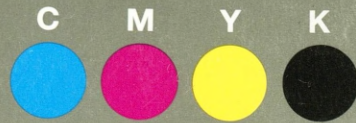


Grey Scale #13



DANES-PICTA.COM

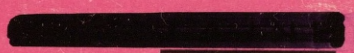
A 1 2 3 4 5 6 M 8 9 10 11 12 13 14 15 B 17 18 19



**AKADEMIA
SZTABU GENERALNEGO**
IM. GENERAŁA BRONI
KAROLA ŚWIERCZEWSKIEGO

0914
Zembicki

JAWNE



Egz. nr 1

ZASADY ORGANIZACJI
ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO
WOJSK NA SZCZEBLU TAKTYCZNYM

Podręcznik



55448

WARSZAWA CZERWIEC 1980





AKADEMIA
SZTABU GENERALNEGO

IM. GENERAŁA BRONI
KAROLA ŚWIERCZEWSKIEGO

JAWNE

Egz. nr 1

ZASADY ORGANIZACJI
ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO
WOJSK NA SZCZEBLU TAKTYCZNYM

Podręcznik

55448

WARSZAWA CZERWIEC 1980

WYDZIAŁ WOJSK LĄDOWYCH
KATEDRA TAKTYKI TYŁÓW

JAWNE

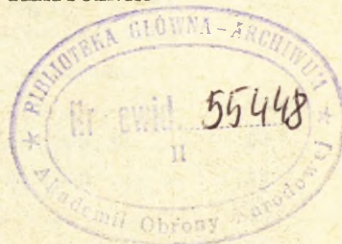
ASG WP uam. 3580/80

[REDACTED]
Egz.nr ... 1



ZASADY ORGANIZACJI ZABEZPIECZENIA
MEDYCZNEGO WOJSK NA SZCZEBŁU TAKTYCZNYM

Podręcznik



Janek

Eugenium Nowak

05.11.2007

Podręcznik został opracowany pod naukowym kierownictwem szefa Katedry Taktyki Tyłów ASG WP gen. bryg. Zbigniewa KAMIŃSKIEGO przez ppłk. lek. med. Bohdana GEMBICKIEGO z Katedry Taktyki Tyłów Wydziału Wojsk Lądowych

[Signature]

Warszawa - czerwiec 1980 r.

31 W A L



Zatwierdzam i wprowadzam do użytku
dla kadry naukowo-dydaktycznej i słuchaczy
Akademii Sztabu Generalnego WP podręcznik
"Zasady organizacji i zabezpieczenia medycy-
go wojsk na szczeblu taktycznym"

KOMENDANT
AKADEMII SZTABU GENERALNEGO WP

gen. broni Józef KAMIŃSKI

SPIS TREŚCI

C z ę ś ć p i e r w s z a

OGÓLNE ZASADY ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO

		Str.
Rozdział I.	Zasadnicze zadania i zasady organizacji służby zdrowia	11
Rozdział II.	Zasady organizacji zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego wojsk.	16
	1. Zasady ogólne	16
	2. Etapy ewakuacji medycznej	17
	3. Rodzaje pomocy medycznej	20
	4. Zakres pomocy medycznej	22
	5. Ewakuacja medyczna	23
Rozdział III.	Zasady organizacji zabezpieczenia sanitarnohigienicznego i przeciwepidemicznego wojsk	25
Rozdział IV.	Zasady zaopatrzenia medycznego wojsk ..	28
Rozdział V.	Charakterystyka strat sanitarnych	31
Rozdział VI.	Dowodzenie służbą zdrowia:	35
	1. Zasady ogólne	35
	2. Zasady planowania zabezpieczenia medycznego działań bojowych wojsk	37
	3. Dowodzenie w czasie działań bojowych	38

C z ę ś ó d r u g a

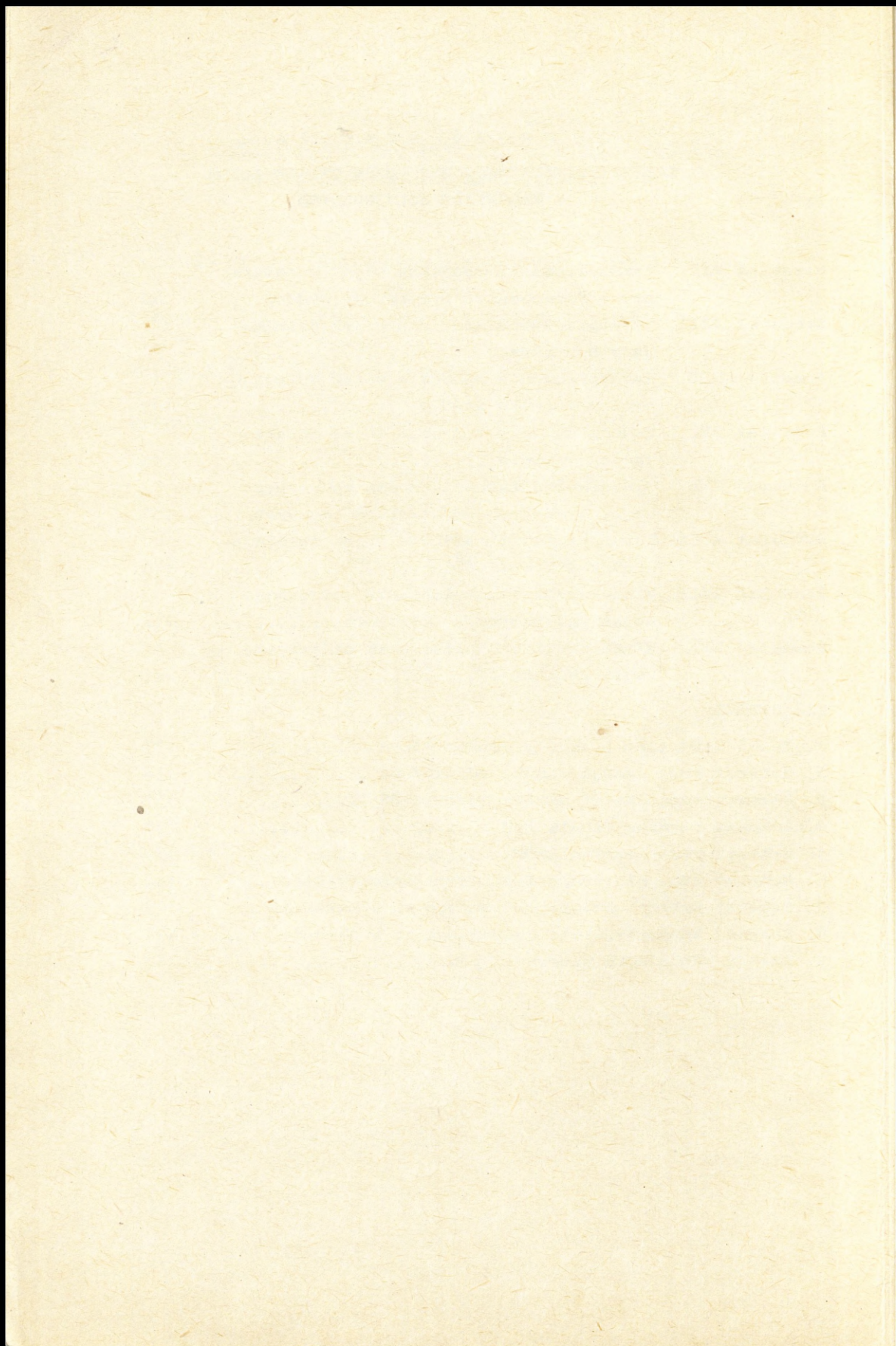
ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE ODDZIAŁU I ZWIĄZKU TAK-
TYCZNEGO W DZIAŁANIACH BOJOWYCH

	Str.
Rozdział VII.	Zabezpieczenie medyczne osiągnięcia gotowości bojowej 45
Rozdział VIII.	Zabezpieczenie medyczne wojsk w marszu 46
Rozdział IX.	Zabezpieczenie medyczne przewozu wojsk koleją 54
Rozdział X.	Zabezpieczenie medyczne pułku i dywizji w natarciu 56
	1. Ugrupowanie i rozmieszczenie pododdziałów i oddziałów służby zdrowia pułku i dywizji ... 57
	2. Manewr pododdziałami i oddziałami służby zdrowia pułku i dywizji 58
	3. Straty sanitarne 60
	4. Zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne: 62
	a. Kompania 62
	b. Batalion 62
	c. Pułk 64
	d. Dywizja 68
	e. Armia 78
Rozdział XI.	Zabezpieczenie medyczne pułku i dywizji w obronie 79

C z ę ś ć t r z e ś c i a

ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE WOJSK DZIAŁAJĄCYCH W WARUNKACH SZCZEGÓLNYCH

	Str.
Rozdział XII. Zabezpieczenie medyczne wojsk w natarciu z forsowaniem przeszkody wodnej ..	89
Rozdział XIII. Zabezpieczenie medyczne wojsk działających w górach	97
Rozdział XIV. Zabezpieczenie medyczne wojsk działających w terenie leśnym	103
Rozdział XV. Zabezpieczenie medyczne wojsk działających w zimie	106
Rozdział XVI. Właściwości zabezpieczenia medycznego wojsk w nocnych działaniach bojowych ..	110
Rozdział XVII. Zabezpieczenie medyczne wojsk działających w dużym mieście	113
Rozdział XVIII. Właściwości zabezpieczenia medycznego wojsk walczących w okrążeniu	118
Rozdział XIX. Właściwości zabezpieczenia medycznego wojsk desantu	122
ZAŁĄCZNIKI:	
1. Znaki taktyczne i skróty służby zdrowia	133
2. Schemat organizacji służby zdrowia pz	136
3. Schemat organizaoji służby zdrowia DZ	137
4. Schemat rozmieszczenia PPM	138
5. Schemat rozmieszczenia DPM	139
6. Schemat zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego	140
7. Schemat zabezpieczenia medycznego pz w natarciu ...	141
8. Schemat zabezpieczenia medycznego pz w obronie	142
9. Zasady udzielania pierwszej pomocy	143

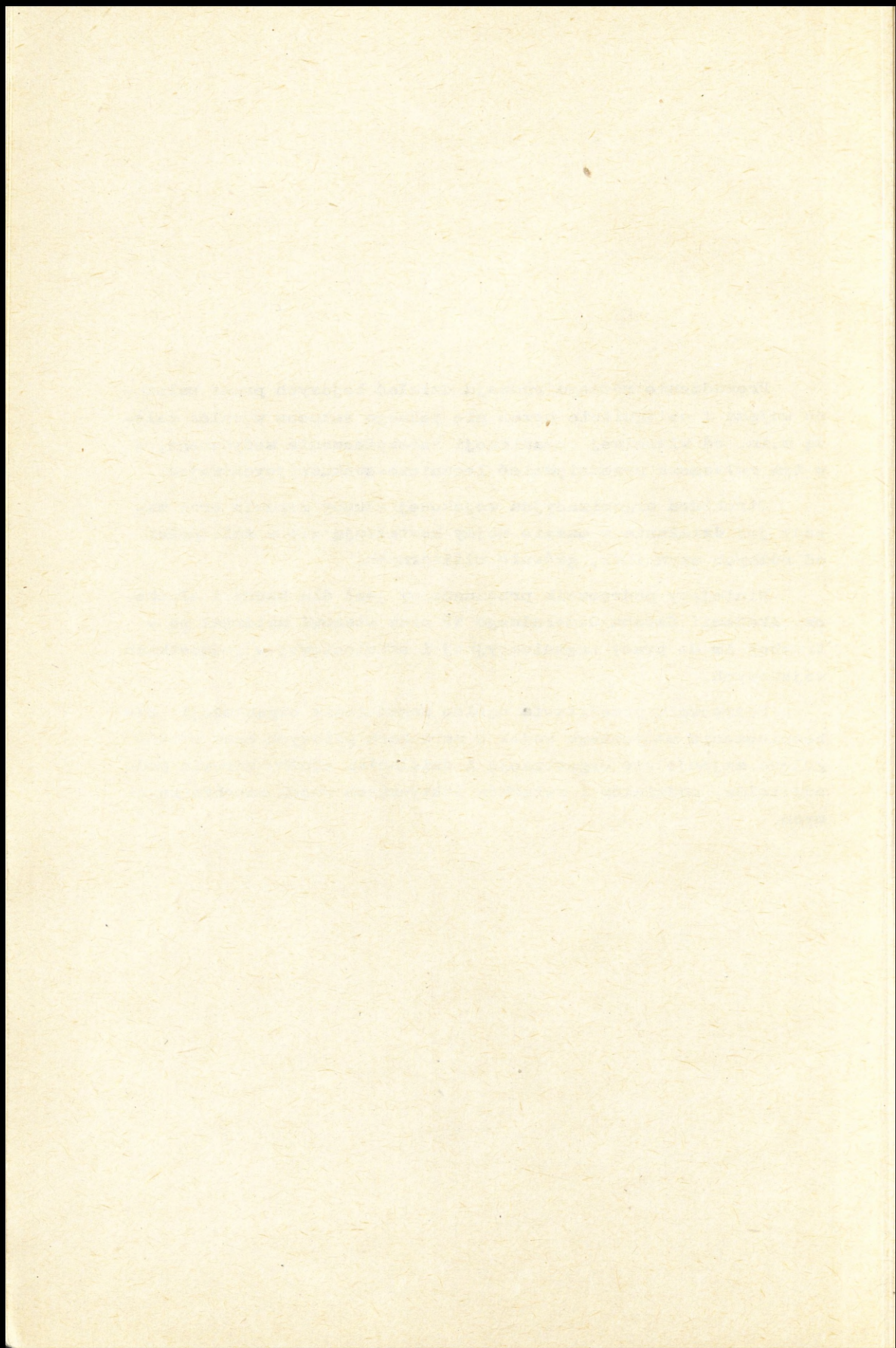


Prowadzenie różnego rodzaju działań bojowych przez waloczące wojska i osiągnięcie przez nie pełnego sukcesu w walce zależą m.in. od właściwej organizaoji zabezpieczenia medycznego, a w tym zwłaszcza przedsięwzięć leczniczo-ewakuacyjnych wojsk.

Struktura organizacyjna wojskowej służby zdrowia oraz zasady jej działania w czasie wojny kształtują się w zależności od różnych czynników, głównie militarnych.

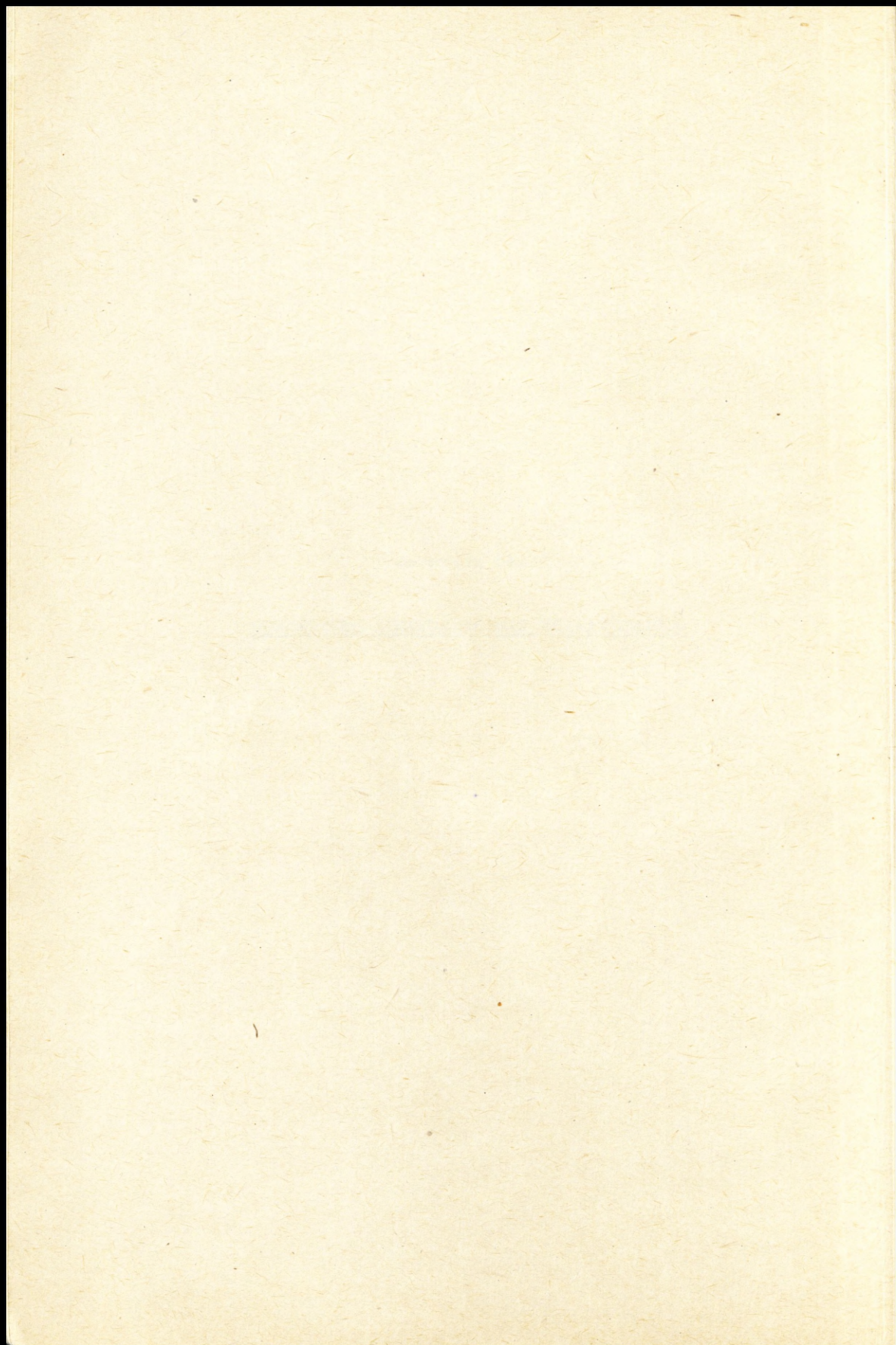
Niniejszy podręcznik przeznaczony jest dla kadry i słuchaczy Akademii Sztabu Generalnego WP oraz stanowi materiał potrzebny im do pracy organizacyjnej i szkoleniowej w jednostkach wojskowych.

Podręcznik przedstawia ogólne zagadnienia organizacji zabezpieczenia medycznego wojsk w warunkach polowych oraz szczegółowo zajmuje się organizacją i działaniem służby zdrowia pododdziałów, oddziałów i związków taktycznych wojsk zmeechanizowanych.



Część pierwsza

OGÓLNE ZASADY ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO



ROZDZIAŁ I

ZASADNICZE ZADANIA I ZASADY ORGANIZACJI SŁUŻBY ZDROWIA

Działalność wojskowej służby zdrowia we współczesnej wojnie przebiegać będzie w warunkach różniących się znacznie od tych, które występowały w dotychczasowych konfliktach zbrojnych.

Wojskowa służba zdrowia może racjonalnie zorganizować zabezpieczenie medyczne wojsk tylko przy dokładnej znajomości sytuacji bojowej warunkującej formy, zakres i charakter działania jednostek i urządzeń medycznych.

Wojskowa służba zdrowia pracuje w stale zmieniających się warunkach, wymagających odpowiedniego dostosowania form i metod jej działania do działań zaczepnych, obronnych, desantowych, odwrotowych oraz marszów i przegrupowań.

Istotną właściwością charakteryzującą warunki działania wojskowej służby zdrowia w czasie wojny jest masowość i różnorodność strat sanitarnych. Inną właściwością jest specyfika patologii obrażeń bojowych i zachorowań.

Istnieją duże różnice w przebiegu leczenia obrażeń wojennych i powstałych w czasie pokoju; jest to związane z niepowiśnymi warunkami środowiska zewnętrznego w czasie wojny oraz takimi czynnikami, jak: napięcie psychiczne i fizyczne, zmęczenie, nieregularne odżywianie, brak snu itp.

Nie bez znaczenia dla organizacji zabezpieczenia medycznego wojsk jest również zespół czynników medyczno-geograficznych występujących na danym TDW /np.: obszary górskie, podmiejskie, lasy itp./. Czynniki te mają wpływ zarówno na żołnierzy, jak i na działalność służby zdrowia.

Narażenie wszystkich etapów ewakuacji medycznej i środków

transportu sanitarnego na działanie nieprzyjaciela jest czyn -
nikiem, który musi być zawsze brany pod uwagę.

Charakter działań bojowych powoduje, że etapy ewakuacji
medycznej dywizji często zmieniają swoje rejony rozwinięcia,
łącząc jednocześnie wykonywanie zadań leczniczych z przegrup-
owaniem w nowy rejon. Stwarza to służbie zdrowia skomplikowa-
ne warunki działania i wpływa utrudniająco na wykonywanie za-
dań.

W warunkach współczesnej wojny przed wojskową służbą zdro-
wia stoją następujące podstawowe zadania:

- organizacja i realizacja przedsięwzięć leczniczo-ewakuacyj-
nych związanych z udzielaniem we właściwym czasie pomocy me-
dycznej i leczeniem porażonych i chorych żołnierzy, w połą-
czeniu z ewakuacją i ochroną ich życia oraz przywróceniem im
zdolności do służby wojskowej;
- zapobieganie powstawaniu i szerzeniu się wśród żołnierzy za-
chorowań, zwłaszcza zakaźnych, oraz utrzymanie stanu zdrowot-
nego wojsk na wysokim poziomie zapewniającym im pełną zdol-
ność bojową;
- organizowanie systematycznej kontroli medycznej warunków by-
towych i stanu sanitarnohigienicznego wojsk w celu zachowa-
nia zdrowia żołnierzy;
- analizowanie warunków powstawania obrażeń bojowych oraz do-
świadczeń organizacji zabezpieczenia medycznego oddziałów i
związków taktycznych w różnych warunkach działań bojowych
wojsk.

Straty w ludziach, ponoszone przez walczące wojska, wyma-
gają stałego ich uzupełniania. Może to być realizowane drogą
mobilizacji poborowych lub też powrotu porażonych do walczą-
cych szeregów. Realizacja drugiego sposobu zależy przede wszy-
stkim od sprawnego funkcjonowania wojskowej służby zdrowia w
polu.

W warunkach wojny bardzo ważnym zagadnieniem jest przeciw-
epidemiczna osłona wojsk. Waga problemu wynika nie tylko z mo-
żliwości stosowania przez nieprzyjaciela broni biologicznej,
ale przede wszystkim z następstw użycia środków masowego raże-
nia. Główne z nich to: gwałtowne pogorszenie stanu sanitarnego
i epidemicznego wojsk i terenu, obniżenie odporności żołnierzy,

masowe epidemie wśród ludności cywilnej - spotęgowane dodatkowo jej migracją. Postępowanie leczniczo-zapobiegawcze pozwala w pewnym stopniu złagodzić te niepożądane skutki.

Na służbę zdrowia związku taktycznego nałożona zostaje poważna część zadań realizowanych przez całą służbę zdrowia wojsk operacyjnych. Zadania wykonywane przez służbę zdrowia związku taktycznego mają bardzo istotne znaczenie w całokształcie zabezpieczenia medycznego działań bojowych wojsk. Ich realizacja przebiega w trudnych warunkach z powodu bezpośredniej styczności i oddziaływania nieprzyjaciela.

Do podstawowych zadań służby zdrowia dywizji należą:

- zapewnienie porażonym i chorym żołnierzom pomocy medycznej, od pierwszej pomocy do kwalifikowanej pomocy medycznej włącznie;
- ewakuacja porażonych i chorych z pola walki do punktów medycznych oddziałów dywizji i dywizyjnego punktu medycznego;
- zapobieganie powstawaniu i szerzeniu się wśród żołnierzy chorób, zwłaszcza zakaźnych, oraz utrzymanie stanu zdrowotnego wojsk na wysokim poziomie, zapewniającym pełną zdolność bojową;
- uzupełnianie zużytych materiałów medycznych indywidualnego wyposażenia żołnierzy;
- szkolenie stanu osobowego w zakresie udzielania pierwszej pomocy i zasad profilaktyki w polu.

