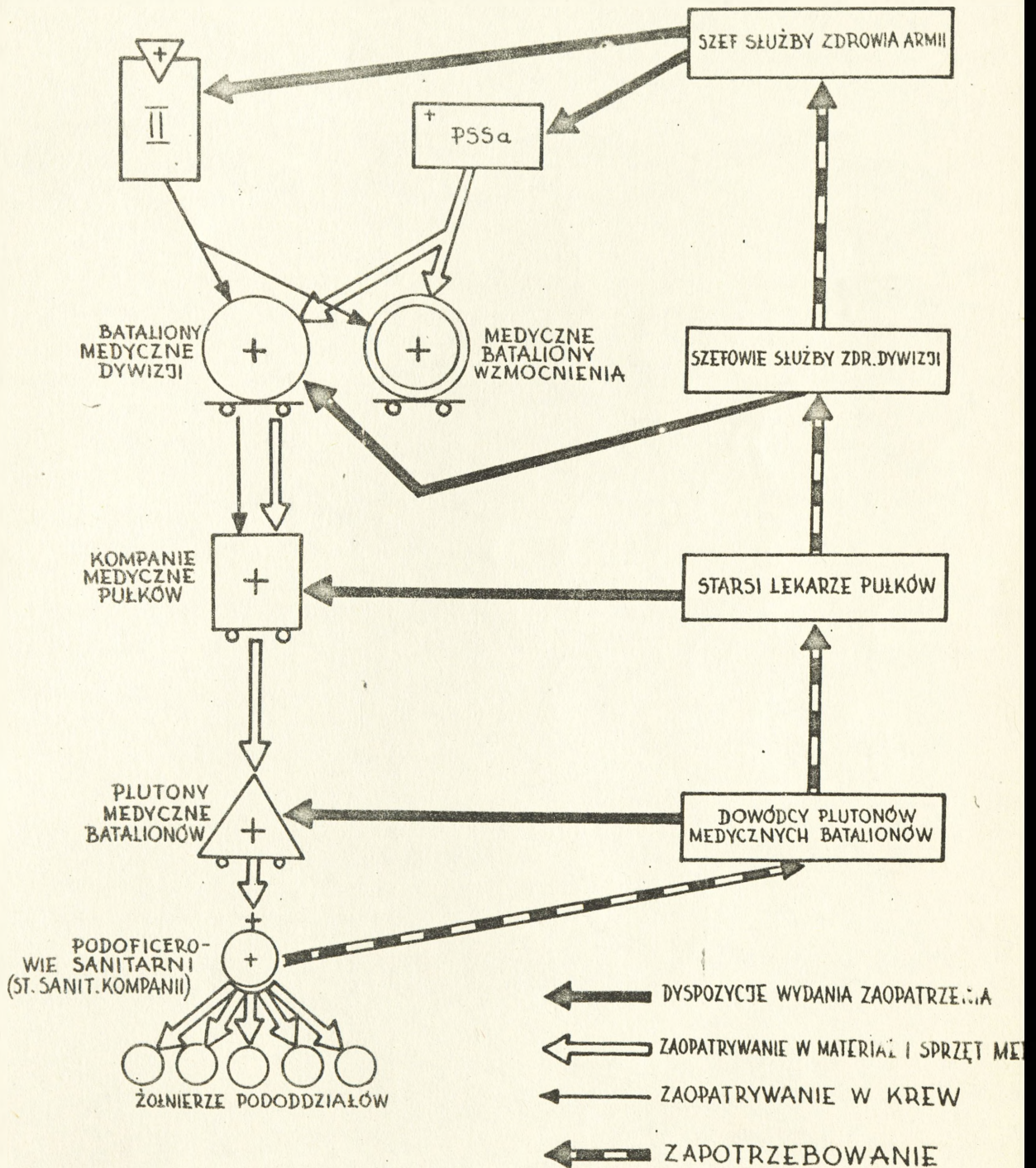
KATEGORIA PORAŻEŃ	RODZAJ BRONI				CHOROZY
	KONWENCJONALNA	JĄDROWA	CHEMICZNA	BIOLOGICZNA	
URAZY	90	5	-	-	-
OPARZENIA	5	20	-	-	-
KONTUZJE	5	5	-	-	-
POR.PROM.RESZTK.	-	10	-	-	-
<u>MIKSTY:</u>					
a/oparz.+ skaż.+ zatrucia subst.promieniotw.	-	35	-	-	-
b/oparz.+ skaż.+ zatrucia subst.promieniotw.+ urazy	-	15	-	-	-
c/urazy + skaż.+ zatrucia subst.promieniotw.	-	5	-	-	-
d/urazy + oparzenia	-	5	-	-	-
<u>PORAŻENIA ŚRODKAMI TRUJĄCYMI:</u>					
a/parzące	-	-	30	-	-
b/duszące	-	-	10	-	-
c/paralit.-drgawkowe	-	-	50	-	-
d/ogólnotoksyczne	-	-	10	-	-
<u>PORAŻENIA ŚRODKAMI BIOLOGICZNYMI:</u>					
a/toksyny	-	-	-	60	-
b/drobnoustroje chorobotwórcze	-	-	-	40	-
CHOROBY WEWNĘTRZNE	-	-	-	-	65
CHOROBY SKÓRNO-WENER.	-	-	-	-	10
CHOROBY NEUROLOGICZNO-PSYCHICZNE	-	-	-	-	10
CHOROBY ZAKAŻNE	-	-	-	-	10
INNE SCHORZENIA	-	-	-	-	5

# SCHEMAT ZABEZPIECZENIA LICZNICZO- EWAKACYJNEGO ARMII

POLE WALKI	BPM	PPM	DPM (mbw)	BSzF - SZPITALNE STACJONARNE OBSZARU KRAJU
PIERWSZA POM. POMOC PRZEDLEK.	PIERWSZA POM. LEKARSKA	POMOC KWALIFIKOWANA	POMOC SPECJALISTYCZNA	



# SYSTEM ZAOPATRZENIA MEDYCZNEGO ARMII





BIBLIOTEKA NAUKOWA ASG WP  
Archiwum Biuletynu Zbiorów Specjalnych

Nr ewid. \_\_\_\_\_

~~1~~ 40842