Służba zdrowia wchodzi w skład pionu kwatermistrzowskiego. Jej organem kierowniczym jest Szefostwo Służby Zdrowia, wchodzące w skład Głównego Kwatermistrzostwa WP. Służba zdrowia związków operacyjnych dysponuje różnego typu jednostkami przeznaczonymi do wykonywania zadań leczniczych, przeciwepidemicznych, ewakuacyjnych, zaopatrzeniowych i innych.

Służba zdrowia związków taktycznych dysponuje pododdziałami lub oddziałami medycznymi - na poszczególnych szczeblach dowodzenia: od batalionu do dywizji włącznie - które realizują wszystkie zadania zabezpieczenia medycznego działań bojowych.

Szefowie służby zdrowia /starsi lekarze, lekarze/ na poszczególnych szczeblach dowodzenia podporządkowani są służbowo: do szczebla pułku - dowódcom, a od szczebla dywizji wzwyż - kwatermistrzom odnośnego poziomu dowodzenia. Natomiast pod

względem fachowym podlegają szefom służby zdrowia /starszym lekarzom/ wyższego szczebla dowodzenia.

Schemat organizacji służby zdrowia wojsk operacyjnych:

Szczebel organizacyjny	Dowodzi służbą	Jednostki służby zdrowia
Front	Szef służby zdrowia frontu	bazy szpitalne frontu, jednostki: lecznicze, ewakuacyjne, zaopatrzeniowe, przeciwepidemiczne, weterynaryjne
Armia	Szef służby zdrowia armii	jednostki: lecznicze, ewakuacyjne, zaopatrzeniowe, przeciwepidemiczne, weterynaryjne
Dywizja	Szef służby zdrowia dywizji	batalion medyczny /kompania medyczna/
Pułk	Starszy lekarz pułku	kompania medyczna /pluton medyczny/
Batalion	Dowódca drużyny sanitarnej	drużyna sanitarna
Kompania	Sanitariusz	-

Zgodnie z obowiązującą na czas wojny strukturą organizacyjną: w kompanii piechoty zmotoryzowanej przewiduje się etat sanitariusza; w batalionie piechoty zmotoryzowanej i batalionie ozołgów /pz/ - drużynę sanitarną; w pułku zmechanizowanym i pułku ozołgów - kompanię medyczną rozwijającą pułkowy punkt medyczny; w dywizji zmechanizowanej i pancерnej - batalion medyczny rozwijający w czasie działań bojowych dywizyjny punkt medyczny.

W oddziałach artyleryjskich, raketowych, technicznych i innych przewiduje się plutony medyczne, zapewniające pierwszą pomoc lekarską /dowódcą plutonu medycznego - lekarz/; w związkach taktycznych artylerii i wojsk desantowych - kompanię medyczną zapewniającą udzielanie kwalifikowanej pomocy medycznej /odpowiadającą funkcjonalnie batalionowi medycznemu dywizji zmechanizowanej/.

Szef służby zdrowia armii ogólnowojskowej dysponuje jednostkami przeznaczonymi przede wszystkim do zabezpieczenia kwalifikowanej pomocy medycznej i manewru w rejonie taktycznym.

Do zasadniczych jednostek znajdujących się w dyspozycji szefa służby zdrowia armii należą:

- medyczne bataliony wzmocnienia;
- Oddziały Zabezpieczenia Medycznego;
- batalion przeciwepidemiczny;
- kompanie samochodów sanitarnych;
- kompanie hospitalizacyjne;
- stacja krwiodawstwa II kategorii;
- polowy skład sanitarny /w RBA/;
- ruchoma grupa weterynaryjna /w RBA/.

Większość jednostek medycznych szczebla operacyjnego posiada w czasie pokoju jedynie swoje załączki.

Rozdział II

ZASADY ORGANIZACJI ZABEZPIECZENIA LECZNICZO-EWAKUACYJNEGO WOJSK

1. Zasady ogólne

Zabezpieczenie medyczne wojsk obejmuje całokształt czynności leczniczych, profilaktycznych, zaopatrzeniowych, ewakuacyjnych i szkoleniowych realizowanych przez wojskową służbę zdrowia w odniesieniu do zdrowych i porażonych /chorych/ żołnierzy.

Zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne walczących wojsk jest jednym z zasadniczych elementów zabezpieczenia medycznego i stanowi zespół czynności realizowanych przez wojskową służbę zdrowia w odniesieniu do porażonych i chorych żołnierzy. Wymieniony zespół czynności obejmuje udzielanie pomocy medycznej i leczenie połączone z ewakuacją żołnierzy do wyznaczonych wskazaniami lekarskimi etapów ewakuacji medycznej.

W postępowaniu leczniczo-ewakuacyjnym obowiązuje system leczenia etapowego z ewakuacją według wskazań. Polega on na przeprowadzeniu we właściwym czasie kolejnych czynności leczniczych na etapach ewakuacji medycznej w połączeniu z ewakuacją porażonych i chorych do szpitali polowych zgodnie ze wskazaniami lekarskimi.

Istotą tego systemu leczenia jest rozdzielenie działalności personelu leczniczego na szereg czynności wykonywanych na poszczególnych etapach ewakuacji medycznej.

Doktryna wojskowo-medyczna określa udzielanie pomocy medycznej w sposób następujący:

- szczebel kompanii - pierwsza pomoc;

- szczebel batalionu - pomoc przedlekarska;
- " pułku - pierwsza pomoc lekarska;
- " dywizji - kwalifikowana pomoc medyczna;
- " frontu - specjalistyczna pomoc medyczna.

Dla zapewnienia właściwego funkcjonowania systemu leczenia etapowego z ewakuacją według wskazań nieodzowne jest przestrzeganie podstawowych zasad postępowania leczniczo-ewakuacyjnego. Należą do nich:

- kolejność w przeprowadzaniu czynności leczniczych;
- następowość czynności leczniczych;
- właściwy czas udzielania pomocy medycznej od chwili powstania obrażenia czy zachorowania.

Kolejność w przeprowadzaniu czynności leczniczych jest to sukcesywne rozszerzanie rodzaju i zakresu czynności leczniczych na kolejnych etapach ewakuacji medycznej.

Następowość czynności leczniczych jest to przestrzeganie ustalonych doktrynalnie metod leczenia. Osiąga się ją przez jednolite pojmowanie procesów patologicznych zachodzących w organizmie porażonego /chorego/ oraz przez jednolite metody profilaktyki i leczenia.

Właściwy czas udzielania pomocy medycznej na polu walki i na kolejnych etapach ewakuacji medycznej, liczony od chwili porażenia, często decyduje o uratowaniu życia porażonym oraz zapobiega rozwojowi powikłań i tym samym stwarza lepsze warunki leczenia.

Przy uwzględnieniu, że system leczenia etapowego przewiduje rozdzielenie całości leczenia porażonego na kilka etapów, istnieje konieczność, aby lekarze każdego etapu ewakuacji medycznej wiedzieli, co stwierdzono u porażonego i jakie zabiegi wykonano w poprzednim punkcie medycznym. Osiąga się to przez prowadzenie dokumentacji medycznej. Jest nią karta ewakuacyjna - historia choroby, znajdująca się bez przerwy przy porażonym aż do osiągnięcia końcowego etapu leczenia.

2. Etapy ewakuacji medycznej

System leczenia etapowego z ewakuacją według wskazań przewiduje istnienie następujących etapów ewakuacji medycznej:

- batalionowy punkt medyczny /w sprzyjających warunkach/;

- pułkowy punkt medyczny;
- dywizyjny punkt medyczny;
- baza szpitalna frontu;
- szpitale obszaru kraju.

Pod pojęciem etapu ewakuacji medycznej rozumie się rozwinięty w odpowiednio przygotowanym rejonie, przy drogach ewakuacji, punkt medyczny lub urządzenie służby zdrowia /szpital polowy, zgrupowanie szpitali/ przeznaczone do przyjmowania porażonych i chorych oraz udzielania im pomocy medycznej.

Rejon rozwinięcia etapu ewakuacji medycznej powinien charakteryzować się:

- odpowiednią powierzchnią;
- obecnością źródła wody;
- dogodnym układem dróg;
- zapewnieniem maskowania;
- łatwością obrony i ochrony;
- położeniem z dala od obiektów, które mogą służyć jako cel napaści nieprzyjaciela.

Punkty medyczne powinny znajdować się na takich kierunkach, które pozwalają na współdziałanie z innymi elementami tyłowymi pułku i dywizji oraz wykorzystanie środków transportu ogólnowojskowego do ewakuacji medycznej.

Zasadniczym kryterium określenia odległości rozwinięcia punktu medycznego od pola walki jest czas potrzebny na dotarcie porażonych do tego etapu /nie ma tu więc głównego znaczenia odległość od pola walki/.

Wymogi medyczne dyktują konieczność udzielania pierwszej pomocy lekarskiej w pułkowym punkcie medycznym nie później niż w 3-4 godziny od chwili porażenia, a kwalifikowanej pomocy medycznej w dywizyjnym punkcie medycznym - do 4-6 godzin.

Ideowy schemat etapu ewakuacji medycznej obejmuje:

- oddział /izbę/ segregacyjno-ewakuacyjny;
- punkt /plac/ zabiegów sanitarnych;
- izolator;
- oddział operacyjno-opatrunkowy /izba opatrunkowa/;
- oddział szpitalny /tylko w DPM/.

Etapy ewakuacji medycznej rozwija się głównie w budynkach lub namiotach, niekiedy w ziemiankach lub schronach.

Każdy punkt medyczny powinien być rozwinięty z uwzględnieniem możliwości przyjęcia dużej liczby porażonych.

Przy masowych stratach należy łączyć oddział ewakuacyjny z oddziałem przyjęć i segregacji, ze względu na fakt, że tylko niewielki odsetek porażonych będzie kierowany do innych oddziałów punktu dla udzielenia pomocy, większość natomiast podlegać będzie bezpośrednio dalszej ewakuacji.

W ramach oddziału segregacyjno-ewakuacyjnego organizuje się posterunek rozdzielczy /rozdział potoku porażonych, kontrola skażeń promieniotwórczych i chemicznych/ oraz plac wstępnej segregacji.

Manewrowy charakter działań bojowych zmusza do częstej zmiany miejsca rozwinięcia punktów medycznych dywizji. W związku z tym ich organizacja i wyposażenie są przystosowane do częstego przegrupowania. Przegrupowanie etapu ewakuacji medycznej odbywa się najczęściej całością, rzadziej rzutami. Przegrupowanie w dwóch rzutach zmniejsza wydajność pracy punktu a dokonywane jest przez wysunięcie w pierwszej kolejności części oddziałów /przyjęć i segregacji, zabiegów sanitarnych, opatrunkowych czy operacyjnych na samochodach/ do nowego rejonu, przy pozostawieniu reszty punktu na poprzednim miejscu i dołączeniu tej części, po zakończeniu pracy, do elementów znajdujących się już w nowym rejonie.

Przy rozwijaniu etapu ewakuacji medycznej w nowym rejonie, w pierwszej kolejności urządzi się te oddziały, które są nie - zbędne do przyjmowania porażonych i chorych oraz udzielania im pomocy leczniczej, a dopiero później pozostałe. Najpierw więc rozwija się pododdziały przyjęć, zabiegów sanitarnych i operacyjno-opatrunkowe, potem szpitalne i inne.

W działaniach zaczepnych w pododdziałach, oddziałach i związkach taktycznych etapy ewakuacji medycznej rozwija się pomiędzy pierwszym i drugim rzutem, natomiast w działaniach obronnych - za drugim rzutem ugrupowania bojowego.

W działaniach zaczepnych istotnym zagadnieniem staje się problem odległości między rejonem walk a punktami medycznymi. Ustala się ją przez ściśle ze sobą powiązane manewrowanie punktami medycznymi i transportem sanitarnym. Nieczęsty manewr punktami medycznymi w warunkach dużego tempa natarcia wydłuża znacznie ramię ewakuacji i na odwrót - częsty manewr skraca je.

W pierwszym przypadku należy dysponować dużą liczbą środków transportowych, w drugim - zwiększoną na każdym szczeblu liczbą punktów medycznych, którymi można zabezpieczyć całą głębokość natarcia.

Urzutowanie etapów ewakuacji medycznej związku taktycznego:

Element służby zdrowia	Rejon działania	Etap ewakuacji medycznej	Rodzaj pomocy, czas przybycia porażonego	Odległość od walczących wojsk w km	
				Natarcie	Obrona
Sanitariusz	Pole walki	Punkt zbiórki porażonych	Pierwsza pomoc	Bezpośrednio	Bezpośrednio
Drużyna sanitarna	Rejon batalionu	Batalionowy punkt medyczny /bpm/x/	Pomoc przedlekarska /15' - 1 ^h /	0,5-1,5	0,5-1,5
Kompania medyczna	Rejon pułku	Pułkowy punkt medyczny /PPM/	Pierwsza pomoc lekarska /3 ^h - 4 ^h /	5-8	15-20
Batalion medyczny	Rejon dywizji	Dywizyjny punkt medyczny /DPM/	Kwalifikowana pomoc medyczna /4 ^h - 6 ^h /	10-15	do 30
Medyczny batalion wzmocnienia ^{xx/}	Rejon dywizji	Rozwinięty medyczny batalion wzmocnienia/rozw. mbw/	Kwalifikowana pomoc medyczna /4 ^h - 6 ^h /	10-15	do 30

x/ tylko w sprzyjających warunkach
xx/ jako wzmocnienie dywizji.

3. Rodzaje pomocy medycznej

Dla każdego etapu ewakuacji medycznej określony jest rodzaj udzielanej pomocy. Przyjęto następujący podział pomocy medycznej: pierwsza pomoc, pomoc przedlekarska, pierwsza pomoc lekarska, kwalifikowana i specjalistyczna pomoc medyczna.

Pierwszej pomocy udziela się w zasadzie w formie samopomocy i pomocy wzajemnej w miejscu porażenia, bezpośrednio na

polu walki albo w rejonie masowych strat. W sprzyjających warunkach pomocy tej udziela sanitariusz kompanii lub drużyna sanitarna batalionu. Po udzieleniu pierwszej pomocy porażonych gromadzi się w punktach zbiórki porażonych /gniazdach rannych/ w celu zabezpieczenia ich przed powtórny zranieniem oraz ułatwienia przyjęcia przez drużynę sanitarną batalionu lub inny pododdział medyczny.

Pomocy przedlekarskiej udziela drużyna sanitarna. Wszystkich porażonych z rejonu batalionu ewakuuje się do pułkowego punktu medycznego.

W PPM porażony otrzymuje pomoc lekarską, która powinna być udzielona w czasie około 4 godzin od chwili powstania porażenia.

Następnie ewakuuje się porażonych do dywizyjnego punktu medycznego /rozw. mbw/ w celu udzielenia kwalifikowanej pomocy medycznej. Pomoc ta powinna być udzielona w czasie 4 do 6 godzin po porażeniu.

Pierwsza pomoc lekarska ma na celu podtrzymać czynności życiowe organizmu porażonego czy chorego oraz przeciwdziałać powikłaniom.

Kwalifikowana pomoc medyczna obejmuje wykonanie zabiegów chirurgicznych i internistycznych, prowadzenie czynności przeciwstrząsowych i reanimacyjnych, wykonywanie całkowitych zabiegów sanitarnych, czasową hospitalizację niezdolnych do transportu i inne.

Punkty udzielające kwalifikowanej pomocy medycznej muszą zabezpieczyć niezbędną pomoc tym wszystkim porażonym, którzy wymagają jej ze wskazań życiowych, to jest tym, u których odroczenie pomocy może stać się przyczyną śmierci. Dywizyjne punkty medyczne dysponują potrzebną w tym względzie kadrą lekarską /chirurdzy, interniści i inni specjaliści/, wyposażeniem technicznym i medycznym.

W szczególnych sytuacjach rodzaj pomocy medycznej udzielanej w PPM i DPM może być obniżony o jeden szczebel /w PPM - pomoc przedlekarska, w DPM - pierwsza pomoc lekarska/.

Dalszym etapem dla zasadniczej części porażonych i chorych są szpitale polowe zgrupowane w bazach szpitalnych frontu/BSzF/ rozmieszczonych w strefie tyłowej armii i obszarze tyłów frontu. Odbyna się tu leczenie specjalistyczne.

Nieliczna grupa niezdolnych do transportu /ok. 5-10% ogółu porażonych/, którzy czasowo zostaną zatrzymani w punktach medycznych związków taktycznych, po kilku dniach będzie wyewakuowana do szpitali polowych.

Rola szpitali obszaru kraju, stanowiących ostatni etap dla części porażonych i chorych żołnierzy, sprowadza się do zapewnienia im długotrwałego leczenia i rehabilitacji.

4. Zakres pomocy medycznej

Zakresem pomocy medycznej nazywamy całokształt czynności leczniczo-profilaktycznych wykonanych na danym etapie ewakuacji medycznej zgodnie ze wskazaniami lekarskimi przy uwzględnieniu sytuacji bojowej i medycznej.

Zakres pomocy medycznej udzielanej w PPM i DPM /rozw.mbw/ nie jest niezmienny. Pierwsza pomoc lekarska i kwalifikowana pomoc medyczna mogą być udzielane w pełnym zakresie lub w zakresie ograniczonym.

W grupie czynności leczniczych są takie, które ratują życie porażonym i chorym i te muszą być przeprowadzone w każdych warunkach. Poza nimi są jednak czynności, których wykonanie można, bez szkody dla zdrowia i życia porażonego, przeprowadzić na kolejnym etapie ewakuacji medycznej.

Na zakres pomocy medycznej wywiera wpływ głównie sytuacja bojowa oraz sytuacja medyczna. Pod pojęciem sytuacji medycznej rozumie się liczbę i strukturę strat sanitarnych oraz możliwości etapu ewakuacji medycznej udzielającego pomocy.

Na zakres pomocy wpływa również liczba i jakość środków transportu sanitarnego oraz odległość do następnego kolejnego etapu ewakuacji medycznej. Przy niedostatku środków transportu, ewakuacja porażonych opóźnia się, porażeni nie trafiają do kolejnego etapu we właściwym czasie, a więc muszą oni otrzymać pomoc medyczną w pełnym zakresie.

Zabiegi pierwszej pomocy lekarskiej ze względu na pilność wykonania dzielą się na dwie grupy:

- zabiegi nieodzowne do wykonania w stanach zagrażających życiu porażonego;
- zabiegi, które mogą być odroczone do czasu ewakuacji porażonego do DPM /rozw. mbw/.

Zabiegi kwalifikowanej pomocy chirurgicznej ze względu na pilność ich wykonania dzielą się na trzy grupy:

- zabiegi wykonywane ze wskazań życiowych, niewykonanie ich w DPM /rozv. mbw/ grozi utratą życia;
- zabiegi chirurgiczne, które w szczególnie trudnej sytuacji taktyczno-medycznej muszą być odroczone, choć niewykonanie ich grozi porażonemu ciężkimi powikłaniami;
- zabiegi chirurgiczne, które mogą być odroczone do czasu przybycia porażonego do BSzF, bez większego zagrożenia ciężkimi powikłaniami.

Przy stosunkowo niewielkim napływie porażonych na etapach ewakuacji medycznej dywizji wykonuje się maksimum tego, co jest przewidziane do wykonania zgodnie z przeznaczeniem danego etapu. Przy napływie większej liczby porażonych należy ograniczyć zakres pomocy.

W pierwszym przypadku mówimy o pełnym zakresie pomocy medycznej, a w drugim - o ograniczonym do wskazań życiowych.

Zakres pomocy medycznej w konkretnych warunkach ustala szef służby zdrowia wyższego szczebla.

5. Ewakuacja medyczna

Ewakuacja medyczna jest czynnością wymuszoną i stosuje się ją w wyniku niemożności zapewnienia w czasie działań bojowych leczenia porażonych i chorych w pobliżu miejsca porażenia czy zachorowania. Musi ona zapewnić wyniesienie i wywiezienie porażonych z rejonu działań bojowych i dostarczenie ich do punktów medycznych zapewniających pomoc odpowiadającą charakterowi obrażenia.

W zasadzie wyższy szczebel służby zdrowia odpowiada za ewakuację porażonych z etapów niższego szczebla /ewakuacja "na siebie"/, co nie wyklucza jednak w określonych warunkach prowadzenia ewakuacji transportem etapów niższego szczebla do etapów wyższego szczebla /ewakuacja "od siebie"/.

Do ewakuacji wykorzystuje się różnego rodzaju środki transportu sanitarnego, ogólnowojskowego oraz kwatermistrzowskiego.

Wojskowy transport sanitarny można podzielić na lądowy, powietrzny i morski.

Transport lądowy obejmuje sanitarne transportery opance -

rzony, samochody sanitarne, autobusy sanitarne i pociągi sanitarne.

Lotnicze środki transportowe obejmują samoloty i śmigłowce.

Morskie środki transportowe to motorówki sanitarne, kutry /łodzie/ sanitarne oraz statki i okręty sanitarne /szpitalne/.

Rozdział III

ZASADY ORGANIZACJI ZABEZPIECZENIA SANITARNOHIGIENICZNEGO I PRZECIWEPIDEMICZNEGO WOJSK

Działalność profilaktyczna służby zdrowia musi być wspomagana przez dowództwa i aparat kwatermistrzowski oraz znajdować zrozumienie u wszystkich żołnierzy.

Zabezpieczenie sanitarnohigieniczne stanowi zespół przedsięwzięć, których celem jest utrzymanie wysokiej sprawności psychofizycznej żołnierzy oraz zapobieganie powstawaniu i szerzeniu się chorób, zwłaszcza zakaźnych, wśród wojsk.

Przedsięwzięcia przeciwepidemiczne mają na celu zapobieganie powstawaniu chorób zakaźnych wśród żołnierzy, a w wypadku ich powstania - niedopuszczanie do ich rozprzestrzeniania się.

Szef służby zdrowia /starszy lekarz/ powinien dobrze znać aktualny stan sanitarnohigieniczny i epidemiczny wojsk i rejonu ich rozmieszczenia oraz rejonu przyszłych działań bojowych.

Stan sanitarno-epidemiczny wojsk i rejonu ich rozmieszczenia może być określony jako: pomyślny, niepewny, niepomyślny i nadzwyczajny.

Stan sanitarno-epidemiczny oddziału wojskowego jest pomyślny, gdy nie stwierdza się przypadków ostrych chorób zakaźnych lub gdy przy dobrym stanie sanitarnohigienicznym występują tylko pojedyncze przypadki tych chorób, nie powiązane ze sobą. Sytuacja taka ma miejsce w warunkach niestosowania przez nieprzyjaciela broni biologicznej w rejonie działania wojsk.

Stan sanitarno-epidemiczny jednostki wojskowej jest nie-
pewny, gdy:

- w pomyślnym stanie sanitarno-epidemicznym wojsk wystąpiły pojedyncze przypadki ostrych chorób zakaźnych ściśle ze sobą związanych;
- jednocześnie wystąpiły zbiorowe zachorowania zakaźne bez tendencji do rozprzestrzeniania się;
- wojska rozmieszczone są w rejonie o stanie sanitarno-epidemicznym niepewnym lub niepomyślnym;
- w rejonie działania sąsiednich jednostek wojskowych istnieją zlokalizowane ogniska zakażenia środkami biologicznymi.

Stan sanitarno-epidemiczny rejonu działania jednostki wojskowej jest niepewny, gdy:

- wśród ludności miejscowej wystąpiły pojedyncze lub masowe ostre choroby zakaźne związane między sobą przyczynowo;
- wśród zwierząt lub gryzoni ujawniono epizootię niebezpieczną dla człowieka /brucelloza, tularemia/;
- rejon znajduje się w bezpośredniej bliskości ogniska epidemicznego lub istnieją w nim ogniska zakażenia środkami biologicznymi.

Stan sanitarno-epidemiczny jednostki wojskowej jest nie-
pomyślny, gdy:

- wystąpiły masowo ostre choroby zakaźne z tendencją do szerzenia się i pojedyncze zachorowania na choroby zakaźne szczególnie niebezpieczne;
- w rejonie działania sąsiednich jednostek wojskowych występują ogniska chorób zakaźnych szczególnie niebezpiecznych;
- przeciwko jednostce wojskowej użyto broni biologicznej.

Stan sanitarno-epidemiczny rejonu działania jednostki wojskowej jest niepomyślny, gdy ilość ostrych chorób zakaźnych wśród miejscowej ludności narasta lub wykryto pojedyncze zachorowania na choroby zakaźne szczególnie niebezpieczne.

Stan sanitarno-epidemiczny jednostki wojskowej jest na-
dwyczajny, gdy:

- wzrasta w krótkim czasie liczba ostrych chorób zakaźnych, wskutek czego jednostka wojskowa traci zdolność do prowadzenia działań bojowych;
- stwierdzi się zachorowania na choroby zakaźne szczególnie niebezpieczne /dżumę, cholerę, ospę prawdziwą/;

- po użyciu przez nieprzyjaciela broni biologicznej, wykryto u chorych żołnierzy drobnoustroje dżumy, cholery lub ospy prawdziwej.

Stan sanitarno-epidemiczny rejonu rozmieszczenia /działania/ związku taktycznego /oddziału/ określa się jako nadzwyczajny, gdy:

- wśród ludności miejscowej wybuchła epidemia ostrych chorób zakaźnych niebezpiecznych dla wojsk;
- występują grupowe zachorowania na dżumę, cholere lub ospę prawdziwą.

W oddziałach wojskowych czynności profilaktyczne prowadzone są przez cały personel służby zdrowia. W związkach taktycznych powyższe czynności przeprowadza pluton specjalny batalionu medycznego. Na wyższych szczeblach znajdują się wyspecjalizowane jednostki służby zdrowia, przeznaczone wyłącznie do realizacji przedsięwzięć przeciwepidemicznych /batalion przeciwepidemiczny, polowy szpital zakaźny/ oraz lekarze epidemiolodzy wchodzący w skład szefostw służby zdrowia armii i frontu.

Rozdział IV

ZASADY ZAOPATRZENIA MEDYCZNEGO WOJSK

Odpowiedzialnym za zaopatrzenie wszystkich oddziałów wchodzących w skład dywizji jest szef służby zdrowia dywizji. Bazę zaopatrzenia stanowi batalion medyczny.

Środki materiałowe służby zdrowia dzielą się na:

- sprzęt medyczny;
- materiały medyczne.

Materiały medyczne z uwagi na przeznaczenie dzielą się na trzy rodzaje:

- materiały indywidualnego wyposażenia żołnierzy;
- materiały zaopatrzenia bieżącego;
- materiały zaopatrzenia bojowego.

Przed wprowadzeniem do działań, oddziały powinny być wyposażone w 100% w należne im materiały i sprzęt medyczny. Normy należności materiałów zaopatrzenia bojowego wystarczają na wykonanie zadania nawet przy dużych stratach sanitarnych.

Obejmują one:

1. Dla oddziałów bez organicznej służby zdrowia: materiały indywidualnego wyposażenia żołnierzy /indywidualne pakiety radiochronne - IPR, indywidualne pakiety przeciwochemiczne - IPP, opatrunki indywidualne i tabletki do odkażania wody - Pantocid/ w ilościach równych etatowym stanom osobowym + 5% zapasu.
2. Dla oddziałów z organiczną służbą zdrowia:
 - materiały indywidualnego wyposażenia żołnierzy w ilościach

równych etatowym stanom osobowym, a dla jednostek wojskowych z lekarzem - 10% IPP i 20% opatrunków indywidualnych ponad stan osobowy;

- materiały zaopatrzenia bieżącego /przeznaczone do oddzielennej pracy niezależnie od charakteru działań wojsk/ dla całego stanu osobowego oddziału na jeden miesiąc;
- materiały zaopatrzenia bojowego /przeznaczone do udzielania pomocy porażonym/ w ilości wystarczającej do udzielenia pomocy porażonym w liczbie równej około 30% stanu osobowego oddziału.

3. Dla batalionów medycznych:

- materiały indywidualnego wyposażenia dla żołnierzy batalionu w ilości równej jego etatowemu stanowi osobowemu oraz zapas tych materiałów dla jednostek dywizyjnych w wysokości odpowiadającej około 5% stanu osobowego dywizji;
- materiały zaopatrzenia bojowego do udzielenia kwalifikowanej pomocy 2000 porażonych, w tym do przeprowadzenia 300 zabiegów chirurgicznych;
- materiały zaopatrzenia bojowego dla oddziałów dywizyjnych dla 500 porażonych;
- zapas toreb sanitarnych oraz podstawowych zestawów ze sprzętem dla oddziałów dywizyjnych.

W zakresie wyposażenia materiałowego dywizji obowiązuje zasada stałej gotowości. W okresie podwyższonej gotowości bojowej w oddziałach dywizji wykonuje się następujące czynności w zakresie zaopatrzenia medycznego:

- wydanie wszystkim żołnierzom materiałów indywidualnego wyposażenia;
- przejście rezerw dyspozycyjnych przeznaczonych do uzupełnienia zapasów nienaruszalnych;
- rozdzielenie zapasów nienaruszalnych na pododdziały;
- pobranie krwi konserwowanej.

W czasie pokoju w części batalionów medycznych przechowywane są stale zapasy krwi konserwowanej w ilości około 30 litrów. Po przejściu w stan podwyższonej gotowości bojowej krew przenosi się do specjalnych skrzyń izotermicznych /utrzymują stałą temperaturę/.

Jeśli w miejscu postoju batalionu medycznego znajduje się

stacja krwiodawstwa społecznej służby zdrowia, to przechowuje ona krew dla batalionu. Wówczas krew tę odbiera się ze stacji.

Zaopatrywanie oddziałów w materiały indywidualnego wyposażenia oraz materiały zaopatrzenia bojowego i krew konserwowaną odbywa się po wykonaniu przez dywizję zadania.

Zaopatrywanie w krew konserwowaną batalionów medycznych odbywa się ze stacji krwiodawstwa II kategorii /armijnej/. W pułkowych punktach medycznych można podawać tylko krew grupy "0". W szczególnych przypadkach dowódca batalionu medycznego może przydzielić kompaniom i plutonom medycznym pułków niewielkie ilości krwi grupy "0" w chłodzonych skrzyniach izotermicznych.

Orientacyjne normy zużycia krwi, plazmy i płynów infuzyjnych są oparte na kalkulacji potrzeb i możliwościach dostaw w początkowym okresie wojny.

Do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej /w PPM/ przewiduje się 5 litrów płynów na 100 porażonych. W tym:

- krew i plazma - 10%
- dekstran - 30%
- 5% glukoza i sól fizjologiczna - 60%

Do udzielenia kwalifikowanej pomocy medycznej /w DPM/ przewiduje się 60 litrów płynów na 100 porażonych. W tym:

- krew i plazma - 15%
- dekstran - 30%
- 5% glukoza i sól fizjologiczna - 50%
- inne - 5%.

Rozdział V

CHARAKTERYSTYKA STRAT SANITARNYCH

Terminologia używana w określaniu poszczególnych rodzajów strat sanitarnych wymaga wyjaśnienia.

Pojęcie "porażony" obejmuje wszystkich rannych, kontuzjowanych, oparzonych, zatrutych bojowymi środkami trującymi oraz poddanych działaniu broni jądrowej i biologicznej.

Używany jest również termin "ranny", którym określa się urazy bojowe wywołane działaniem broni konwencjonalnej. Określenie "ranny" ma ugruntowaną tradycję historyczną.

Pojęciem "chory" obejmuje się wszystkich tych, u których zachorowanie nie nastąpiło bezpośrednio pod wpływem czynnika bojowego, lecz innych szkodliwych czynników związanych z warunkami, w jakich znajduje się żołnierz /np. grypa/.

Straty sanitarne mogą być dzielone według rodzaju broni, który je wywołuje, na następujące grupy:

- straty od broni jądrowej;
- straty od broni chemicznej;
- straty od broni biologicznej;
- straty od broni konwencjonalnej;
- ostre stany reaktywne /0,2-0,3%/;
- chorzy /niebojowy czynnik wywołujący/.

Dla potrzeb planowania zabezpieczenia medycznego walczących wojsk ważne jest określenie przewidywanej liczby porażonych i chorych.

Analiza wielkości strat sanitarnych w działaniach bojowych jest trudna do przeprowadzenia. W przewidywaniu strat sa-

nitarnych od broni konwencjonalnej można się opierać na doświadczeniach II wojny światowej. Natomiast przypuszczalna wielkość strat sanitarnych od broni masowego rażenia, a szczególnie jądrowej, określana będzie zgodnie z teoretycznymi przesłankami o właściwościach rażenia tych broni oraz na podstawie doświadczeń z poligonów.

Straty sanitarne w pododdziałach, oddziałach i związkach taktycznych wahać się mogą w granicach od kilkunastu do nawet kilkudziesięciu procent stanu osobowego, co w konsekwencji może naruszyć ich zdolność bojową.

Ważnym elementem dla prawidłowej organizacji zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego działań bojowych jest również znajomość dynamiki powstawania strat sanitarnych.

Szczególnie istotne jest to na szczeblu taktycznym, gdzie wielkość napływu porażonych i chorych do punktów medycznych w jednostce czasu ma duże znaczenie dla zapewnienia im pomocy medycznej. Można oczekiwać, że największe straty sanitarne dywizja poniesie w okresie wprowadzenia jej do walki i przy przełamaniu obrony nieprzyjaciela, a następnie w głębi obrony nieprzyjaciela w okresie odpierania jego kontrataków. Większe straty sanitarne poniosą dywizje również w czasie pokonywania przeszkód wodnych i innych ważnych rubieży obronnych.

W konkretnej sytuacji taktycznej istnieje możliwość określenia z dużą dokładnością rejonów powstawania strat sanitarnych.

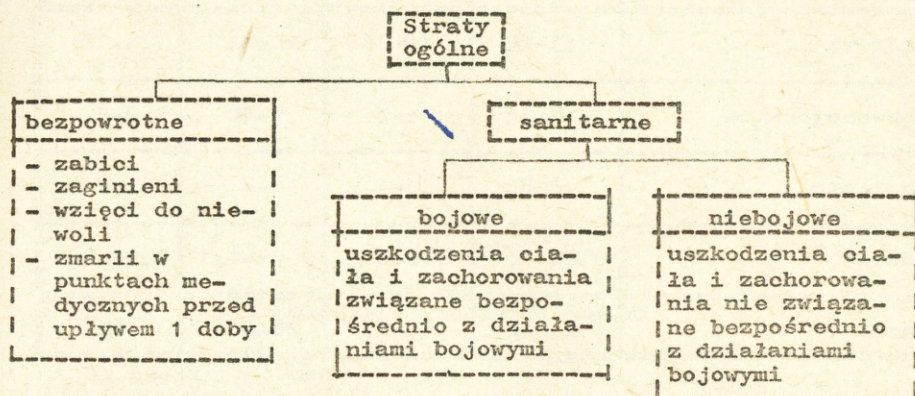
W przyszłej wojnie utrzyma się prawdopodobnie przewaga strat o profilu chirurgicznym, przy czym jednak wzrośnie ilościowy udział strat o profilu wewnętrznym. Będzie to wynikiem:

- użycia broni jądrowej, chemicznej, biologicznej oraz szerzenia się epidemii chorób zakaźnych;
- wyczerpania fizycznego i psychicznego żołnierzy;
- wzrostu liczby chorób psychicznych.

Jednoczesne działanie na organizm ludzki co najmniej dwu rodzajów broni może doprowadzić do powstania obrażeń kombinowanych.

Pod pojęciem "straty sanitarne" rozumiemy wszystkich żołnierzy, którzy doznają uszkodzenia ciała /psychiki/ w czasie wojny, otrzymują pomoc w punktach medycznych i pozostają w nich dłużej niż jedną dobę.

Schematycznie podział strat przedstawia się następująco:



Ze wszystkich strat sanitarnych opracowania chirurgicznego wymagać będzie 70-75% porażonych z czego dywizyjne punkty medyczne wykonają jedynie 10-15% /ze wskazań życiowych/, a pozostałą liczbę zabiegów chirurgicznych muszą wykonać szpitale BSzF.

Przewiduje się, że spośród wszystkich porażonych będzie:

- ciężko porażonych 10-15% /odniesione obrażenia ciała zagrażają życiu/;
- średnio porażonych 25-30%;
- lekko porażonych około 60% /uszkodzenia ciała nie zagrażają życiu, po 1-2 miesiącach leczenia powrócą do szeregów/.

W planowaniu zabezpieczenia medycznego należy zdawać sobie sprawę, że straty sanitarne powstają w ciągu całej doby. Przewiduje się, że ze 100% strat dobowych:

- około 60% powstanie w czasie wykonywania zadania bliższego;
- około 40% powstanie w czasie wykonywania zadania dalszego.

Straty sanitarne DZ w natarciu i obronie /średnio za dobę walki w procentach/:

Rodzaj broni:	Natarcie		Obrona	
	Pułk	Dywizja	Pułk	Dywizja
jądrowa	15-20	10-16	10-22	8-12
konwencjonalna	8-12	1-5	6-10	2-5
chemiczna	3-8	3-5	4-8	5-8
chorzy	0,08-0,1	0,08-0,1	0,08-0,1	0,08-0,1
Razem	26-40	15-26	20-40	15-25

Poniższa tabela przedstawia wskaźniki procentowe strat sanitarnych dla DZ w dwu wariantach, a mianowicie w warunkach stosowania wyłącznie broni konwencjonalnej oraz w warunkach stosowania wszystkich rodzajów broni.

	Natarcie		Obrona	
	przy zastosowaniu:		przy zastosowaniu:	
	broni konwencjonalnej	wszystkich rodzajów broni	broni konwencjonalnej	wszystkich rodzajów broni
Pułk zmechanizowany	12-18	konwencjonalnej 8-12 jądrowej 15-20 chemicznej 3-8 Razem 26-40	10-15	konwencjonalnej 6-10 jądrowej 10-22 chemicznej 4-8 Razem 20-40
Dywizja zmechanizowana	4-8	konwencjonalnej 2-5 jądrowej 10-16 chemicznej 3-5 Razem 15-26	4-6	konwencjonalnej 2-5 jądrowej 8-12 chemicznej 5-8 Razem 15-25

Podane w obydwu tabelach wielkości przewidywanych strat sanitarnych dywizji zmechanizowanej dotyczą pierwszej doby walki /wprowadzenie do bitwy/.

Rozdział VI

DOWODZENIE SŁUŻBĄ ZDROWIA

1. Zasady ogólne

Dowodzenie jest to zespół czynności szefa służby zdrowia /starszego lekarza/ podczas kierowania podporządkowanymi mu siłami i środkami w celu najbardziej racjonalnego ich wykorzystania dla zabezpieczenia medycznego działań bojowych wojsk.

Pod pojęciem sił służby zdrowia rozumie się personel medyczny /lekarze, farmaceuci, sanitariusze, pielęgniarki i inni/, natomiast środki służby zdrowia to wyposażenie medyczne, techniczne i transportowe służby zdrowia.

Służbą zdrowia dywizji /pułku/ dowodzi szef służby zdrowia dywizji /starszy lekarz pułku/ na podstawie rozkazów i zarządzeń kwatermistrza dywizji /dowódcy pułku/ oraz wytycznych przełożonych fachowych.

Dowodzenie służbą wymaga od szefa służby zdrowia /starszego lekarza/ wiedzy fachowej i ogólnowojskowej, zdolności organizacyjnych, pomysłowości i inicjatywy.

Szef służby zdrowia dywizji /starszy lekarz pułku/ odpowiada za całokształt działalności służby zdrowia oraz za racjonalne wykorzystanie sił i środków w procesie zabezpieczenia medycznego wojsk.

Dowodzenie służbą zdrowia obejmuje:

- utrzymanie wysokiego stanu moralno-politycznego personelu oddziałów /pododdziałów/ służby zdrowia i zapewnienie jego stałej gotowości do zabezpieczenia medycznego wojsk;

- prowadzenie stałego rozpoznania medycznego w celu uzyskania niezbędnych wiadomości do organizowania zabezpieczenia medycznego;
- planowanie zabezpieczenia medycznego wojsk;
- terminowe stawianie zadań podległym oddziałom /pododdziałom/;
- kontrolę działalności podległych oddziałów /pododdziałów/ i sprawdzanie wykonania wydanych zarządzeń;
- zapewnienie współpracy między podległymi oddziałami /pododdziałami/ służby zdrowia, a także współdziałanie z innymi służbami i służbą zdrowia sąsiednich dywizji /pułków/.

Ciągłość w dowodzeniu służbą zdrowia osiąga się przez:

- utrzymywanie stałej łączności z szefami służby zdrowia wyższego szczebla i podległymi oddziałami /pododdziałami/ oraz z szefami służby zdrowia sąsiednich dywizji /starszymi lekarzami sąsiednich pułków/;
- zdecydowane i systematyczne wykonywanie zadań zabezpieczenia medycznego;
- stałą znajomość zadań dywizji /pułku/, charakteru i warunków działań bojowych wojsk, organizacji punktów medycznych i szybkie reagowanie na zmiany sytuacji.

Szef służby zdrowia dywizji /starszy lekarz pułku/ zawsze powinien być gotów przedstawić kwatermistrzowi dywizji /dowódcy pułku/ i szefowi służby zdrowia wyższego szczebla dane dotyczące strat sanitarnych, liczby porażonych i chorych przebywających w punktach medycznych, stanu sanitarno-epidemicznego wojsk i zajmowanego przez nie rejonu, stanu służby zdrowia oraz własne propozycje dotyczące zabezpieczenia medycznego dywizji/pułku/.

O przesunięciu dywizyjnych punktów medycznych, medycznego batalionu wzmocnienia, pułkowego punktu medycznego, ich rozmieszczeniu, a także o stratach sanitarnych personelu służby zdrowia szef służby zdrowia dywizji /starszy lekarz pułku/ natychmiast melduje kwatermistrzowi dywizji /dowódcy pułku/ i szefowi służby zdrowia wyższego szczebla.

Szef służby zdrowia dywizji jest obowiązany informować we właściwym czasie starszych lekarzy pułków o nowym rejonie rozwinięcia dywizyjnego punktu medycznego.

O nowych rejonach rozwinięcia baz szpitalnych frontu szef

służby zdrowia dywizji jest informowany przez szefa służby zdrowia armii.

2. Zasady planowania zabezpieczenia medycznego działań bojowych wojsk

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 batalionu medycznego i starszym lekarzom pułków 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 /rozwinęty mbw, szpital wojskowy lub cywilny/, zwinięcie jednostek służby zdrowia, uzupełnienie sprzętu i materiału medycznego 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 propozycje zabezpieczenia medycznego. Zatwierdzone 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 i chorych;
- przydział wzmocnienia do pierwszorzutowych pułków i wykorzystanie jednostek wzmocnienia przydzielonych służbie zdrowia dywizji;
- czas i miejsce rozwinięcia dywizyjnego punktu medycznego;
- 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 sprzęt i materiał medyczny;
- 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 /zarządzenia kwatermistrza/ dane: 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 broni masowego rażenia nieprzyjaciela.

3. Dowodzenie w czasie działań bojowych

W czasie działań bojowych szef służby zdrowia /starszy lekarz/ kieruje się opracowanym uprzednio planem zabezpieczenia medycznego oraz rozwojem sytuacji taktycznej i medycznej.

W czasie walki szef służby zdrowia /starszy lekarz/ obowiązany jest:

- utrzymywać stałą łączność z podległymi oddziałami /pododdziałami/ medycznymi, wydawać im polecenia i kontrolować ich wykonanie;

- udzielać wszechstronnej pomocy podwładnym, wzmacniając ich siły i środki lub zmniejszając zakres zadań;
- osobiście kierować realizacją przedsięwzięć leczniczo-ewakuacyjnych w skomplikowanej sytuacji bojowej i w przypadku masowych strat sanitarnych;
- utrzymywać łączność z przełożonym fachowym meldując mu o sytuacji medycznej.

Szef służby zdrowia /starszy lekarz/ może reagować na zmiany sytuacji bojowej i medycznej przez:

- manewr siłami i środkami służby zdrowia;
- wzmocnienie określonych elementów służby zdrowia;
- zmianę zakresu pomocy medycznej, zwężając go lub niekiedy rozszerzając.

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

Dywizyjny punkt medyczny rozwija się w pobliżu dywizyjnych dróg dowozu i ewakuacji oraz źródeł wody /siłami mbw lub bm dywizji/. Szef służby zdrowia /starszy lekarz/ powinien planować wykorzystanie przydzielonych jednostek wzmocnienia w pierwszej kolejności. Na przykład, najpierw rozwija się medyczny batalion wzmocnienia, a organiczny batalion medyczny w dalszej kolejności.

Wielkość rejonu potrzebnego na rozwinięcie DPM wynosi około 300x400 m. W natarciu DPM rozmieszcza się w odległości 10-15 km od walczących wojsk, dzięki czemu ułatwione jest prowadzenie ewakuacji porażonych z pułkowych punktów medycznych. Po oddaleniu się wojsk walczących o 20-25 km od DPM, należy rozwinąć kolejny DPM, gdyż w przeciwnym razie ulegnie nadmiernemu wydłużeniu ramię ewakuacji.

DPM, udzielający kwalifikowanej pomocy medycznej 300-500 porażonym i chorym, może być ponownie użyty najwcześniej pod koniec drugiej doby.

Pułkowe punkty medyczne rozwijane są przy pułkowych drogach dowozu i ewakuacji, w pobliżu źródła wody, podczas natarcia 5-8 km od walczących wojsk. Wielkość rejonu około 100x100 m.

Kompania medyczna pułku musi dokonywać 2-4 przegrupowań w ciągu dnia walki, tzn. po przesunięciu się wojsk do przodu i oddaleniu od PPM o 8-12 km należy kompanię medyczną zwinąć i przesuwać w ślad za wojskami.

Przed rozpoczęciem działań bojowych należy przydzielić do bm /mbw/ dywizji przynajmniej jedną grupę hospitalizacyjną z kompanii hospitalizacyjnej. Grupa ta przejmie opiekę nad około 30 porażonymi niezdolnymi do ewakuacji. Również w tym okresie można przydzielić do kompanii medycznych pierwszorzutowych pułków samochody sanitarne bm dywizji /mbw, OZM/, dzięki czemu przyspieszy się przybycie porażonych do DPM 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 służba zdrowia jest w stanie przewieźć transportem sanitarnym jedynie 50-60% porażonych, natomiast dla pozostałych porażonych trzeba uzyskać transport ogólnego przeznaczenia, który powinien być przystosowany do przewożenia porażonych. Polega to na montowaniu urządzeń adaptacyjnych umożliwiających instalowanie noszy z porażonymi. W wyjątkowych sytuacjach można przewozić porażonych bez uprzedniego zakładania urządzeń adaptacyjnych.

Służba zdrowia oddziałów /pododdziałów/ powinna być szczególnie wyczulona na wykrywanie i izolowanie chorych na schorzenia zakaźne. Ich ewakuację 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 pozwala czas, 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.

Sily 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 zrywają się i udają do wyznaczonego rejonu zbiórki. Na szczeblu związku taktycznego można wydzielić do ORE służbę zdrowia artylerii, a na szczeblu pułku - drużynę sanitarną batalionu ozołgów.

Duże znaczenie ma nawiązanie współdziałania ze służbą zdrowia sąsiednich dywizji /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/ przegrupowywać się w kolumnie marszowej wraz z pozostałymi oddziałami i pododdziałami.

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

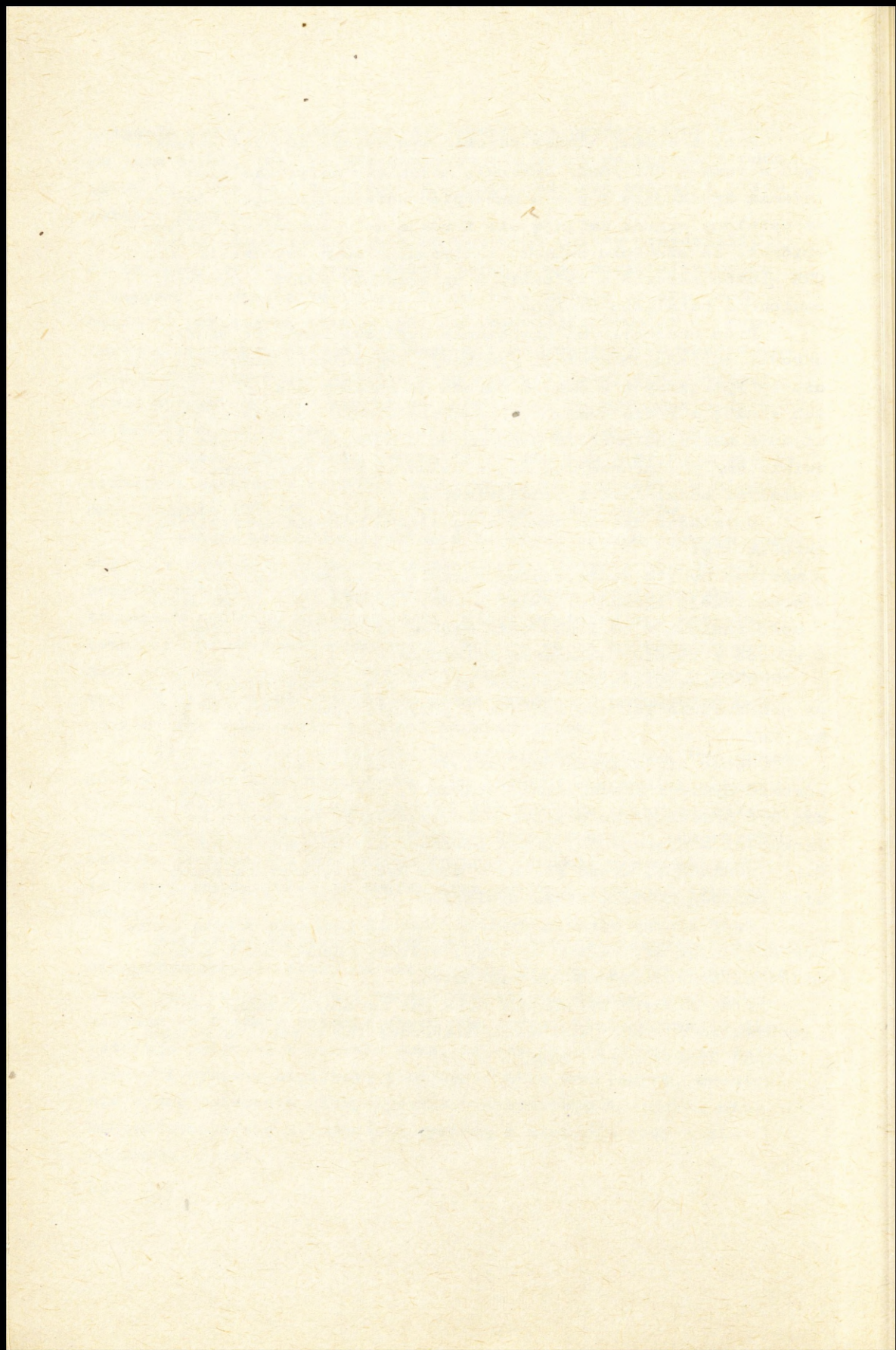
- miejsce pobytu szefa służby zdrowia /starszego lekarza/;
- organizację łączności /szef służby zdrowia dywizji ma łączność radiową z bm i mbw oraz szefem służby zdrowia armii/;
- sposób i terminy składania meldunków.

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 kwatermistrza dywizji.

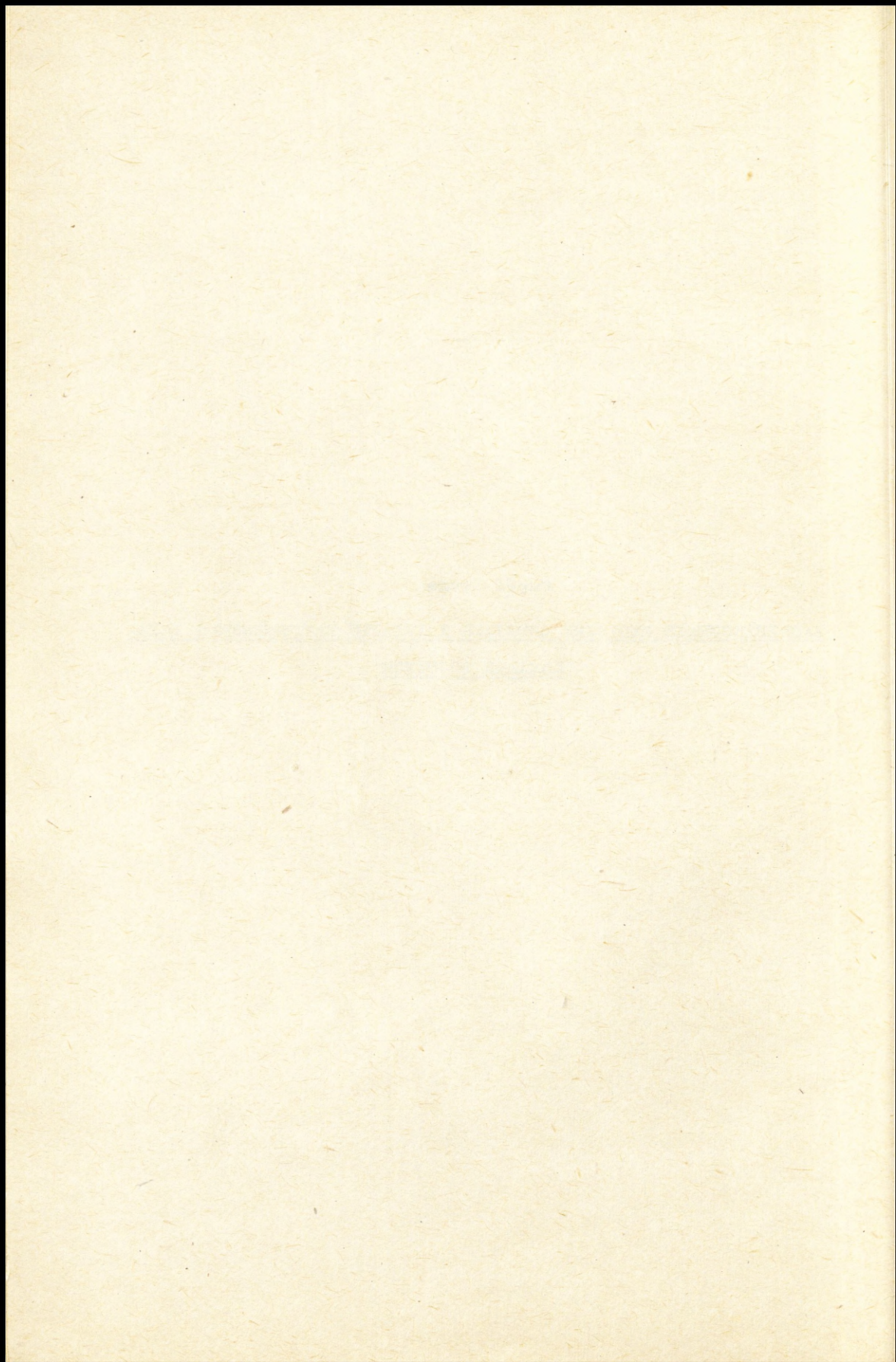
Szef służby zdrowia dywizji dowodzi podległą służbą zdrowia znajdującą się na TSD dywizji, starszy lekarz pułku natomiast na stanowisku dowodzenia pułku.

W niektórych sytuacjach mogą oni dowodzić służbą zdrowia przebywającą w etapie ewakuacji medycznej lub w pobliżu rejonu masowych strat sanitarnych.



Część druga

ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE ODDZIAŁU I ZWIĄZKU TAKTYCZNEGO W DZIA-
ŁANIACH BOJOWYCH



Rozdział VII

ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE OSIĄGANIA GOTOWOŚCI BOJOWEJ

Doprowadzenie wojsk do pełnej gotowości bojowej jest łatwiejsze w czasie pokoju, w okresie podwyższonej gotowości obronnej państwa. Natomiast znacznie trudniej jest realizować je już po wybuchu wojny.

W zależności od warunków prace organizacyjno-mobilizacyjne związane z osiąganiem przez wojska gotowości bojowej mogą być wykonane w garnizonach lub po wyprowadzeniu wojsk do rejonów alarmowych. Po osiągnięciu pełnej gotowości bojowej oddziały przegrupowują się z rejonów alarmowych do wyznaczonych rejonów wyjściowych.

W okresie osiągania wyższych stanów gotowości bojowej służba zdrowia przystępuje do uzupełniania stanów osobowych i sprzętu w pododdziałach i oddziałach medycznych do etatów okresu "W".

Żołnierze rezerwy poddawani są badaniu lekarskiemu. Szczepieniom ochronnym podlegają ci, którzy nie poddali się im w odpowiednim czasie w placówkach społecznej służby zdrowia.

Chorych wymagających leczenia przez okres do pięciu dni - ujawnionych zarówno w garnizonie, jak i w rejonie alarmowym - skierowuje się do garnizonowej izby chorych, a w razie konieczności dłuższego leczenia - do najbliższego zakładu leczniczego.

Od czasu rozpoczęcia działań bojowych zabezpieczenie medyczne realizuje się według zasad zabezpieczenia leonczo-ewakuacyjnego w warunkach polowych.

Kierowanie zabezpieczeniem medycznym oddziałów i związku taktycznego realizowane jest na podstawie opracowanej w czasie pokoju dokumentacji mobilizacyjnej.

Rozdział VIII

ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE WOJSK W MARSZU

Podstawowym zadaniem służby zdrowia w marszu jest działanie przyczyniające się do pomyślnego osiągnięcia przez wojska wyznaczonego rejonu, w określonym czasie i w pełnej gotowości bojowej.

Działanie służby zdrowia w marszu charakteryzuje szereg właściwości:

- rozczłonkowanie jednostek służby zdrowia wzdłuż kolumny marszowej;
- udzielanie pomocy medycznej porażonym i chorym przy jednoczesnym ruchu jednostek służby zdrowia;
- nierozwijanie własnych urządzeń medycznych na trasie marszu i korzystanie z usług urządzeń medycznych sąsiadów, szpitali polowych oraz zakładów leczniczych społecznej służby zdrowia;
- utrudnione dowodzenie służbą zdrowia.

Szef służby zdrowia dywizji /starszy lekarz pułku/ w opracowywanym planie zabezpieczenia medycznego marszu musi uwzględnić:

- zakres pomocy medycznej;
- organizację zabezpieczenia medycznego wojsk w rejonie ześrodkowania;
- organizację zabezpieczenia medycznego marszu z uwzględnieniem:
 - a/ rozdziału i miejsca sił i środków służby zdrowia w kolumnie marszowej;
 - b/ sposobu wzmocnienia siłami i środkami medycznymi oddziałów i pododdziałów rozpoznawczych oraz ubezpieczających;

- o/ miejsca rozwinięcia tymczasowych punktów medycznych /TPM/ wzdłuż trasy marszu;
- d/ przeprowadzania ewakuacji medycznej;
- e/ sposobu zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego porażonych bronią masowego rażenia;
- f/ zakresu pracy w czasie odpoczynków;
- g/ sposobu zabezpieczenia sanitarnohigienicznego i przeciw-epidemicznego wojsk.

Służba zdrowia w okresie przygotowawczym, poprzedzającym marsz powinna:

- przeprowadzić rozpoznanie medyczne trasy marszu i rejonów odpoczynku oraz źródeł wody, ze szczególnym uwzględnieniem ich stanu sanitarno-epidemicznego, przydatności do rozmieszczenia punktów medycznych oraz do prowadzenia ewakuacji medycznej; rozpoznanie to z zasady prowadzone jest wspólnie z rozpoznaniem ogólnowojskowym;
- przygotować stan osobowy oddziałów/pododdziałów/do marszu z uwzględnieniem konieczności przeprowadzenia niezbędnych przedsięwzięć profilaktycznych, sprawdzenia pod względem sprawności transportu sanitarnego i ogólnego przeznaczenia oraz sprawdzenia indywidualnego wyposażenia medycznego żołnierzy i posiadanych zapasów sprzętu, i materiału medycznego w jednostkach służby zdrowia;
- wszystkich porażonych i chorych niezdolnych do wykonania marszu, wyewakuować do wyznaczonych DPM i zakładów leczniczych /wojskowych i cywilnych/;
- dokonać podziału posiadanych sił i środków medycznych na okres marszu.

Ugrupowanie marszowe zależy od rodzaju, warunków i celu marszu oraz od zadań realizowanych w czasie marszu.

Drużyna sanitarna batalionu z reguły przesuwa się na czele tyłów za swoim batalionem. W marszu odwrotowym, zwłaszcza w batalionie stanowiącym arriergardę, drużyna sanitarna zwykle przesuwa się przed siłami głównymi batalionu.

Tyły pułku w zasadzie wykonują marsz po jednej drodze. Kompania medyczna znajduje się na czele tyłów w kolumnie marszowej pułku.

Z uwagi na możliwość uderzeń lotnictwa i broni rakieto-

wo-jądrowej nieprzyjaciela, celowe jest rozdzielić kompanię medyczną tak, aby w wyniku jednego uderzenia nie uległa zniszczeniu całość kompanii.

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

W marszu z przewidywaniem boju spotkaniowego tworzy się zwykle dwa rzuty tyłowe. W skład pierwszego rzutu przesuwającego się w ugrupowaniu marszowym sił głównych pułku może wchodzić kompania medyczna. Możliwość boju spotkaniowego nakazuje wzmocnić służbę zdrowia czołowego batalionu lekarzem i samochodem sanitarnym.

W marszu dofrontowym, kiedy nie przewiduje się boju spotkaniowego, tyły pułkowe stanowią jeden rzut i maszerują na końcu kolumny pułkowej w odległości około 5 km za ostatnim pododdziałem bojowym. Kompania medyczna może przesuwać się na czołe tyłów za TSD.

Pomiędzy pododdziałami tyłowymi w marszu utrzymuje się 200-metrowe odstępy. Odległość między poszczególnymi samochodami wynosi 30-50 m, w zależności od prędkości jazdy.

W marszu odfrontowym, jeżeli tyły pułku przesuwają się przed siłami głównymi, ustawienie kompanii medycznej powinno być odwrotne niż w marszu dofrontowym.

Podczas marszu wzdłuż linii frontu kompania medyczna przesuwa się na tych samych zasadach, jak i w marszu dofrontowym.

Tyły dywizji, wykonującej marsz, przesuwają się zwykle po dwóch marszrutach. Umiejscowienie batalionu medycznego w ugrupowaniu marszowym dywizji może być różne, w zależności od celu i warunków marszu. Siły i środki służby zdrowia rozdziela się na marszruty odpowiednio do sił i środków dywizji wykonujących marsz po danej drodze. Jednocześnie jednostki medyczne umiejscawia się bliżej wojsk /w pierwszym rzucie tyłów dywizji/.

Takie rozśrodkowanie zarówno na marszruty, jak też na poszczególnych marszrutach zabezpiecza przed zniszczeniem całości jednostek służby zdrowia.

W marszu dofrontowym, którego celem jest wprowadzenie dy-

wizji do bitwy lub też gdy istnieje możliwość boju spotkaniowego, jednostki medyczne należy ugrupować tak, aby można było szybko je rozwinąć oraz przystąpić do udzielania pomocy medycznej.

Zatem za siłami głównymi dywizji na każdej marszrucie /za pierwszorzutowym pułkiem/ przesuwa się część sił i środków batalionu medycznego.

Jeżeli dywizji przydzielony zostanie medyczny batalion wzmocnienia, to na jedną marszrutę wyznacza się organiczny batalion medyczny, a na drugą medyczny batalion wzmocnienia.

W marszu do określonego rejonu ześrodkowania dywizji, gdy nie przewiduje się poważniejszego oddziaływania nieprzyjaciela, całość tyłów dywizji może przesuwać się w jednym rzucie po obu marszrutach. Na czele kolumn tyłowych powinny znajdować się siły i środki medyczne.

W marszu rokadowym jednostki służby zdrowia dywizji wykonują marsz po samodzielnej, najbardziej oddalonej od linii frontu marszrucie.

W czasie marszu odwrotowego jednostki medyczne przemieszczają się przed siłami głównymi na końcu tyłów dywizyjnych.

Służba zdrowia oddziałów /pododdziałów/ artyleryjskich i innych związanych organicznie z dywizją lub też przydzielonych w ramach wzmocnienia, przemieszcza się po tych marszrutach, po których wykonują marsz siły główne własnego oddziału /pododdziału/.

Podczas marszu straty sanitarne od broni konwencjonalnej wahać się będą w ciągu doby w granicach 0,5-1% stanu osobowego. Ogólna liczba możliwych strat sanitarnych, uwzględniająca również straty od broni masowego rażenia, zależna będzie między innymi od konkretnych możliwości użycia przez nieprzyjaciela tych środków rażenia.

Dywizja zmechanizowana ze względu na rozczłonkowanie pododdziałów w marszu jest mniej wrażliwa na działanie broni jądrowej, chemicznej i biologicznej niż w natarciu czy obronie.

Stąd też straty sanitarne będą mniejsze, ponieważ jeden ładunek jądrowy małej lub średniej mocy, zastosowany na wojska zmechanizowane znajdujące się w marszu, porazi około 1-2 kompanii piechoty zmotoryzowanej /czołgów/.

Szef służby zdrowia dywizji - w wypadku braku na trasie marszu dywizji armijnych lub frontowych urządzeń medycznych czy punktów medycznych innych związków taktycznych lub też zakładów leczniczych społecznej służby zdrowia, do których mogliby być skierowani porażeni i chorzy - zarządza rozwijanie tymczasowych punktów medycznych /TPM/.

TPM organizowane są siłami służby zdrowia oddziałów wzmocnienia dywizji, batalionu saperów, łączności lub batalionu medycznego dywizji. Rozwija się je w miarę możliwości wcześniej, co 40-50 km.

Siły i środki wyznaczone do zorganizowania tymczasowego punktu medycznego /TPM/ przesuwać się za siłami głównymi awangardy. Z chwilą osiągnięcia odpowiedniej rubieży, wychodzą z kolumny marszowej i rozwijają TPM w pobliżu trasy marszu.

W razie wywiązania się boju spotkaniowego, miejsca rozwinięcia TPM mogą być wykorzystane do rozwinięcia PPM lub DPM, co zawsze trzeba brać pod uwagę przy wyborze miejsca dla TPM.

W związku z tym, że dywizja z zasady wykonuje marsz po dwóch marszrutach, TPM rozwija się przy marszrucie sił głównych w pobliżu drogi rokadowej.

W razie konieczności TPM przy trasie marszu wystawia posterunki transportu sanitarnego /PTS/.

Organizacja i praca tymczasowego punktu medycznego jest podobna w ogólnych zarysach do organizacji i pracy pułkowego punktu medycznego.

W TPM pracuje 1-2 lekarzy, 1-2 podoficerów sanitarnych i kilku sanitariuszy. Punkt ten dysponuje 2-3 samochodami sanitarnymi.

Do zasadniczych zadań TPM należy:

- przyjmowanie porażonych i chorych oraz ewakuacja ich z trasy marszu;
- udzielanie pierwszej pomocy lekarskiej;
- ewakuacja "od siebie" do wyznaczonych punktów medycznych.

Po przejściu sił głównych kolumny marszowej dywizji i po wyewakuowaniu porażonych i chorych, TPM związa się, a jego personel dołącza do swoich oddziałów /pododdziałów/, względnie może być powtórnie użyty do organizacji kolejnego TPM.

Zarówno pierwsza pomoc, jak i pomoc przedlekarska udzie-

lane są porażonym i chorym przez personel służby zdrowia macierzystych jednostek w czasie marszu. Znajdujące się w pułkach i w dywizji sale opatrunkowe na samochodach umożliwiają udzielanie w ograniczonym zakresie pierwszej pomocy lekarskiej.

Następnie porażonych i chorych ewakuuje się do tymczasowego punktu medycznego lub wyznaczonego DPM. Dalej ewakuacja prowadzona jest własnym transportem tych punktów lub transportem wyższego szczebla do bazy szpitalnej frontu /BSzF/ lub szpitali społecznej służby zdrowia.

Problem ewakuacji medycznej w marszu najlepiej rozwiązuje transport powietrzny /śmigłowce/, którym można prowadzić ewakuację bezpośrednio do urządzeń medycznych rozmieszczonych na znacznych odległościach.

Na duże trudności ewakuacyjne napotykać będzie służba zdrowia w oddziałach /pododdziałach/ znacznie wysuniętych do przodu i działających w oderwaniu od własnych wojsk. W takim przypadku można pozostawić porażonych pod opieką wydzielonego personelu, do czasu podejścia głównych sił, lub też zabrać ich ze sobą.

Organizując zabezpieczenie medyczne w przewidywaniu boju spotkaniowego szczególnie wiele uwagi należy poświęcić przygotowaniu służby zdrowia do działania w warunkach gwałtownych zmian sytuacji. Od szefów służby zdrowia /starszych lekarzy/ wymaga się w boju spotkaniowym maksimum inicjatywy. Starszy lekarz pułku nie zawsze może czekać na wskazówki od szefa służby zdrowia dywizji, ten zaś - na wskazówki od szefa służby zdrowia armii.

Aby właściwie rozmieścić podległe oddziały /pododdziały/, szef służby zdrowia /starszy lekarz/ powinien dobrze zrozumieć zamiar dowódcy, którym kierował się on przy formowaniu kolumn marszowych. Równie dokładnie szef służby zdrowia dywizji /starszy lekarz pułku/ powinien wiedzieć, gdzie są lub mają być rozwinięte etapy ewakuacji medycznej oraz znać prowadzące do nich drogi ewakuacyjne. Dane te umożliwiają mu prawidłowy rozdział sił i środków w kolumnach marszowych, a tym samym szybkie ich rozwinięcie po nawiązaniu się boju spotkaniowego.

W trakcie nawiązania się boju spotkaniowego, jednostki medyczne rozwijają - w miarę potrzeby i w zależności od sytua-

oju bojowej - punkty medyczne. Pułkowe punkty medyczne rozwija się po wprowadzeniu do walki głównych sił pułków. Dywizyjny punkt medyczny rozwija się w czasie wprowadzenia do walki głównych sił dywizji.

Dalsza praca służby zdrowia przebiega stosownie do rodzaju walki /natarcie, obrona/.

Sprzęt przeznaczony do wnoszenia porażonych, a także część pułkowego transportu sanitarnego przydziela się do drużyn sanitarnych przed marszem. Część transportu sanitarnego batalionu medycznego dywizji kieruje się do kompanii medycznej pułku posuwającego się w awangardzie.

Awangardę wzmacnia się siłami i środkami służby zdrowia w zależności od jej składu. Do drużyny sanitarnej batalionu piechoty, działającego jako awangarda, w ramach wzmocnienia przydziela się lekarza, salę opatrunkową na samochodzie, transport sanitarny oraz sprzęt niezbędny do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej.

Oddziały /pododdziały/ rozpoznawcze i ubezpieczające należy wzmocnić siłami i środkami służby zdrowia, które powinny zabezpieczyć udzielanie pomocy medycznej w trudnych sytuacjach, a mianowicie w warunkach oderwania się od baz zaopatrzenia i w okrążeniu, a także powinny umożliwić rozszerzenie zakresu pomocy medycznej.

Zabezpieczenie medyczne oddziałów wydzielonych w marszu w przewidywaniu boju spotkaniowego organizuje szef służby zdrowia /starszy lekarz/. Do oddziału wydzielonego w sile do batalionu przydziela się z zasady lekarza z pułku, który organizuje oddział wydzielony, albo z batalionu medycznego dywizji. Lekarzowi przydziela się niezbędny sprzęt i transport sanitarny. Można przydzielić salę opatrunkową na samochodzie.

Ewakuacja medyczna w czasie boju spotkaniowego prowadzona jest, zgodnie z zasadą "na siebie", do etapów ewakuacji medycznej, a dalej - przy wykorzystaniu armijnego transportu sanitarnego - do bazy szpitalnej frontu /BSzF/.

Zabezpieczenie medyczne porażonych bronią jądrową realizuje się początkowo w oparciu o pododdziały ratunkowe pułku czy dywizji. Jeśli straty sanitarne są niewielkie, porażonych ewakuuje się do tymczasowych punktów medycznych /TPM/, przy du-

tych stratach sanitarnych zachodzi konieczność rozwinięcia/w zależności od sytuacji/ PPM lub DPM.

W zakresie przedsięwzięć sanitarnohigienicznych zwraca się uwagę na nadzór sanitarny obejmujący żywienie i zaopatrzenie w wodę, a także - zależnie od pory roku i warunków atmosferycznych - na zapobieganie odmrożeniom lub udarom ciepłym.

Dowodzenie jednostkami medycznymi w czasie wykonywania marszu odbywa się na tych samych zasadach, jak i w innych rodzajach działań bojowych. Specyfiką kierowania w tym okresie będzie utrudniony obieg informacji, spowodowany ciągłym ruchem wojsk oraz ograniczeniami w wykorzystywaniu technicznych środków łączności /przewodowej, radiowej/.

Szef służby zdrowia w czasie wykonywania przez dywizję marszu powinien znajdować się tam, gdzie wymaga tego sytuacja taktyczno-medyczna i skąd najdogodniej będzie kierować służbą zdrowia, a więc na TSD dywizji, a starszy lekarz pułku - na SD pułku. Otrzymywanie bieżących informacji o sytuacji na drogach marszu ułatwia im wydawanie dodatkowych rozkazów i poleceń.

Rozdział IX

ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE PRZEWOZU WOJSK KOLEJĄ

Podstawowymi sposobami przesunięcia wojsk są marsze oraz przesunięcia wykonywane sposobem kombinowanym: marsz wojsk na pojazdach kołowych po drogach samochodowych z równoległym przewozem wojsk z pojazdami gąsienicowymi transportem kolejowym.

Na organizację zabezpieczenia medycznego przewozu dywizji /pułku/ kolejną mają wpływ: długotrwałe przebywanie wojsk w podróży, trudności w przeprowadzeniu rozpoznania medycznego i brak wiadomości o stanie sanitarno-epidemicznym dróg marszu.

W okresie przygotowania wojsk do załadowania, wszystkich żołnierzy poddaje się przeglądowi sanitarnemu. Przeprowadza się również kontrolę sanitarną wagonów kolejowych.

W celu udzielania pierwszej pomocy lekarskiej porażonym i chorym, w rejonach wyjściowych /zbiórki/ rozwija się punkty medyczne.

Z punktów medycznych porażonych i chorych ewakuje się do najbliższej położonych szpitali wojskowych lub szpitali społecznej służby zdrowia.

Po załadowaniu /wylądowaniu/ wojsk posterunki transportu sanitarnego /PTS/ i punkty medyczne związają się i przesuwać za swoimi oddziałami /pododdziałami/.

W każdym transporcie kolejowym jest wyznaczony szef służby zdrowia transportu. Do jego podstawowych obowiązków należy:
- rozwijanie w transporcie kolejowym punktu medycznego z izolatorami;

- udzielanie pomocy medycznej porażonym i chorym w czasie podróży;
- kontrolowanie stanu sanitarnego żołnierzy, wagonów, żywienia i zaopatrywania w wodę w czasie podróży;
- wykrywanie zakaźnie chorych i izolowanie ich.

Szef służby zdrowia transportu podlega komendantowi transportu.

W razie wykrycia w czasie podróży porażonych i chorych wymagających kwalifikowanej pomocy medycznej szef służby zdrowia transportu w porozumieniu z komendantem stacji hospitalizuje ich.

Zakaźnie chorych wykrytych w czasie podróży w transporcie izoluje się tymczasowo w izolatorze transportu.

Po przybyciu do miejsca wyładowania szef służby zdrowia transportu melduje przełożonemu fachowemu o stanie sanitarnym transportu, o zachorowaniach w podróży, o liczbie porażonych i chorych przekazanych do szpitali w czasie podróży.

W czasie przewozu wojsk szef służby zdrowia dywizji znajduje się na TSD dywizji, a starszy lekarz pułku w sztabie pułku.

Rozdział X

ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE PUŁKU I DYWIZJI W NATARCIU

Służba zdrowia każdego szczebla dowodzenia zabezpiecza pod względem medycznym macierzyste oddziały /pododdziały/ oraz oddziały wojskowe, które zostały czasowo przydzielone jako wzmocnienie.

Sposób działania oddziałów i pododdziałów służby zdrowia /organicznych i wzmocnienia/ jest zależny od wcześniej opracowanego planu zabezpieczenia medycznego.

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 medycznej/, co zarazem umożliwia przesunięcie pododdziałów służby zdrowia w ślad za nacierającymi wojskami.

Stosowanie w walce nowych, potężnych środków rażenia oraz ciągłe doskonalenie uzbrojenia konwencjonalnego nakazuje liczyć się z możliwością powstania masowych strat sanitarnych, a tym samym wymaga dostosowania możliwości służby zdrowia do zwiększonych potrzeb wojska w zakresie zabezpieczenia medycznego.

W działaniach zaczepnych służba zdrowia powinna być tak zorganizowana, aby zapewniało to pełne wykorzystanie posiadanych sił i środków i aby zmiany zachodzące w sytuacji bojowej nie dezorganizowały jej pracy.

W okresie poprzedzającym przejście do natarcia należy

wszechstronnie przygotować pułkowe i dywizyjne pododdziały i oddziały medyczne do realizacji zadań dotyczących zabezpieczenia nacierających wojsk. Porażonych i chorych, znajdujących się w pododdziałach, oddziałach i w punktach medycznych, należy przygotować do ewakuacji i wywakuować do zakładów leczniczych /szpitali polowych lub stacjonarnych/.

Jeżeli pozwalają na to okoliczności, wskazane jest przeprowadzić szkolenie fachowe personelu służby zdrowia jak również stanu osobowego wojsk.

1. Ugrupowanie i rozmieszczenie pododdziałów i oddziałów służby zdrowia pułku i dywizji

Tyły pułku nacierającego w pierwszym rzucie dywizji z reguły ugrupowuje się w dwa rzuty i rozmieszcza w wolnych przestrzeniach między elementami ugrupowania bojowego lub za ugrupowaniem bojowym pułku. W skład pierwszego rzutu tyłów wchodzi kompania medyczna.

W położeniu wyjściowym do natarcia z bezpośredniej styczności z nieprzyjacielem, PPM /pz, pcz/ na głównym kierunku uderzenia może być rozwinięty za pierwszorzutowymi batalionami /w pcz - za pierwszorzutowymi kompaniami czołgów/, tj. w odległości około 5 km od przedniego skraju.

Jeżeli pułk przechodzi do natarcia z marszu, to przed rubieżą wprowadzenia go do walki pododdziały medyczne mogą w ogóle nie rozwijać się, lecz przesuwają za nacierającymi wojskami w gotowości do rozwinięcia.

Czas i miejsce pierwszego rozwinięcia PPM zależy od organizacji zabezpieczenia medycznego pierwszej fazy walki. Jeżeli na kierunku natarcia pułku rozwinięty jest punkt medyczny innego pułku /który był w styczności z nieprzyjacielem/, to punkt ten może być wykorzystany do udzielania pomocy medycznej porażonym pułku wprowadzonego do walki. Organiczna kompania medyczna nacierającego pułku może być rozwinięta w terminie późniejszym, już za przednim skrajem obrony nieprzyjaciela.

Kompania medyczna pułku znajdującego się w drugim rzucie dywizji rozmieszcza się w rejonie ześrodkowania tego pułku. W czasie wprowadzania pułku do walki, jego kompania medyczna ugrupowuje się i rozmieszcza na tych samych zasadach, co pułku pierwszorzutowego.

W dywizji działającej w pierwszym rzucie armii tyły dywizyjne z reguły ugrupowuje się w dwa rzuty i rozmieszcza w wolnych przestrzeniach między elementami ugrupowania bojowego lub za ugrupowaniem bojowym dywizji.

W skład pierwszego rzutu tyłów dywizji wchodzi jednostki służby zdrowia. W skład drugiego rzutu wchodzi tylowe stanowisko dowodzenia /TSD/. Niekiedy w skład drugiego rzutu może wchodzić również część jednostek medycznych, przewidzianych do rozwinięcia w późniejszym terminie, np. medyczny batalion wzmocnienia /organiczny batalion medyczny/.

W położeniu wyjściowym do natarcia pierwszy rzut tyłów dywizyjnych rozmieszcza się między pierwszym a drugim rzutem dywizji, a więc w odległości około 15 km od przedniego skraju. Medyczny batalion wzmocnienia /mbw/ rozwija się zwykle na kierunku głównego uderzenia dywizji w takim rejonie, który zapewnia dogodnie warunki ewakuacji zarówno z kierunku pomocniczego, jak i z jednostek drugorzutowych.

Tyły dywizji znajdującej się w drugim rzucie lub w odwodzie armii rozmieszcza się zwykle w rejonie ześrodkowania danej dywizji.

Jeżeli dywizja przechodzi do natarcia z marszu /z rejonu wyjściowego położonego w głębi lub z drugiego rzutu/, to przed rubieżą wprowadzenia do walki należy rozwinąć DPM, zwłaszcza jeżeli na tym kierunku nie ma rozwiniętego DPM innej dywizji lub został on zapełniony porażonymi.

Zasady ugrupowania tyłów nie stanowią sztywnej reguły. W zależności od konkretnej sytuacji możliwe są znaczne odchylenia od teoretycznych norm i różne warianty możliwych do przyjęcia rozwiązań. Na przykład w wypadku rozwijania natarcia z płytkiego przyczółka tyły dywizji mogą być ugrupowane w jednym rzucie, w odległości zaledwie kilku kilometrów od linii styczności z nieprzyjacielem. Podobna sytuacja może zaistnieć, gdy na zapleczu własnych wojsk działają liczne grupy z rozbitych oddziałów przeciwnika lub też w przypadkach szczególnej aktywizacji wrogiego podziemia.

2. Manewr pododdziałami i oddziałami służby zdrowia pułku i dywizji

Częstotliwość przemieszczania jednostek służby zdrowia

pułku i dywizji w natarciu zależy głównie od rozwoju sytuacji bojowej i osiąganego tempa natarcia wojsk.

Przemieszczanie poszczególnych jednostek medycznych musi być wykonywane terminowo, sprawnie i w miarę możliwości skrycie. Przy tym nie może ono powodować okresowych przerw w udzielaniu pomocy, ani też utrudniać swobody manewru wojsk.

Drużyna sanitarna przemieszcza się za nacierającymi wojskami /w drugim rzucie batalionu/ i w zasadzie pracuje "w ruchu", tzn. zatrzymuje się przy punktach zbiórki porażonych tylko na czas udzielania pomocy. Po udzieleniu pomocy pozostawia porażonych w oznakowanym miejscu i przemieszcza się w ślad za batalionem.

Kompania medyczna pułku przemieszcza się i rozwija pułkowy punkt medyczny /PPM/ w zasadzie 2-4 razy na dobę, z takim wyliczeniem, aby długość ramienia ewakuacji nie przekraczała 8-12 km, a pomoc medyczna porażonemu mogła być udzielona przed upływem 4 godzin od chwili porażenia.

Na rejon kolejnego rozwinięcia może być wybrane duże skupisko porażonych w batalionowym punkcie medycznym /bpm/ lub ognisku masowych strat.

W punkcie zbiórki porażonych, gdzie rozwinięcie całego PPM jest niecelowe lub niemożliwe, kompania medyczna może udzielać pomocy w sali opatrunkowej na samochodzie.

Czas pracy kompanii medycznej w jednym rejonie może wynosić 2-3 godziny.

Przemieszczanie batalionu medycznego dywizji /mbw/ dokonywane jest zwykle przez kolejne rozwijanie nowych DPM w miarę zapełniania porażonymi uprzednio rozwiniętych.

Batalion medyczny dywizji /mbw/ może rozwijać się raz na 2-3 dni, z czego średnio 16 godzin przypada na efektywną pracę. Grupy chirurgiczne mogą pracować do 16, a w niektórych wypadkach - do 18 godzin dziennie. Pozostały czas zużytkowany jest na zwinięcie i rozwinięcie etapu, przesunięcie, odpoczynek, rekonesans, uzupełnienie sprzętu, materiału medycznego oraz - w razie potrzeby - również brakującego personelu.

Ewakuację do DPM prowadzi się do czasu, kiedy wojska oddalą się na odległość 20-25 km.

Manewr DPM do nowego rejonu może być zabezpieczony poprzez:

- przejęcie niezdolnych do transportu przez grupy hospitalizacyjne;
- ewakuowanie porażonych i chorych niezdolnych do transportu przy pomocy śmigłowców do BSzF;
- "nakrycie" rejonu rozmieszczenia DPM przez BSzF;
- podział etapu na dwie części, z których jedna pozostaje na miejscu, natomiast druga przesuwa się do nowego rejonu.

Ponieważ w warunkach działań zaczepnych czas przebywania jednostek medycznych w jednym rejonie jest krótki, ponadto jednostki te nie dysponują odpowiednimi siłami i nie posiadają maszyn inżynierskich, możliwość rozbudowy niezbędnej ilości ukryć inżynierskich jest bardzo problematyczna.

Z tych względów przy rozmieszczaniu oddziałów /pododdziałów/ służby zdrowia należy przestrzegać zasad rozśrodkowania i maskowania, w maksymalnym stopniu wykorzystywać naturalne ukrycia terenowe i ukrycia pozostawione przez wojska własne i nieprzyjaciela, zorganizować sprawnie działający system powiadamiania o zagrożeniu oraz unikać rozmieszczania jednostek medycznych w pobliżu obiektów możliwych uderzeń jądrowych nieprzyjaciela.

Wobec powyższego wskazane jest rozmieszczać oddziały/pododdziały/ służby zdrowia w pobliżu drugich rzutów, odwołów i jednostek wsparcia oraz utrzymywać z tymi jednostkami ścisłą łączność powiadamiania o zagrożeniu.

3. Straty sanitarne

Zjawiskiem typowym w działaniach zaczepnych jest nierównomierne rozłożenie strat sanitarnych w przestrzeni i czasie. W tej samej operacji procentowy udział strat od broni konwencjonalnej lub jądrowej będzie kształtować się różnie dla różnych pododdziałów, oddziałów i związków taktycznych, stosownie do ich zadania i miejsca w ugrupowaniu bojowym /operacyjnym/.

W okresie organizacji działań zaczepnych najwyższe straty sanitarne od broni jądrowej mogą wystąpić nie w wojskach będących w bezpośredniej styczności z nieprzyjacielem, lecz znajdujących się w rejonach ześrodkowania /wyjściowych/ lub w trakcie wprowadzania ich do walki.

Średnio straty sanitarne w okresie organizacji działań

zaczepnych wahać się mogą w granicach od 0,5% do 1% stanu osobowego.

W czasie prowadzenia natarcia wysokich strat spodziewać się można na kierunkach nieprzyjacielskich kontrataków i przeciwdzierzeń oraz w trakcie wprowadzania do walki odwodów i drugich rzutów.

Największe straty od broni konwencjonalnej zaistnieją prawdopodobnie w pierwszym dniu natarcia oraz w czasie przełamywania kolejnych rubieży obrony nieprzyjaciela i forsowania dużych przeszkód wodnych.

Prognozując straty sanitarne od broni biologicznej należy uwzględnić fakt, że porażeni tą bronią będą opuszczać szeregi dopiero w następnych dniach.

Wielkość strat sanitarnych od broni jądrowej zależy głównie od liczby i mocy ładunków jądrowych, rodzaju wybuchów, stopnia rozśrodkowania wojsk oraz stopnia wykorzystania naturalnych i sztucznych ukryć terenowych. Przy prognozowaniu orientacyjnych strat wychodzi się zwykle z liczby możliwych uderzeń jądrowych na dany oddział lub dywizję oraz z mocy ładunków.

Rozpiętość strat sanitarnych od jednego uderzenia będzie bardzo duża: od 15-20 porażonych przy mikroładunku do 0,1 kt, do około 100-120 porażonych przy ładunku o mocy 10-15 kt. Straty spowodowane jednym ładunkiem jądrowym o mocy 50 kt mogą przekraczać 900 porażonych.

Znaczne straty sanitarne wystąpią w oddziałach /związках taktycznych/ pierwszorzutowych i mogą wynosić 70-75% /przyjmując straty sanitarne tego okresu za 100/, a w drugorzutowych - 25-30%^{x/}.

Przykład:

Prognozowane dobowe straty sanitarne ZT - 20%

Prognozowane straty sanitarne w zadaniu bliższym 60% stanu osobowego /przyjmując

20% = 100/ - 12%

Z tego:

w I rzucie 70% /przyjmując 12% = 100/ - 8,4%

w II rzucie 30% /przyjmując 12% = 100/ - 3,6%

x/ W celu obliczenia strat ogólnych należy zwiększyć liczbę strat sanitarnych o 35%, tj. o wartość odpowiadającą stratom bezpowrotnym.

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%

Dane dotyczące przewidywanych strat sanitarnych od różnych rodzajów broni należy traktować jako orientacyjne. Ogólna wielkość tych strat za dzień natarcia raczej nie będzie sumą strat od poszczególnych środków rażenia. Oddział, który poniesie duże straty od broni jądrowej, w najlepszym wypadku będzie mógł wykonać ograniczone zadanie bojowe, a jego straty od broni konwencjonalnej mogą być niższe od przeciętnych. Mało prawdopodobne jest również wykonanie przez nieprzyjaciela zamierzanych uderzeń na ten sam obiekt środkami jądrowymi i środkami chemicznymi.

Z tych względów prognozowane straty sanitarne za każdym razem muszą być precyzowane na podstawie wnikliwej analizy wszystkich elementów konkretnej sytuacji bojowej.

4. Zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne

a/ Kompania

Na polu walki udzielona jest pierwsza pomoc. Możliwości udzielania pierwszej pomocy przez jednego sanitariusza kompanii są bardzo ograniczone. Ze względu na znaczne rozśrodkowanie wojsk oraz duże tempo natarcia nie będzie on w stanie udzielić pomocy wszystkim porażonym.

Każdy żołnierz musi umieć udzielić pierwszej pomocy sobie /samopomoc/, lub innemu porażonemu żołnierzowi /pomoc wzajemna/.

Przed walką sanitariusz uzupełnia żołnierzom opatrunki osobiste oraz /o ile pozwala na to czas/ poucza żołnierzy o sposobach udzielania pierwszej pomocy.

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

b/ Batalion

Zabezpieczany jest przez drużynę sanitarną. W skład dru-

zyny wchodzi: dowódca - podoficer sanitarny, sanitariusz - dozymetrysta, sanitariusz i kierowca samochodu sanitarnego - sanitariusz /+ samochód sanitarny/.

Dowódca drużyny sanitarnej podlega służbowo dowódcy batalionu, a fachowo starszemu lekarzowi pułku. Dowódcy drużyny sanitarnej podlegają fachowo sanitariusze w kompaniach batalionu.

Podstawowymi zadaniami drużyny sanitarnej są:

- wywożenie /wynoszenie/ porażonych z rejonów kompanii /ognisk masowych strat/ etatowymi i przydzielonymi środkami do punktów zbiórki porażonych oraz przygotowanie ich do dalszej ewakuacji;
- udzielanie pomocy przedlekarskiej oraz pierwszej pomocy tym, którzy jej dotychczas nie otrzymali;
- prowadzenie czynności sanitarno-przeciwepidemicznych;
- zaopatrywanie żołnierzy w materiał medyczny;
- prowadzenie rozpoznania medycznego w rejonie batalionu.

Pomoc przedlekarska obejmuje: poprawienie opatrunków, opasek uciskowych, unieruchomień, podawanie leków przeciwbólowych.

W sytuacji wyjściowej do natarcia drużyna sanitarna znajduje się w odległości około 1,5 km od przedniego skraju.

Z chwilą przejścia batalionu do natarcia drużyna sanitarna pracuje "w ruchu", koncentrując się głównie na zbieraniu i wywożeniu porażonych z pola walki oraz udzielaniu im pomocy przedlekarskiej.

Drużyna sanitarna jest w stanie w ciągu doby udzielić pomocy przedlekarskiej około 70 porażonym żołnierzom.

Drużyna sanitarna grupuje porażonych w punktach zbiórki porażonych, lokalizując je na osi ewakuacji w pobliżu dróg dowozu. Stąd zostają oni wyewakuowani do PPM transportem sanitarnym kompanii medycznej, pułku albo powrotnym adaptowanym transportem dowozu.

O miejscu pozostawienia porażonych dowódca drużyny przekazuje meldunek starszemu lekarzowi /np. przez radiostację dowódcy batalionu/.

Dalej drużyna przesuwa się po zawczasu wyznaczonej osi ewakuacji bezpośrednio za ugrupowaniem batalionu.

c/ Pułk

W pułku służbą zdrowia kieruje starszy lekarz pułku, który służbowo podlega dowódcy pułku, a fachowo szefowi służby zdrowia dywizji. Starszemu lekarzowi pułku podlega bezpośrednio dowódca kompanii medycznej i fachowo - dowódcy drużyn sanitarnych batalionów.

Kompania medyczna jest podstawowym pododdziałem służby zdrowia pułku. W jej skład wchodzi:

- pluton pierwszej pomocy lekarskiej /dowódca plutonu - lekarz, lekarz stomatolog, technik farmaceutyczny, szef kompanii, trzech sanitariuszy, kucharz, trzech kierowców/;
- drużyna ewakuacji porażonych /dowódca drużyny - podoficer sanitarny, trzech sanitariuszy, czterech kierowców-sanitariuszy/;
- sala opatrunkowa na samochodzie i cztery samochody sanitarne.

Pluton pierwszej pomocy lekarskiej rozwija pułkowy punkt medyczny, natomiast drużyna ewakuacji porażonych prowadzi ewakuację z pododdziałów do PPM.

Do podstawowych zadań kompanii medycznej należy:

- prowadzenie ewakuacji z pododdziałów i ognisk masowych strat sanitarnych;
- rozwijanie pułkowego punktu medycznego;
- udzielanie porażonym pierwszej pomocy lekarskiej;
- wydzielanie sił i środków do grupy ratunkowo-ewakuacyjnej;
- zabezpieczenie stanu osobowego pułku pod względem sanitarno-higienicznym i przeciwepidemicznym;
- zaopatrywanie w sprzęt i materiał medyczny.

Kompania medyczna pułku /pz, pcz/ w natarciu rozwija pułkowy punkt medyczny /PPM/ o możliwościach udzielenia pierwszej pomocy lekarskiej 100-150 porażonym w pełnym zakresie lub około 250 porażonym ze wskazań życiowych /w ciągu doby/.

Po udzieleniu pomocy przygotowuje się ich do ewakuacji do dywizyjnego punktu medycznego /rozwinętego przez bm lub mbw/.

Możliwości ewakuacyjne kompanii medycznej wynoszą: około 40 porażonych /jeden rejs.

Zasadniczymi elementami rozwiniętego PPM są:

- posterunek rozdzielczy;
- izba przyjęć i segregacji;

- izba opatrunkowa;
- izba ewakuacyjna;
- izolator;
- plac zabiegów sanitarnych;
- miejsce postoju transportu sanitarnego organicznego oraz dywizyjnego;
- część gospodarcza.

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

Pułkowy punkt medyczny rozmieszcza się w pomieszczeniach stałych lub w namiotach. Czas potrzebny na rozwinięcie wszystkich elementów PPM wynosi 15-20 minut /w lecie/. Dużym ułatwieniem w pracy jest wyposażenie kompanii medycznej w salę opatrunkową na samochodzie, która umożliwia natychmiastowe udzielanie pomocy bez rozwijania innych urządzeń.

W czasie działań bojowych kompania medyczna nie ma warunków do stacjonarnego leczenia porażonych i chorych. Po udzieleniu pomocy lekarskiej kieruje się lekko porażonych /około 5%/ z powrotem do walczących wojsk, a pozostałych /około 90%/ ewakuuje do kolejnych etapów medycznych.

Zakres pomocy medycznej w PPM ustala szef służby zdrowia dywizji.

Pierwsza pomoc lekarska obejmuje czynności skierowane w zasadzie na podtrzymanie życia porażonych i chorych oraz na zapobieganie i walkę z najbardziej groźnymi skutkami porażenia. Czynności te mają na celu przygotowanie porażonych do ewakuacji na etapy zapewniające im właściwe leczenie.

W ramach pierwszej pomocy lekarskiej można rozróżnić dwie grupy przedsięwzięć. Pierwsza obejmuje czynności przeprowadzone ze wskazań życiowych, niezbędne, ratujące życie porażonym, natomiast druga stanowi przedsięwzięcia, które bez obawy o życie porażonych mogą być przeprowadzone na kolejnym etapie ewakuacji medycznej.

Ograniczając zakres pomocy rezygnuje się z czynności drugiej grupy. Jest to naturalnie posunięcie wymuszone.

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

- wykonanie wstępnych zabiegów dezynfekcyjnych i dezaktywacyjnych;
- kontrola udzielonej pomocy przedlekarskiej;
- walka ze wstrząsem i utratą krwi;
- zamknięcie otwartej odmy, udrożnienie tchawicy, cewnikowanie pęcherza moczowego, amputacja zmiażdżonej kończyny, opatrwanie ran;
- podanie płynów krwiozastępczych;
- podanie antybiotyków, surowic, preparatów przeciwbólowych;
- izolowanie podejrzanych o choroby zakaźne;
- założenie karty ewakuacyjnej.

Udzielanie pierwszej pomocy lekarskiej połączone jest z koniecznością uprzedniego dokonania segregacji medycznej zwłaszcza przy masowym napływie porażonych do PPM. Segregacja medyczna dokonywana w PPM pozwala wydzielić następujące grupy porażonych i chorych:

- stanowiących niebezpieczeństwo dla otoczenia /skażeni, chorzy zakaźnie/, których kieruje się na plac zabiegów sanitarnych lub do izolatora zakaźnego;
- wymagających pierwszej pomocy lekarskiej ze wskazań życiowych, których kieruje się do izby opatrunkowej /sali opatrunkowej na samochodzie/;
- nie wymagających pomocy w PPM, których ewakuuje się do DPM /rozv. mbw/, kierując bezpośrednio do izby ewakuacyjnej;
- będących w agonii, wymagających pozostawienia w PPM.

Ponadto ustala się rodzaj środka transportu sanitarnego i pozycję w jakiej należy przewozić porażonego.

W okresie przygotowawczym do natarcia starszy lekarz pułku opracowuje plan zabezpieczenia medycznego. Zatwierdza go przełożony służbowy. Następnie zadania wynikające z planu podaje do wiadomości swoich podwładnych. Dokonuje się uzupełnienia brakującego wyposażenia medycznego. Przeprowadzone zostają konieczne czynności sanitarnohigieniczne i przeciwepidemiczne.

Jeżeli pułk uprzednio znajdował się w walce i w jego punktach medycznych znajdują się porażeni i chorzy, należy ich wyewakuować i zapewnić punktom pełną manewrowość.

Dokonuje się poprawy położenia punktów medycznych w stosunku do przewidywanych zadań w walce.

Starszy lekarz pułku może uzyskać od przełożonego fachowego siły i środki wzmocnienia, dokonuje wówczas ich rozdziału i tworzy niezbędny odwód tych sił i środków /odwód starszego lekarza pułku/.

O ile pułk przechodzi do natarcia z rejonu położonego w głębi, starszy lekarz pułku powinien 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 pułku przebywa na SD pułku, gdzie otrzymuje aktualne informacje o wielkości strat sanitarnych i rejonach ich powstania, co pozwala mu korygować plan zabezpieczenia medycznego oraz przekazywać bieżące informacje szefowi służby zdrowia dywizji.

Przesunięcie pułkowego punktu medycznego w nowy rejon działania nie powinno spowodować przerwy w udzielaniu pierwszej pomocy lekarskiej. Zapewnienie ciągłości może być osiągnięte przez:

- wcześniejsze wysunięcie w nowy rejon rozwinięcia PPM sali opatrunkowej na samochodzie wraz z odpowiednim wzmocnieniem;
- skierowanie na nową rubież udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, PPM pułku artylerii;
- skierowanie potoku porażonych do punktu medycznego sąsiedniego pułku;
- skierowanie potoku porażonych z pola walki wprost do DPM /rozw. mbw/.

Zakładając, że straty sanitarne dywizji w pierwszym dniu natarcia wynoszą 15% jej stanu osobowego, to w niektórych oddziałach tej dywizji /w 1-2 pz/ straty te mogą sięgać 30% i więcej. W takim wypadku pomocy lekarskiej wymagać będzie w pz - około 570 porażonych, w DZ - około 1600 porażonych.

Możliwości udzielenia pierwszej pomocy lekarskiej w PPM oraz przygotowania do dalszej ewakuacji wynoszą około 150-250 porażonych w ciągu doby, tj. około 26-44% ogółu porażonych. Pierwsza pomoc lekarska dla pozostałej ilości porażonych będzie udzielona siłami służby zdrowia wyższego szczebla.

Potrzeby transportu sanitarnego i transportu ogólnego

przeznaczenia na szczeblu pułku oblicza się biorąc pod uwagę wyłącznie porażonych bronią konwencjonalną. Transport sanitarny kompanii medycznej, przy średnim ramieniu ewakuacji 10 km, jest w stanie wykonać 5 rejsów w ciągu doby i wyewakuować około 200 porażonych. Pozostała liczba, zwłaszcza lekko porażonych, może być ewakuowana transportem ogólnego przeznaczenia.

W razie powstania w pułku ognisk masowych strat /od broni jądrowej lub chemicznej/ ewakuacja porażonych prowadzona będzie przede wszystkim transportem grup ratunkowo-ewakuacyjnych oraz transportem porażonego oddziału.

Do niesienia pomocy w rejonach masowych strat sanitarnych mogą być wykorzystane:

- drużyna sanitarna batalionu niezaangażowanego w walce;
- odwód starszego lekarza pułku;
- kompania medyczna pułku;
- pododdziały medyczne wyższego szczebla skierowane do pomocy służbie zdrowia pułku.

Pierwszej pomocy w ognisku masowego rażenia bronią jądrową /lub chemiczną/ udzielają porażonym grupy ratunkowe pułku, w których składzie działa personel medyczny.

Muszą one znaleźć porażonych, dotrzeć do nich, udzielić im pierwszej pomocy i wywieźć /wynieść/ za granicę ogniska, za którą znajdują się punkty zbiórki porażonych zorganizowane przez służbę zdrowia pułku. W punktach zbiórki porażonych uzupełnia się pierwszą pomoc i kieruje porażonych do wyznaczonych punktów medycznych /PPM, DPM, rozw. mbw/.

Ewakuacja porażonych z ogniska masowych strat prowadzona jest głównie transportem ogólnowojskowym do punktów zbiórki porażonych, dalej - przy współdziałaniu transportu sanitarnego.

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

d/ Dywizja

Szef służby zdrowia dywizji służbowo podlega kwatermi-

strzowi - zastępcy dowódcy dywizji, a fachowo - szefowi służby zdrowia armii.

Szef służby zdrowia dywizji jest przełożonym fachowym starszych lekarzy i lekarzy oddziałów i pododdziałów wchodzących organicznie w skład dywizji /w toku działań bojowych - również i jednostek wzmocnienia/.

Dowódca batalionu medycznego dywizji pod względem służbowym i fachowym podlega szefowi służby zdrowia dywizji.

Batalion medyczny dywizji jest organicznym ruchomym oddziałem służby zdrowia dywizji, przeznaczonym do udzielania porażonym i chorym kwalifikowanej pomocy medycznej profilu chirurgicznego i internistycznego w oparciu o rozwinięty dywizyjny punkt medyczny /DPM/. Posiadane wyposażenie pozwala batalionowi medycznemu /bm/ na działanie w polu w każdych warunkach terenowych i atmosferycznych.

Całością działania batalionu medycznego kieruje jego dowódca, organizujący jednocześnie pracę DPM.

W skład batalionu medycznego dywizji wchodzi następujące pododdziały:

- dowództwo i sztab;
- kompania medyczna /dowódcą lekarz - chirurg/ składająca się z dwóch plutonów segregacyjnych, plutonu chirurgicznego, drużyny szpitalnej i drużyny ewakuacyjnej;
- pluton specjalny;
- gabinet stomatologiczny;
- apteka;
- pluton ewakuacyjno-transportowy;
- kwatermistrzostwo.

Batalion medyczny dywizji liczy około 140 osób. Wśród ważniejszego wyposażenia 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.

Batalion medyczny, głównie jego kompania medyczna, organizuje dywizyjny punkt medyczny /DPM/, składający się z następujących elementów:

- dowództwo i sztab;

- oddział segregacyjno-ewakuacyjny wraz z posterunkiem rozdzielczym;
- punkt zabiegów sanitarnych;
- izolator zakaźny;
- oddział operacyjno-opatrunkowy;
- oddział szpitalny z laboratorium klinicznym i gabinetem stomatologicznym;
- apteka;
- kwatermistrzostwo.

W rejonie DPM wyznacza się miejsca postoju transportu sanitarnego własnego i armijnego, lądowisko dla śmigłowców, urządzenia sanitarnohigieniczne, miejsca grzebania zmarłych, szczeliny /schrony/ przeciwlotnicze itp.

DPM rozwija się w pomieszczeniach stałych /szkoły, kluby/, w namiotach lub też sposobem kombinowanym.

Rozwijając DPM należy w pierwszej kolejności uruchamiać elementy segregacyjne, salę przedoperacyjną i operacyjną.

DPM powinien osiągnąć gotowość do przyjmowania porażonych i chorych w ciągu 30 minut, a całkowicie rozwinąć się w ciągu dwóch godzin od przybycia do rejonu /w leczie/.

W ciągu doby personel DPM jest w stanie udzielić kwalifikowanej pomocy medycznej 250-300 porażonym w pełnym zakresie lub 400-500 porażonym ze wskazań życiowych.

Możliwości ewakuacyjne batalionu wynoszą 100 porażonych jednorazowo /10 samochodów sanitarnych/.

W sytuacji, kiedy zaistnieje wyraźna dysproporcja między możliwościami leczniczymi dywizyjnego punktu medycznego a liczbą porażonych i chorych, DPM może być wzmocniony odpowiednimi grupami specjalistycznymi /np. chirurgicznymi/ z OZM.

Do dywizyjnego punktu medycznego przybywają porażeni i chorzy, którym udzielono pierwszej pomocy lekarskiej w pułkowym punkcie medycznym, a niekiedy tylko pomocy przedlekarskiej. Większość porażonych wymaga udzielenia kwalifikowanej pomocy medycznej. Jednak we współczesnych warunkach personel DPM nie będzie mógł zapewnić tej pomocy wszystkim porażonym. Ograniczy swoją działalność do segregacji i kwalifikowanej pomocy medycznej ze wskazań życiowych.

Działalność DPM obejmuje dwa zakresy pomocy:

- ze wskazań życiowych /pomoc natychmiastowa/;
- pomoc, którą można w trudnej sytuacji odroczyć do następnego etapu ewakuacji medycznej.

W stosunku do porażonych bronią jądrową stosowane są zabiegi operacyjne w uszkodzeniach mechanicznych, kompleksowe postępowanie w chorobie popromiennej i oparzeniach oraz usuwanie skażeń promieniotwórczych zewnętrznych i w miarę możliwości wewnętrznych.

Porażeni bronią chemiczną, oprócz całkowitych zabiegów sanitarnych, mają zapewnione leczenie ogólne i miejscowe /leki, odtrutki, tlen, krew konserwowana, płyny krwiozastępcze, zabiegi reanimacyjne/.

W wypadku użycia przez nieprzyjaciela broni biologicznej podejmuje się w DPM środki zapobiegawcze, wprowadza się reżim przeciwepidemiczny, organizuje się izolowanie chorych zakaźnie oraz podejrzanych o chorobę zakaźną i stosuje się odpowiednie leczenie wstępne. Właściwe leczenie chorych zakaźnie odbywa się w polowych szpitalach zakaźnych.

Przy napływie do DPM chorych zakaźnie, głównie porażonych bronią biologiczną, wstrzymuje się czasowo dalszą ewakuację z DPM i zarządza kwarantanną. Czasokres kwarantanny ustala się w zależności od okresu wylęgania choroby zakaźnej oraz od rodzaju zarazków użytych przez nieprzyjaciela w charakterze broni biologicznej.

Podobna sytuacja zmusza DPM nie tylko do zapewnienia kwalifikowanej pomocy wszystkim znajdującym się w jego obrębie porażonym, ale w miarę możliwości do jej rozszerzenia.

Jest rzeczą zrozumiałą, że podobne rozszerzenie i zmiana zakresu pomocy możliwe są do zrealizowania jedynie pod warunkiem wzmożenia DPM przez zespoły specjalistyczne z OZM.

Wszyscy porażeni i chorzy nie wymagający natychmiastowej pomocy kwalifikowanej, po sprawdzeniu stanu ogólnego i opatrunków, otrzymaniu preparatów farmakologicznych, podlegają niezwłocznej ewakuacji do szpitali polowych BSzF, które zapewnią im pomoc w pełnym rozmiarze.

Z tego co wyżej zostało przedstawione wynika, że zakres pomocy medycznej w DPM może ulegać znacznym zmianom.

W czasie działań bojowych dywizyjny punkt medyczny nie

ma warunków do stażonarnego leczenia porażonych. Otrzymują oni pomoc medyczną, po czym są kierowani do oddziału ewakuacyjnego.

Ewakuacji do BSzF podlega około 90% porażonych, około 5% wraca do walczących oddziałów.

W sytuacji wymagającej pilnego przesunięcia DPM - po zakończeniu udzielania porażonym pomocy medycznej - należy skierować do DPM grupy hospitalizacyjne, które przejmą opiekę nad porażonymi niezdolnymi do ewakuacji /jedna grupa hospitalizacyjna może objąć opieką 25-35 porażonych przez okres 3-5 dni/.

W czasie przesunięcia etapu istnieje możliwość podziału DPM na dwa rzuty. Do nowego rejonu skierowuje się jeden pluton segregacyjny i odpowiednio wzmocniony zespół operacyjny na samochodach. Pozostałe pododdziały DPM po wykonaniu pracy w poprzednim rejonie dołączają do wysuniętego DPM.

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 medycznej;
- zabezpieczenia sanitarnohigienicznego i przeciwpillemicznego;
- czasowej izolacji chorych na schorzenia zakaźne;
- zaopatrywania w sprzęt i materiał medyczny;
- wydzielania sił i środków do składu ORE lub w celu wzmocnienia służby zdrowia oddziałów.

Jeżeli batalion medyczny dywizji nie uczestniczy bezpośrednio w zabezpieczeniu medycznym działań bojowych, szef służby zdrowia dywizji może doraźnie wykorzystać część jego personelu medycznego i transportu sanitarnego do wzmocnienia działających elementów służby zdrowia dywizji.

Należy w tych wypadkach zapewnić możliwość natychmiastowego, w razie konieczności, powrotu wydzielonych sił i środków do bm.

Ograniczona liczba jednostek i urządzeń medycznych oraz konieczność maksymalnego ich wykorzystania w działaniach bojowych nasuwają potrzebę utworzenia odwodu szefa służby zdrowia dywizji. Odwód ten w czasie działań bojowych rozmieszcza się

za ugrupowaniem bojowym drugiego rzutu, a jego skład uwarunkowany jest aktualnym stanem sił i środków medycznych.

Zabezpieczenie medyczne dywizji organizuje szef służby zdrowia dywizji. Po przeprowadzeniu analizy zadania otrzymanego od kwatermistrza zastępcy dowódcy dywizji oraz uwzględnieniu wytycznych fachowych szefa służby zdrowia armii, szef służby zdrowia dywizji opracowuje /w okresie poprzedzającym działania bojowe/ propozycje zabezpieczenia medycznego. Wyciągi z zatwierdzonego planu zabezpieczenia medycznego przekazuje do realizacji:

- dowódcy batalionu medycznego;
- dowódcom przydzielonych mbw, grup hospitalizacyjnych, ogólnochirurgicznych itp.;
- starszym lekarzom pułków i lekarzom samodzielnych oddziałów;
- starszym lekarzom /lekarzom/ przydzielonych oddziałów wojskowych.

Kopię planu przesyła szefowi służby zdrowia armii.

W okresie poprzedzającym natarcie /o ile dywizja 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.

Jeżeli dywizja uprzednio znajdowała się w walce, czynności przygotowawcze obejmują także przedsięwzięcia, jak:

- uwalnianie etapów ewakuacji medycznej od znajdujących się tam porażonych i chorych, zwinięcie etapów i przybliżenie do wojsk;
- ukompletowanie personelu i wyposażenia jednostek służby zdrowia, doprowadzenie do sprawności sprzętu medycznego, technicznego a szczególnie transportu sanitarnego;
- zorganizowanie odvodu szefa służby zdrowia dywizji;
- przeprowadzenie niezbędnych czynności sanitarnohigienicznych i przeciwepidemicznych oraz dokonanie rozpoznania medycznego.

W czasie działań bojowych szef służby zdrowia dywizji znajduje się na KSD dywizji, gdzie otrzymuje aktualne informacje o liczbie porażonych w poszczególnych oddziałach /pododdziałach/ dywizji, co pozwala mu dokonać manewru podległą służbą zdrowia, a ponadto może występować do szefa służby zdrowia ar-

mi /drogą radiową/ z prośbą o przydzielenie wzmocnienia medycznego.

Przydzielenie wzmocnienia medycznego do pierwszorzutowych pułków dokonywane jest przez szefa służby zdrowia dywizji przed rozpoczęciem działań bojowych. Może ono dotyczyć dodatkowego transportu sanitarnego, ewentualnie pododdziału medycznego z oddziału /pododdziału/, znajdującego się w drugim rzucie lub nie działającego samodzielnie /np. z batalionu saperów, łączności, oddziałów artylerii/.

Pododdziały medyczne jednostek raketowych i artyleryjskich rozwijają swoje urządzenia za ugrupowaniami bojowymi lub stanowiskami ogniowymi swoich jednostek, a mianowicie:

- punkty medyczne dywizjonów i pułków w odległości do 3 km od stanowisk ogniowych;
- punkty medyczne brygady /dywizji/ w odległości do 10 km od stanowisk ogniowych.

Wydolność leczniczo-ewakuacyjna punktów medycznych jednostek raketowych i artyleryjskich jest mniejsza niż analogicznych etapów ewakuacji medycznej dywizji zmechanizowanych i pancernych.

Zgodnie z planem zabezpieczenia medycznego dywizji wyznacza się przed walką pododdziały służby zdrowia mające wykonywać zadania w ramach oddziału ratunkowo-ewakuacyjnego /ORE/. Do wytypowanego pododdziału medycznego przydziela się dodatkowe środki transportu sanitarnego, zespół operacyjny na samochodach i sanitariuszy /z OZM/. W wypadku powstania masowych strat sanitarnych w oddziałach /pododdziałach/ dywizji - szef służby zdrowia armii kieruje dodatkowe siły i środki oraz zespół dowodzenia z oddziału zabezpieczenia medycznego /OZM/, który przejmuje dowodzenie jednostkami medycznymi wykonującymi zadania w rejonie masowych strat sanitarnych.

Na okres natarcia szef służby zdrowia armii może przydzielić dywizji jako wzmocnienie:

- do dwóch medycznych batalionów wzmocnienia /mbw/;
- do dwóch grup ogólnochirurgicznych z OZM/;
- do dwóch grup hospitalizacyjnych z kompanii hospitalizacyjnej /kh/.

Mbw wykorzystywane są do rozwijania DPM lub niesienia

pomocy w ogniskach masowych strat sanitarnych. Ich możliwości w zakresie udzielania kwalifikowanej pomocy medycznej są takie same jak batalionu medycznego dywizji.

Przydzielone grupy ogólnochirurgiczne wykorzystywane są do zwiększenia możliwości leczniczych DPM organizowanego zarówno siłami bm jak i mbw.

Grupy hospitalizacyjne przejmują opiekę nad porażonymi, którzy czasowo nie nadają się do ewakuacji do BSzF.

Na podstawach wyjściowych do natarcia /na rubieży wejścia dywizji do walki/, w odległości 10-15 km od przedniego skraj, zwykle siłami przydzielonego mbw rozwija się DPM, który zabezpiecza przyjmowanie porażonych na głębokość zadania bliższego dywizji. Do zabezpieczenia zadania dalszego, a więc w połowie dnia natarcia, siłami kolejnego mbw lub organicznego bm rozwija się następny DPM.

Zaleca się rozwijanie DPM w rejonie dotychczasowego rozwinięcia jednego z PPM i przejęcia znajdujących się tam porażonych.

Rozwinięty bm /mbw/ pracuje w jednym rejonie 1-1,5 doby, tyle bowiem czasu potrzeba na jego rozwinięcie, udzielenie kwalifikowanej pomocy medycznej porażonym i wyewakuowanie ich do BSzF oraz na zwinięcie.

Dywizja nacierająca na kierunku pomocniczym może otrzymać jeden mbw. Wówczas, na początek dnia natarcia, powinna rozwinać mbw, a pod koniec dnia walki - organiczny bm.

Z chwilą rozpoczęcia działań bojowych zaczynają napływać do punktów medycznych porażeni. Specyfika ewakuacji powoduje, że intensywny napływ porażonych do PPM rozpoczyna się po 2-4 godzinach, a do DPM /rozw.mbw/ - po 3-6 godzinach od czasu rozpoczęcia działań bojowych.

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

Przewiduje się, że z ogólnej liczby porażonych i chorych znajdujących się w DPM, około 95% podlega dalszej ewakuacji. Z tej liczby około 60% wymaga ewakuacji transportem sanitarnym

lub lotniczym, zaś pozostali mogą być ewakuowani transportem ogólnego przeznaczenia /np. opróżnionym po dowozie zaopatrzenia/.

Średnie ramie ewakuacji w ogniwie PPM - DPM wynosi około 20 km. Zatem, utrzymując się w granicach średniego dziennego przebiegu, transport sanitarny dywizji w ciągu doby jest w stanie wykonać 4 rejsy.

Jeżeli dywizja wzmoconiona została dwoma mbw, to jej ogólne dobowe możliwości ewakuacyjne wyniosą 780-1040 porażonych /przy 100% ukończeniu transportu/.

Ponieważ w warunkach stosowania broni masowego rażenia transport sanitarny jest niewystarczający w stosunku do potrzeb dywizji, zachodzi konieczność uzupełnienia go znaczną ilością transportu ogólnego przeznaczenia. Do tego celu wykorzystuje się przede wszystkim transport opróżniony po dowozie amunicji.

Charakter współczesnego natarcia, warunki jego prowadzenia oraz konkretna sytuacja taktyczna i tyłowa wymagają elastycznej organizacji i różnorodnych form prowadzenia ewakuacji medycznej.

W okresach dużego napływu porażonych należy do maksimum wykorzystać wszystkie posiadane środki transportowe. Od początku dnia natarcia, do ewakuacji porażonych należy angażować nie tylko transport rozwiniętego batalionu /bm lub mbw/, lecz również batalionów znajdujących się w odwodzie, przeznaczonych do rozwinięcia w późniejszym terminie.

Znaczne przyspieszenie ewakuacji można osiągnąć przez pomijanie niektórych punktów medycznych, np. z punktów zbiórki porażonych w pododdziałach bezpośrednio do DPM lub z PPM i rejonów uderzeń jądrowych bezpośrednio do BSzF.

Częściowe pomijanie etapów ewakuacji medycznej w natarciu może być koniecznością, wynikającą chociażby z ograniczonych możliwości udzielania pomocy w punktach medycznych /PPM, DPM/.

W celu sprawnego i maksymalnego wykorzystania transportu sanitarnego dywizji, należy skoncentrować go w odwodzie szefa służby zdrowia dywizji. Dotyczy to zarówno transportu organicznego bm, jak i przydzielonych mbw.

W czasie natarcia ewakuację porażonych i chorych

należy prowadzić własnym transportem z niższych etapów medycznych do własnych, czyli "na siebie", przy czym dla usprawnienia ewakuacji celowe jest wcześniejsze skierowanie środków transportowych na kierunki działania pułków. Do ewakuacji lekko porażonych należy wykorzystywać transport ogólnego przeznaczenia.

Ewakuacja porażonych i chorych z jednostek wsparcia i wzmożenia oraz innych jednostek obsługi wojsk realizowana jest w myśl zasady "od siebie", transportem tych jednostek do punktów medycznych pułku i dywizji.

Jednym z trudniejszych problemów zabezpieczenia medycznego natarcia jest organizacja pomocy medycznej w rejonach masowych strat sanitarnych. Przy jednoczesnym zabezpieczeniu medycznym nacierających wojsk trzeba będzie skierować do rejonów uderzeń jądrowych znaczne ilości sił i środków służby zdrowia.

W rejonach tych będą działać przede wszystkim siły i środki służby zdrowia wydzielone do grup ratunkowo-ewakuacyjnych /oddziału ratunkowo-ewakuacyjnego/ oraz drużyny sanitarne porażonych pododdziałów.

Jeżeli pułk, na który wykonane zostały uderzenia jądrowe, kontynuuje natarcie, to jego kompania medyczna całością lub częścią sił działań będzie w rejonie porażenia do czasu przybycia w ten rejon sił i środków medycznych wyższego szczebla /dywizji lub armii/, po czym skierowana zostanie na kierunek nacierających pododdziałów.

Na podobnych zasadach wykorzystuje się również batalion medyczny dywizji.

Szef służby zdrowia armii może skierować do rejonu wystąpienia masowych strat sanitarnych dodatkowo mbw, transport sanitarny, część batalionu przeciwepidemicznego itp.

W czasie likwidacji skutków uderzeń bronią masowego rażenia konieczna jest ścisła współpraca służby zdrowia z wojskami inżynieryjnymi, służbą chemiczną oraz z grupą /oddziałem/ ratunkowo-ewakuacyjną.

Szczególnie trudna sytuacja w zakresie udzielania pomocy medycznej zaistnieje w wypadku, gdy w ślad za uderzeniami jądrowymi przeciwnik wykona kontratak lub przeciwuderzenie.

e/ Armia

Zabezpieczenie medyczne wojsk organizuje szef służby zdrowia armii.

Na szczeblu armii nie prowadzi się leczenia.

Do najważniejszych zadań służby zdrowia armii należy zaliczyć:

- zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne - polegające na prowadzeniu ewakuacji z DPM do szpitali polowych BSzF, wspieraniu służby zdrowia związków taktycznych;
- zabezpieczenie sanitarnohigieniczne i przeciwepidemiczne;
- sanitarną ochronę przed bronią masowego rażenia;
- zaopatrywanie związków taktycznych i samodzielnych oddziałów w sprzęt i materiał medyczny oraz w krew i płyny krwiozastępcze.

Rozdział XI

ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE PUŁKU I DWIZJI W OBRONIE

Współczesne działania obronne charakteryzuje duża aktywność, manewrowość, zmienność sytuacji oraz stosunkowo krótki czas ich organizacji i prowadzenia.

W wypadku przejścia dywizji /pułku/ do obrony w bezpośredniej styczności z nieprzyjacielem warunki organizacji i pracy służby zdrowia z reguły będą trudniejsze niż w wypadku organizowania obrony bez styczności. Czas na realizację zadań będzie bardzo ograniczony, punkty medyczne - wypełnione porażonymi i chorymi, a siły i środki ewakuacyjne - zaangażowane w ewakuacji.

Jeżeli obrona jest organizowana bez styczności z nieprzyjacielem, pododdziały i oddziały służby zdrowia oddziałów i dywizji dysponują większą ilością czasu na przyjęcie odpowiedniego ugrupowania, lepsze przygotowanie pod względem inżynierijnym rejonów rozmieszczenia oraz na inne niezbędne czynności.

Szczególnie trudne warunki pracy służby zdrowia mogą wystąpić w czasie odpierania przez dywizję przeciwuderzenia nieprzyjaciela oraz w razie niepomyślnego wyniku boju spotkaniowego.

W pierwszym przypadku należy liczyć się z dużymi stratami sanitarnymi oraz z możliwością głębokiego wiamania się nieprzyjaciela w głąb obrony.

W drugim - jeżeli do boju spotkaniowego doszło w oderwaniu od innych związków taktycznych - dywizja może posiadać odsłonięte skrzydła i nie zabezpieczone linie komunikacyjne z si-

łami głównymi armii. W rezultacie mogą wystąpić dłuższe przerwy w ewakuacji medycznej.

Podobne trudności w analogicznych sytuacjach mogą wystąpić na szczeblu pułku.

Dywizja /pułk/ może przejść do obrony w pierwszym lub drugim rzucie ugrupowania armii /dywizji/. Będąc w pierwszym rzucie, może znajdować się na głównym lub pomocniczym wysiłku obrony.

Na prawdopodobnym głównym kierunku uderzenia nieprzyjaciela zawsze należy liczyć się z możliwością powstania dużych strat sanitarnych. Na pomocniczym wysiłku obrony straty sanitarne mogą być znacznie mniejsze, a zatem i mniejszy wysiłek w zakresie zabezpieczenia medycznego.

Dywizja znajdująca się w drugim rzucie armii /drugorzutowy pułk dywizji/, w okresie poprzedzającym wejście do walki, ma znacznie dogodniejsze warunki pracy służby zdrowia. Straty sanitarne w tym okresie są częstokroć mniejsze, dogodniejsze są warunki rozbudowy inżynierskiej rejonów rozmieszczenia itp. Z tych względów taka dywizja /pułk/ może własnymi środkami ewakuować porażonych i chorych do BSzF /pułk - do DPM lub nawet bezpośrednio do BSzF/.

Z chwilą wejścia dywizji /pułku/ do walki, warunki pracy ulegają zasadniczej zmianie. Jeżeli wykonywany jest zwrot zaczepny /przeciwuderzenie, kontratak/, to warunki te upodabniają się całkowicie do warunków natarcia. Jeżeli natomiast zorganizowana jest obrona na kierunku włamania się nieprzyjaciela - dywizja drugorzutowa /pułk drugorzutowy/ staje się pierwszorzutową.

W działaniach obronnych wzrasta możliwość i zakres bezpośredniego oddziaływania nieprzyjaciela na jednostki medyczne wszystkich szczebli.

Z tego względu należy zwracać szczególną uwagę na inżynierską rozbudowę rejonów rozmieszczenia, maskowanie i na rozśrodkowane rozmieszczenie jednostek służby zdrowia.

Z uwagi na możliwość włamania się nieprzyjaciela w głąb obrony, poszczególne jednostki medyczne rozmieszczają się na zwiększonych odległościach od przedniego skraju.

Pułkowy punkt medyczny rozwija się za drugorzutowym ba-

talionem /za drugorzutowymi kompaniami ozołgów/ lub na jego wysokości, około 10-15 km od przedniego skraju.

W pułku organizującym obronę w drugim rzucie dywizji kompania medyczna rozwija się około 5 km za ugrupowaniem pułku.

Dywizyjny punkt medyczny rozwija się w odległości 20-30 km od przedniego skraju obrony, na kierunku najbardziej dogodnym do prowadzenia ewakuacji medycznej z oddziałów dywizji.

W rejonie rozmieszczenia dywizyjnego punktu zaopatrzenia /DPZ/ 30-40 km od rubieży bezpośredniej styczności wojsk rozwija się również KSD dywizji, a ponadto może być tam rozmieszczony batalion medyczny lub medyczny batalion wzmożenia przewidziany do rozwinięcia w późniejszym terminie.

Punkty medyczne jednostek artyleryjskich, inżynierskich i innych o zakresie pierwszej pomocy lekarskiej, rozmieszczają się w odległości 3-5 km za ugrupowaniami bojowymi lub stanowiskami ogniowymi swoich jednostek. Natomiast punkty medyczne o zakresie kwalifikowanej pomocy medycznej - w odległości 10-15 km za swoimi jednostkami.

Maksymalne zbliżenie jednostek medycznych do walczących wojsk zwykle podyktowane jest względami bezpieczeństwa, np. w wypadku zarysowującego się przejścia dywizji do działań w okrążeniu, przy wysadzeniu przez nieprzyjaciela na zapleczu dywizji desantu powietrznego itp. Chodzi o to, by nie dopuścić do odcięcia jednostek medycznych od walczących wojsk, a jednocześnie zapewnić im obronę i pomoc ze strony oddziałów i pododdziałów liniowych.

Batalion medyczny dywizji drugorzutowej lub stanowiącej odwód szefa służby zdrowia armii rozmieszka się za ugrupowaniem bojowym wojsk, względnie wewnątrz wyznaczonego dywizji rejonu ześrodkowania.

Jednostki służby zdrowia w drugorzutowych oddziałach i związkach taktycznych nie rozwijają etapów ewakuacji medycznej.

Jeżeli dywizja częścią swych sił wykonuje kontratak, to na kierunek kontrataku należy przegrupować jednostki medyczne kontratakujących oddziałów oraz batalion medyczny /mbw/.

Analogicznie postępuje się w wypadku zabezpieczenia kontrataku pułkowego.

W działaniach obronnych obrona i ochrona jednostek medycznych nabiera szczególnego znaczenia. W maksymalnym stopniu należy wykorzystywać naturalne ukrycia terenowe oraz ukrycia pozostawione przez wojska.

Już przy ugrupowaniu tyłów poszczególne jednostki medyczne odsuwa się, w miarę możliwości, od prawdopodobnego głównego kierunku uderzenia nieprzyjaciela. Rozmieszcza się je w pobliżu odwodów i drugich rzutów /lecz nie bliżej jak 3-5 km/, aby w razie ataku nieprzyjaciela mogły one liczyć na szybką i skuteczną pomoc własnych wojsk.

W razie szczególnego zagrożenia dowódca dywizji /pułku/ może przydzielić do obrony jednostek służby zdrowia określoną ilość sił i środków ze swego drugiego rzutu /odvodu/.

Zasada ścisłego powiązania dowozu z ewakuacją medyczną, wyrażająca się w wykorzystaniu opróżnionego transportu do ewakuacji porażonych i chorych, w działaniach obronnych musi być bardziej rygorystycznie przestrzegana niż w natarciu. Czas na ewakuację z kierunków zagrożonych może być bardzo ograniczony. Do ewakuacji medycznej należy zaangażować jak najwięcej transportu sanitarnego i transportu ogólnego przeznaczenia.

Zabezpieczenie medyczne działań obronnych organizuje się i wykonuje według ogólnych zasad. Jednak charakter współczesnej obrony i odmienne warunki w każdej konkretnej sytuacji powodują, że niektóre przedsięwzięcia służby zdrowia mogą charakteryzować się pewną specyfiką, właściwą tylko działaniom obronnym.

Wielkość strat sanitarnych zależeć będzie przede wszystkim od charakteru obrony, stosowanych środków rażenia oraz stosunku sił walczących stron.

Obrona zawczasu przygotowana w oparciu o dogodne rubieże terenowe niewątpliwie wpłynie na obniżenie strat broniących się wojsk. Jeżeli w działaniach bojowych nie będzie zastosowana broń masowego rażenia, to straty sanitarne w obronie mogą być znacznie mniejsze niż w natarciu.

W przeciwnym wypadku, zwłaszcza jeżeli nieprzyjaciel dysponuje znaczną przewagą w środkach jądrowych, należy liczyć się ze znacznymi stratami, takimi jak w natarciu lub niewiele niższymi.

Straty od broni chemicznej mogą być nawet większe niż w natarciu, gdyż wojska zmuszone będą pozostawać dłużej w skażonych rejonach.

Największe straty sanitarne wystąpią niewątpliwie na kierunku głównego uderzenia nieprzyjaciela.

W procesie zabezpieczenia medycznego działań obronnych uczestniczą te same siły i środki co i w natarciu. Również ich możliwości, zakres działania i sposoby wykorzystania pozostają w zasadzie takie same. Pewne różnice dotyczą głównie rozmieszczenia, przemieszczania punktów medycznych oraz skierowania głównego wysiłku służby zdrowia na zabezpieczenie terminowej ewakuacji porażonych i ohorych.

W celu tymczasowego ukrycia porażonych w każdej kompanii organizuje się punkty zbiórki porażonych /gniazda rannych/.

Drużyna sanitarna batalionu rozwija batalionowy punkt medyczny /bpm/, na osi ewakuacji do PPM. W bpm powinno znajdować się miejsce, w którym udzielana jest pomoc przedlekarska porażonym, miejsce dla oczekujących na ewakuację oraz miejsce dla wykonywania częściowych zabiegów sanitarnych. Poza tym powinno być miejsce dla postoju środków transportowych. Bpm najlepiej jest rozwijać w pomieszczeniach stałych, schronach, transzejach itp.

Podstawowymi zadaniami drużyny sanitarnej są:

- wywiezienie /wyniesienie/ porażonych z kompanijnych punktów medycznych /ognisk masowych strat/ oraz przygotowanie ich do ewakuacji;
- udzielenie pomocy przedlekarskiej oraz pierwszej pomocy tym, którzy jej do tej pory nie otrzymali.

Jeśli batalion broni się na odizolowanym kierunku, albo w znacznej odległości od PPM, starszy lekarz pułku może wzmocnić drużynę sanitarną lekarzem, sprzętem i materiałem medycznym oraz transportem sanitarnym. W takim wypadku pierwsza pomoc lekarska udzielana jest w bpm, a ewakuuje się porażonych bezpośrednio do DPM.

Punkty medyczne oddziałów i dywizji rozwija się z dala od przypuszczalnego kierunku głównego uderzenia nieprzyjaciela, w pobliżu dróg dowozu i ewakuacji i w miarę możliwości w rejonach niedostępnych dla czołgów.

Jeżeli dywizja została wzmocniona jednym mbw, to możliwe są dwa warianty ugrupowania tego mbw oraz bm:

- jeden z batalionów /bm lub mbw/ rozwija DPM, a drugi pozostaje w odwodzie /np. w rejonie DPZ/ i może być wykorzystany: do rozwinięcia DPM po wypełnieniu poprzednio rozwiniętego batalionu, do rozwinięcia się za kolejną rubieżą obrony, do rozwinięcia się na kierunku kontrataku i do organizacji pomocy w rejonie uderzenia jądrowego;
- obydwa bataliony /bm i mbw/ są rozwijane jednocześnie na oddzielnych kierunkach obrony lub na obydwu skrzydłach ugrupowania obronnego dywizji.

Drugi mbw może być przydzielony dywizji już w trakcie prowadzenia walki, kiedy powstaną masowe straty sanitarne i dotychczasowe siły i środki okażą się niewystarczające.

Czas pracy etapów ewakuacji medycznej na jednym miejscu oraz ich przemieszczenie do nowych rejonów uzależnione są od skuteczności działań obronnych własnych wojsk. W razie wdarcia się nieprzyjaciela w głąb obrony, zagrożone punkty medyczne przegrupowuje się w rejony bardziej bezpieczne.

Zabezpieczenie medyczne w obronie cechuje się szeregiem właściwości, do których zaliczamy:

- lepsze warunki rozmieszczania punktów medycznych, ze względu na większy rejon zajmowany przez dywizję w obronie;
- duże narażenie etapów ewakuacji medycznej na bezpośrednie oddziaływanie nieprzyjaciela;
- znaczne wahania w stanie sanitarnohigienicznym i epidemioznym wojsk oraz rejonu przez nie zajmowanego;
- konieczność wydzielania odwodu sił i środków służby zdrowia dla zabezpieczenia kontrataków;
- trudności w zakresie ewakuacji porażonych w warunkach dużych zniszczeń dróg i mostów.

W obronie istnieje stałe zagrożenie punktów medycznych przez nacierającego nieprzyjaciela, który w ciągu stosunkowo krótkiego czasu może osiągnąć rejon rozmieszczenia PPM lub DPM. Dlatego też problem sprawnej i terminowej ewakuacji porażonych oraz stałej gotowości jednostek medycznych do zwinięcia i przemieszczenia nabiera szczególnego znaczenia.

Na głównych kierunkach uderzenia nieprzyjaciela w PPM i

DPM pomoc medyczna może być zawężona do wskazań życiowych.

W wypadku powstania masowych strat sanitarnych pomoc ta zostaje obniżona o jeden szczebel, tzn. w PPM udzielana jest pomoc przedlekarska, a w DPM - pierwsza pomoc lekarska.

W warunkach stabilnej sytuacji taktycznej pomoc medyczna udzielana jest w pełnym zakresie.

Problem ewakuacji w działaniach obronnych jest bardziej skomplikowany niż w natarciu. Składają się na to następujące okoliczności:

- konieczność szybkiej ewakuacji porażonych i chorych z kierunków /rejonów/ zagrożonych przez nacierającego nieprzyjaciela;
- konieczność przesunięcia do tyłu punktów medycznych przed ich uwolnieniem od porażonych i chorych.

Chodzi o zaangażowanie do ewakuacji w możliwie krótkim czasie jak największej ilości środków transportowych.

Możliwości ewakuacyjne na szczeblu dywizji zależą od ilości posiadanego transportu sanitarnego oraz długości ramienia ewakuacji. Poza tym, w wypadku konieczności niezwłocznego zwinięcia i przegrupowania zapełnionego punktu medycznego, znaczna ilość transportu sanitarnego musi być wydzielona do przewozu znajdujących się tam porażonych. Wobec tego do ewakuacji, poza transportem sanitarnym, należy wykorzystywać wszystkie inne możliwości, a więc transport tyłowy - po dowodzie do wojsk środków materiałowych - ogólnowojskowy a nawet wozy bojowe.

W razie wycofywania się wojsk na kolejną rubież obrony, wszyscy dowódcy oddziałów i pododdziałów odpowiedzialni są za wywiezienie porażonych i chorych znajdujących się w ich pododdziałach i w punktach medycznych.

Niekiedy, pomimo wysiłków, nie zdąży się wyewakuować wszystkich porażonych z punktu medycznego przed jego zwinięciem, zwłaszcza jeżeli część ciężko porażonych nie nadaje się do transportu. W takim wypadku pozostawia się tych porażonych i chorych na miejscu, pod opieką wydzielonego personelu medycznego i zabezpiecza w odpowiednią ilość materiału medycznego.

Zgodnie z podstawową zasadą ewakuacji medycznej, transport każdego szczebla dowodzenia jest wykorzystywany głównie

do ewakuacji porażonych z niższego szczebla. Jednak charakter współczesnego pola walki często będzie wymagał pomijania niektórych etapów ewakuacji, a to pociąga za sobą różnorodność form wykorzystania transportu i samej organizacji ewakuacji medycznej.

W działaniach obronnych pomijanie etapów ewakuacji występować będzie częściej niż w działaniach zaczepnych. Jest to podyktowane koniecznością maksymalnego przyspieszenia ewakuacji z kierunków zagrożonych.

Sanitarny transport dywizyjny przeznaczony jest do prowadzenia ewakuacji w ogniwie: oddział - dywizja. Może również być wykorzystywany i w innych ogniwach, a mianowicie:

- bezpośrednio z pododdziałów do DPM, a nawet do BSzF /z pominięciem DPM/;
- z PPM lub z rejonu uderzenia jądrowego do BSzF;
- z DPM do BSzF.

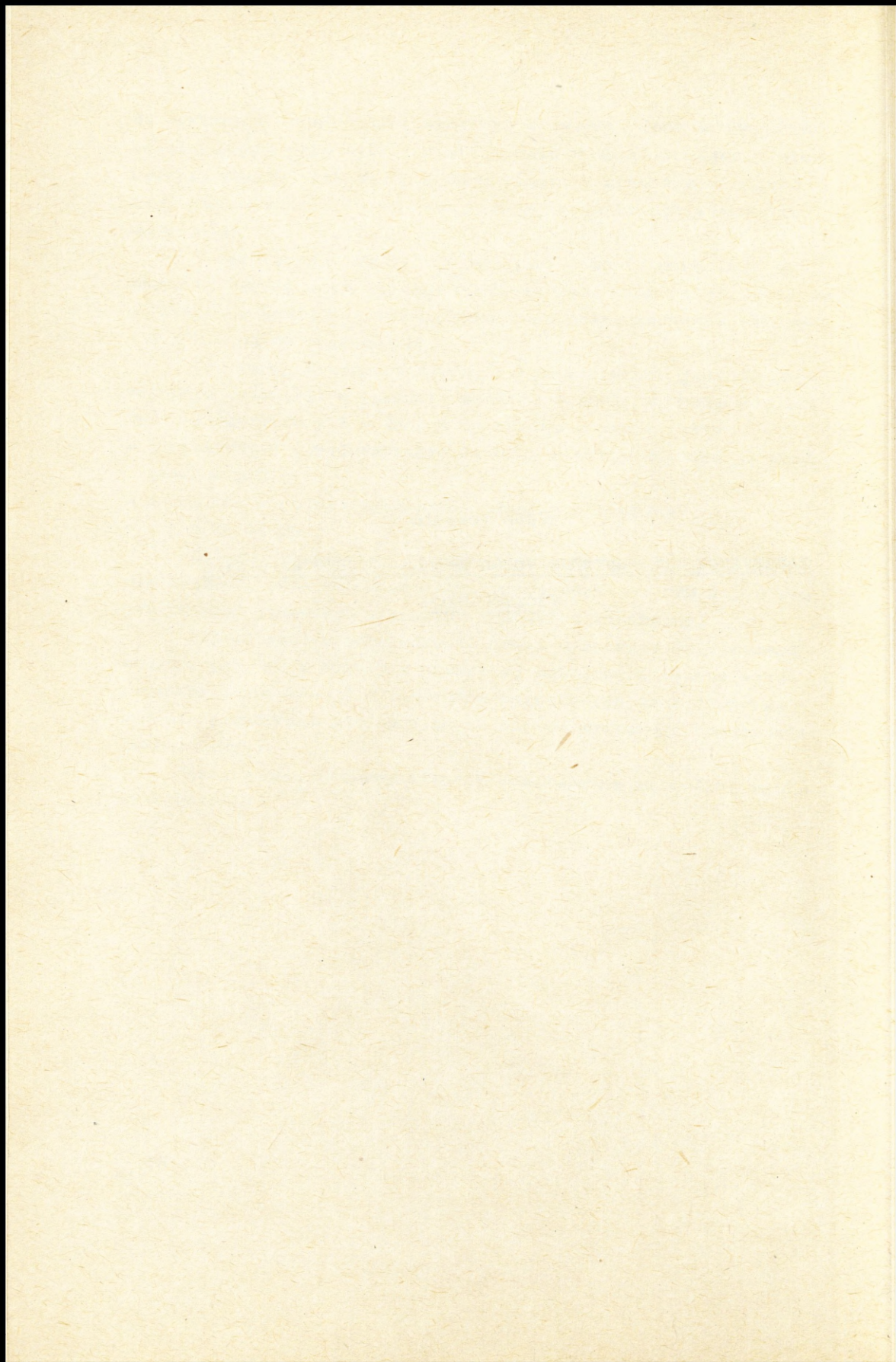
Celem przyspieszenia ewakuacji i odciążenia transportu dywizyjnego, może być kierowany bezpośrednio do PPM lub w rejon uderzeń jądrowych - armijny transport sanitarny.

Jeżeli szef służby zdrowia armii dysponuje śmigłowcami sanitarnymi, to z reguły w pierwszej kolejności są one wykorzystane do ewakuacji z kierunków zagrożonych oraz do przewożenia porażonych nie nadających się do ewakuacji transportem samochodowym.

Inne zadania służby zdrowia realizowane są według ogólnych zasad.

Część trzecia

ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE WOJSK DZIAŁAJĄCYCH W WARUNKACH
SZCZEGÓLNYCH



Rozdział XII

ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE WOJSK W NATARCIU Z FORSOWANIEM PRZE- SZKODY WODNEJ

Działanie służby zdrowia dywizji /pułku/ w natarciu z forsowaniem przeszkody wodnej wykazuje szereg następujących cech szczególnych:

- konieczność równoczesnego zabezpieczenia wojsk na własnym brzegu, podczas przeprawy przez przeszkodę wodną i w czasie walk o przyczółek /z uwzględnieniem ewakuacji porażonych z przeciwległego na własny brzeg/;
- trudności w dowodzeniu i utrzymaniu łączności z własnymi jednostkami i urządzeniami służby zdrowia oraz w zapewnieniu ciągłości udzielania pomocy medycznej;
- konieczność zachowania sił i środków w stanie zwiniętym na własnym brzegu i ich przeprawy na przeciwległy brzeg w ślad za wojskami;
- duże straty sanitarne, szczególnie w okresie forsowania przeszkody wodnej i walki o rozszerzenie przyczółka.

Zabezpieczenie medyczne wojsk w czasie forsowania przeszkody wodnej organizuje nadrzędny szczebel dowodzenia, np.: szef służby zdrowia armii - wojsk dywizji, szef służby zdrowia dywizji - pułku.

W okresie przygotowawczym do natarcia z forsowaniem przeszkody wodnej, szef służby zdrowia dywizji w oparciu o dokładną ocenę taktyczną, tyłową i medyczną oraz w powiązaniu z porządkiem przepraw jednostek tyłowych opracowuje plan zabezpieczenia medycznego.

Plan ten powinien obejmować następujące zagadnienia:

- zabezpieczenie medyczne wojsk w okresie podejścia do przeszkody wodnej, w okresie przeprawy i w okresie walki o przyczółek;
- organizacja przeprawy sił i środków służby zdrowia na przeciwny brzeg;
- użycie przydzielonych przez przełożonych /dowódcę, kwatermistrza dywizji oraz szefa służby zdrowia armii/ sił i środków dla zapewnienia przeprawy jednostek służby zdrowia oraz porażonych z przeciwnego brzegu;
- współdziałanie z wojskami inżynierskimi celem zapewnienia przeprawy sił i środków służby zdrowia oraz ewakuacji porażonych przez przeszkodę wodną.

Wielkość strat sanitarnych w tego rodzaju działaniach bojowych zależy będzie od różnych czynników, a przede wszystkim od charakteru przeszkody wodnej oraz siły oporu nieprzyjaciela.

Szczególnie duże straty sanitarne mogą powstać w razie nieudanego forsowania przeszkody wodnej z marszu i przejścia do forsowania z planowym przygotowaniem, zwłaszcza w warunkach stosowania broni masowego rażenia. Przy tym odsetek strat bezpowrotnych będzie z reguły wyższy niż w innych rodzajach działań bojowych. Wynika to z konieczności skupienia wojsk na przeprawach oraz z nieuniknionej, znacznej liczby utonięć podczas forsowania przeszkody wodnej /głównie porażonych/.

Jeżeli przyjmiemy całość strat sanitarnych powstałych podczas forsowania przeszkody wodnej za 100%, to w poszczególnych etapach walki mogą one kształtować się następująco:

- w czasie podchodzenia do przeszkody wodnej: około 15%;
- w czasie forsowania: około 30%;
- podczas walki na przyczółku: około 40%;
- w dalszych walkach do końca dnia: około 15%.

Z powyższego wynika zasadniczy wniosek, że przeważająca ilość porażonych będzie wymagała udzielenia pomocy i ewakuacji w czasie forsowania i na zdobytym przyczółku.

Straty sanitarne powstałe podczas forsowania przeszkody wodnej są znacznie większe niż możliwości opracowania ich przez personel batalionu medycznego dywizji.

Szef służby zdrowia armii może przydzielić służbie zdro-

wia dywizji 1-2 mbw, grupy hospitalizacyjne oraz może wesprzeć ewakuację medyczną do BSzF plutonem do kompanii samochodów sanitarnych.

Niezależnie od tego szef służby zdrowia armii może zdecydować, w okresie podchodzenia wojsk do przeszkody wodnej, o ewakuacji porażonych do punktów medycznych sąsiedniej dywizji, czy też szpitali społecznej służby zdrowia, jeśli takie znajdują się w pobliżu rejonu działania dywizji.

Może też zdecydować o użyciu śmigłowców sanitarnych czy transportowych do ewakuacji porażonych bezpośrednio do BSzF.

Szef służby zdrowia dywizji /pułku/ w swojej decyzji - dotyczącej organizacji zabezpieczenia medycznego wojsk w czasie forsowania przeszkody wodnej - powinien położyć główny nacisk na zachowanie dostatecznej ilości sił i środków w stanie nierozwiniętym na własnym brzegu, gotowych do przeprawienia się na przeciwległy brzeg oraz na ewakuację porażonych z punktów medycznych.

W ten sposób zapewnia się gotowość punktów medycznych do przesunięcia w ślad za wojskami.

W sytuacji, kiedy dywizja forsuje przeszkodę wodną z marszu, zachodzi konieczność rozwinięcia części oddziałów /pododdziałów/ medycznych na własnym brzegu. Rozwinięte bataliony medyczne, kompanie medyczne i drużyny sanitarne muszą być jednak przygotowane do natychmiastowego zwinięcia się forsowania przeszkody wodnej za wojskami. Jednocześnie podejmuje się prace związane z wyewakuowaniem porażonych i chorych lub przekazaniem ich pod opiekę grup hospitalizacyjnych.

Etapy ewakuacji medycznej rozwijane przed przeszkodą wodną rozmieszcza się na skróconych odległościach.

Ugrupowanie elementów służby zdrowia w czasie forsowania przeszkody wodnej może przedstawiać się następująco:

- na przeprawach: drużyny załadowczo-wyładowcze, organizowane z żołnierzy przydzielonych służbie zdrowia przez dowódcę dywizji /pułku/ dla załadowania porażonych na środki przeprawowe na przeciwległym brzegu i wyładowania ich na własnym brzegu; drużyny podporządkowane są komendantowi medycznego punktu przeprawowego /MPP/;
- na własnym brzegu w odległości 0,5-2 km od przeszkody wodnej:

medyczne punkty przeprawy /MPP/ rozwijane siłami służby zdrowia;

- kompanie medyczne pułków /z reguły w stanie zwiniętym/ oczekują na przeprawę w odległości 3-5 km od przeszkody wodnej;
- dywizyjny punkt medyczny rozwinięty częścią sił lub w całości w odległości 10-12 km przed przeszkodą wodną.

Na pułkowych odcinkach forsowania organizowane są grupy ewakuacyjno-ratunkowe w celu udzielania pomocy porażonym i tonącym podczas forsowania i przeprawy. Skład grupy: dowódca, motorzysta, dwóch ratowników /pletwonurków/, sanitariusz oraz łódź motorowa.

Kolejność przeprawy pododdziałów medycznych może być następująca:

- sanitariusze kompanii przeprawiają się razem ze swoimi kompaniami;
- wraz z falą czołową przeprawiają się, wykorzystując ogólnowojskowe środki przeprawowe, żołnierze stanowiący obsadę drużyn załadowczo-wyładowczych;
- z pierwszym rzutem batalionów przeprawiają się ich drużyny sanitarne;
- za batalionami pierwszego rzutu, na przeprawach promowych, desantują się kompanie medyczne pułków;
- kiedy pułki pierwszego rzutu znajdują się na przeciwległym brzegu, a głębokość przyczółka osiągnie 8-10 km, na promach lub po moście przeprawia się batalion medyczny /mbw/;
- kompania medyczna pułku drugorzutowego przeprawia się wraz ze swym pułkiem, zwykle po przeprawie mostowej;
- za drugorzutowymi oddziałami dywizji przeprawia się po moście batalion medyczny lub medyczny batalion wzmocnienia, który był rozwinięty jako DPM na własnym brzegu.

Przeprawa pododdziałów medycznych może odbywać się na środkach desantowych, promach lub po mostach.

Dla zapewnienia pomocy uratowanym tonącym i przeprawy porażonych do MPP, komendant medycznego punktu przeprawowego organizuje w rejonie punktów przeprawy drużyny załadowczo-wyładowcze. Element ten, rozmieszczony na obydwu brzegach, składa się z sanitariuszy noszowych i środków przeprawowych. Drużyny załadowczo-wyładowcze ściśle współpracują z elementami

służby inżynierskiej zabezpieczają wspólnie ratowanie tonących żołnierzy.

Na zarządzenie szefa służby zdrowia dywizji, na pułkowych odcinkach forsowania ^{i innych miejscach} organizuje się medyczne punkty przeprawy /MPP/ w liczbie jednego na przeprawę promową /mostową/ lub jednego na dwie przeprawy desantowe i ozołgów.

Rozwija się je w oparciu o pododdziały medyczne oddziałów przydzielonych i wzmocnienia /plutony medyczne jednostek artylerii dywizyjnej - pa, pappanc, paplot/, a także - o batalion medyczny dywizji.

MPP składa się w zasadzie z izby przyjęć i segregacji oraz izby opatrunkowej /czasami może być tylko jedno wspólne pomieszczenie dla obu izb/, rozmieszczonych w budynkach, schronach, ziemiankach lub namiotach.

Orientacyjny skład MPP: jeden lekarz, dwóch podoficerów sanitarnych, kilku sanitariuszy, 2-3 samochody sanitarne.

Oprócz normalnego wyposażenia w środki lecznicze, MPP powinien posiadać zapas umundurowania, bielizny osobistej, kocy oraz gorące napoje w termosach.

Medyczny punkt przeprawowy rozwijany jest na własnym brzegu w pobliżu osi ewakuacyjnej i w zależności od terenu - w odległości 0,5-2 km od przeszkody wodnej. Wykonuje on zadania podobnie do pułkowego punktu medycznego.

Obowiązkiem komendanta MPP jest zorganizowanie udzielania pierwszej pomocy lekarskiej oraz nadzorowanie przeprawy porażonych przez przeszkodę wodną.

Zadania medycznego punktu przeprawowego są następujące:

- udzielanie pierwszej pomocy lekarskiej /wyjątkowo przedlekar- skiej/ porażonym w okresie forsowania przeszkody wodnej i w początkowej fazie walki na przyczółku;
- zapewnienie pomocy medycznej uratowanym tonącym;
- przygotowanie do ewakuacji porażonych z MPP do wyznaczonego etapu ewakuacji medycznej, najczęściej do DPM /transportem tego ostatniego/ lub bezpośrednio do BSzF.

MPP działa na ogół do czasu rozpoczęcia pracy przez pułkowy punkt medyczny na przyczółku oraz do zakończenia przeprawy desantowej i promowej własnych wojsk, po czym zwija się, a jego personel wraca do pododdziału, który go zorganizował.

W rejonach punktów przeprawowych pozostają tylko /czasowo/ drużyny załadowczo-wyładowcze.

W celu zapewnienia kwalifikowanej pomocy medycznej. szef służby zdrowia armii może przydzielić, na kierunek działania dywizji, medyczny batalion wzmożenia.

W odległości 10-12 km przed przeszkodą wodną siłami przydzielonego mbw lub batalionu medycznego dywizji rozwija się DPM, który przyjmuje porażonych i chorych napływających w okresie podchodzenia wojsk do przeszkody wodnej, a następnie porażonych ewakuowanych z MPP.

Kolejny dywizyjny punkt medyczny rozwijany jest na zdobytym brzegu w odległości 5-10 km za przeszkodą wodną.

Przydzielone grupy hospitalizacyjne mogą być wykorzystywane do zapewnienia opieki porażonym nie wyewakuowanym do czasu zwinienia punktu medycznego /DPM, MPP/.

1-2 takie grupy mogą być przeprowadzone na przeciwległy brzeg w celu hospitalizacji porażonych na przyczółku oraz do zorganizowania medycznego punktu załadowania w rejonie lądowiska śmigłowców.

Grupy specjalistyczne i sanitariuszy noszowych z OZM wykorzystuje się podobnie jak w innych rodzajach działań.

Po przeprowadzeniu się jednostek służby zdrowia dywizji na przeciwległy brzeg następuje rozwijanie punktów medycznych i udzielanie w nich pomocy porażonym i chorym.

Zabezpieczenie medyczne oraz dalsza praca powyższych urzędów przebiega od tego czasu podobnie jak w natarciu.

W czasie forsowania przeszkody wodnej zakres pomocy medycznej w poszczególnych etapach ewakuacji medycznej może być ograniczony do wskazań życiowych.

Utrudnione warunki prowadzenia ewakuacji narzucają konieczność udzielania pomocy na przyczółku w rozszerzonym zakresie. Uzyskuje się to przez przydzielenie personelu fachowego do drużyn sanitarnych i kompanii medycznych.

Na początku walki o przyczółek powstają duże trudności związane z wynoszeniem porażonych z pola walki i ewakuowaniem ich na miejsce przeprawy przez przeszkodę wodną.

Wynika to z braku środków transportu sanitarnego na przeciwległym brzegu. Dlatego należy dążyć do maksymalnego wzmocnie-

nia pododdziałów przeprowadzających się w pierwszym rzucie, środkami transportu sanitarnego i sanitariuszami noszowymi.

W procesie zabezpieczenia medycznego skomplikowanym zadaniem będzie ewakuacja porażonych i chorych przez przeszkodę wodną, zwłaszcza do czasu przygotowania przeprawy mostowej.

Przeprawa wojsk oraz oddziaływanie nieprzyjaciela na przeprawę będzie utrudniać i opóźniać przebieg ewakuacji.

Z tych względów ewakuację porażonych przez przeszkodę wodną prowadzi się na wszystkich przeprawach, wszystkimi dostępnymi środkami:

- w początkowym okresie na powracających środkach przeprawowych i przeprawach promowych;
- w późniejszym okresie na środkach transportowych przez przeprawy promowe i mostowe.

Wykorzystanie na kierunku forsowania śmigłowców sanitarnych lub transportowych umożliwi wyewakuowanie z przyczółka bezpośrednio do BSzF znacznej ilości porażonych, a przez to zmniejszy się ich napływ do medycznych punktów przeprawowych /MPP/.

Przeprawiona na przeciwległy brzeg kompania medyczna rozwija się 2-3 km od przeszkody wodnej w miejscu, gdzie znajduje się największa ilość porażonych, zwłaszcza zaś w pobliżu drogi wiodącej do przeprawy mostowej.

Z chwilą rozwinięcia się na przyczółku DPM, ewakuacja prowadzona jest w podobny sposób jak w natarciu. Natomiast z DPM do BSzF ewakuację prowadzi lądowy i powietrzny /śmigłowce/ transport sanitarny armii.

Niekiedy sytuacja i głębokość przyczółka nie pozwalają na przeprowadzenie kompanii medycznej pułku i batalionu medycznego dywizji. Uniemożliwia to pełne rozwinięcie odpowiedniego punktu medycznego. W takim wypadku przeprowadza się część personelu i sprzętu, organizując udzielanie pomocy na bazie wcześniej przeprowadzonego etapu ewakuacji medycznej niższego szczebla /PPM - na bazie bpm, DPM - na bazie PPM/.

Zabezpieczenie medyczne dywizji pancerniej /pułku czołgów/ forsującej przeszkodę wodną, organizuje się na ogólnych zasadach zabezpieczenia medycznego dywizji zmechanizowanej. Personel służby zdrowia dywizji pancerniej /pułku czołgów/ pomaga w pracy gru-

pom ewakuacyjno-ratunkowym i udziela pomocy medycznej porażonym członkom załóg wozów bojowych.

Każda grupa ewakuacyjno-ratunkowa zabezpiecza oś przeprawy czołgów po dnie na szybkim środkiem pływającym ustawionym poniżej osi przeprawy /z prądem rzeki/.

Zabezpieczenie medyczne strat sanitarnych w rejonach porażenia bronią jądrową organizowane jest na tych samych zasadach jak podczas natarcia.

Rozdział XIII

ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE WOJSK DZIAŁAJĄCYCH W GÓRACH

Rzeźba oraz klimat terenu górskiego wywierają istotny wpływ na organizację zabezpieczenia medycznego wojsk. Szczególny charakter działań bojowych prowadzonych przez oddziały /dywizje/, jak również zabezpieczenia medycznego w górach, wiąże się z faktem, że wojska działają w terenie wybitnie pociętym, w warunkach charakteryzujących się ubóstwem dróg nadających się do ewakuacji porażonych i chorych, niedatą liczbą osiedli i źródeł wody, gwałtownymi wahaniami temperatury w okresie doby, znacznym nasłonecznieniem, wybitnym obniżeniem ciśnienia atmosferycznego, obecnością rzek górskich odznaczających się bystrym prądem, gwałtownymi zmianami poziomu wód itp.

W związku z wybitnie ujednostajnionym charakterem terenu górskiego działania bojowe rozwijają się na określonych samodzielnych kierunkach. Walkę prowadzą z zasady oddzielne oddziały wzdłuż dróg, dolin i wąwozów, co wpływa w sposób decydujący na nagromadzenie w tych miejscach porażonych i chorych.

Ograniczona liczba dróg i brak dróg rokadowych uniemożliwiają przeprowadzenie swobodnego manewru siłami i środkami służby zdrowia pododdziałów /oddziałów/ działających na oddzielnych kierunkach. Utrzymywanie na tych kierunkach łączności radiowej pomiędzy pododdziałami służby zdrowia jest utrudnione z powodu ekranizującego działania gór na pracę radiostacji. Również i ta okoliczność wywiera wpływ na ograniczenie przeprowadzenia manewru siłami i środkami służby zdrowia oraz po-

V

woduje konieczność uprzedniego wzmocnienia tych pododdziałów w drodze przydziału personelu, sprzętu i transportu sanitarnego.

Obecność lasów, szczelin, skał, stromych stoków i wzniesień, jam, zawałów itp. utrudnia wyszukiwanie i wynoszenie ciężko porażonych przy pomocy zwykłych środków i sposobów. Liczba porażonych, zdolnych do samodzielnego chodzenia, jest w górach stosunkowo mniejsza niż w terenie równinnym. W związku z tym wzrastają potrzeby sił i środków niezbędnych do wynoszenia porażonych. Dla wydobywania porażonych ze szczelin, urwisk, rozpadlin używa się pasów, lin, bloków, a w celu ułatwienia poruszania się - haków i toporków oraz innego sprzętu służącego do pokonywania zaśnieżonych stoków, skał itp. W górach często organizuje się wynoszenie porażonych metodą "sztafetową".

Surowy klimat, znaczny wysiłek fizyczny związany z pokonywaniem terenu górskiego powodują duży stopień zachorowalności. Znaczna liczba przeziębień i odmrożeń spowodowana jest wahaniami temperatury, przez nocne przymrozki i trudności z zakwaterowaniem żołnierzy. W górach zmienia się charakter obrażeń. Spośród ran postrzałowych przeważają rany odłamkowe /wtórne/, występują również w dużych ilościach urazy niebojowe, spowodowane przez spadające kamienie, czy też upadki na trudno dostępnych drogach. U porażonych stwierdza się obfite krwawienia z ran.

Ogólna ilość strat sanitarnych jest jednak stosunkowo niższa niż na równinach /obfitych naturalnych ukryć/.

Czwarta część chodzących lekko porażonych, nawet w kończynę górną, w terenie górskim wymaga towarzyszenia im. Dlatego w rejonie kompanijnym celowe jest dzielenie porażonych na grupy:

- zdolnych do samodzielnego poruszania się;
- chodzących wymagających towarzyszenia im;
- niezdolnych do chodzenia.

Sanitariusze kompanii mają duże trudności w dotarciu do porażonych i udzielaniu im pierwszej pomocy. Dlatego duże znaczenie ma udzielanie tej pomocy w formie samopomocy i pomocy wzajemnej, jak również organizowanie wynoszenia porażonych przez kolegów z pododdziału.

W miarę możliwości należy w pododdziałach zwiększyć liczbę

sanitariuszy /zołnierzy/ do wyszukiwania i wnoszenia porażonych. W zimie wskazane jest wyposażyć żołnierzy w białe kombinizony.

Praca sanitariuszy noszowych jest znacznie trudniejsza w górach niż na równinach. Patrole noszowe przeznaczone do wnoszenia porażonych należy dodatkowo wzmocnić żołnierzami, tak aby każdy patrol składał się przynajmniej z 3-4 noszowych. Szybkość poruszania się i wnoszenia ciężko porażonych przez patrole noszowe jest znacznie mniejsza niż w terenie nizinnym.

Punkty zbiórki porażonych należy organizować /w miarę możliwości/ w pobliżu dróg i szlaków, którymi może przejechać transport sanitarny. Należy przestrzegać zasady zabezpieczenia porażonych przed niekorzystnymi warunkami atmosferycznymi i organizacji odpowiedniego rozmieszczenia ich w szałasach, ukryciach skalnych itp.

Możliwość częstego powstawania zawałów na drogach, zniszczenia dróg przez górskie potoki, czy zasypanie śniegiem w okresie zimy, zmniejsza przepustowość dróg oraz zmusza do stałego rozpoznawania dróg ewakuacyjnych, odpowiedniego ich oznaczania, ustawiania drogowiskazów. W razie konieczności należy przydzielić przewodników.

W górach może zająć konieczność zamiany rodzaju transportu. Oprócz patroli noszowych, samochodów sanitarnych, stosuje się transport juczny, konny transport sanitarny a nawet transport lotniczy /śmigłowce/.

Może być stosowany system ewakuacji porażonych "od siebie", zamiast "na siebie".

Wydłużenie dróg ewakuacyjnych może spowodować konieczność zorganizowania na trasach tzw. przeładunkowych punktów sanitarnych, ewentualnie dodatkowych punktów żywnościowych i odpoczynku.

Zadaniem punktów jest przeładowanie porażonych i chorych z jednego rodzaju środka transportowego na drugi, udzielenie im w razie konieczności niezbędnej pomocy medycznej oraz zapewnienie żywienia i odpowiednich warunków bytowych.

Przeładunkowe punkty sanitarne rozwija się siłami i środkami przydzielonymi przez szefa służby zdrowia dywizji /starszego lekarza pułku/.

V

W warunkach górskich służba zdrowia napotyka na trudności w znalezieniu miejsc nadających się do rozwinięcia punktów medycznych. Najdogodniejsze są w tym celu szerokie doliny, wąwozy, płaskowyże, miejsca położone wzdłuż dróg komunikacyjnych i jak najbliższej walczących wojsk. W miarę możliwości nie należy rozwijać punktów medycznych w pobliżu górskich strumieni, rzek, skalnych urwisk, zwłaszcza w warunkach stosowania broni jądrowej, ze względu na możliwość spiętrzenia wód, osypisk skalnych i lawin śnieżnych.

Punkty medyczne mogą być rozwijane po dokładnym rozpoznaniu rejonu, ustaleniu miejsc na stanowiska zapasowe oraz wytypowaniu odpowiednich dróg do przegrupowania pododdziałów medycznych. Należy uwzględnić lądowiska dla śmigłowców.

W wypadku działania na kilku kierunkach oraz braku dróg rokadowych istnieje konieczność podziału punktu medycznego celem zabezpieczenia każdego kierunku ewakuacyjnego.

Etapy ewakuacji medycznej powinny rozwijać się jak najbliżej walczących wojsk:

- bpm w odległości 0,5 godziny marszu od rubieży walczących wojsk;
- PPM w odległości 1-1,5 godziny marszu od walczących wojsk;
- DPM w odległości 1-2 godzin marszu od PPM.

Wskazane jest wzmocnić punkty medyczne, np.: bpm - lekarzem, PPM - grupą chirurgiczną. Wówczas mogą ulec rozszerzeniu zakresy udzielanej pomocy, zwłaszcza przy trudnościach ewakuacyjnych. Szczególnie PPM pułku działającego na samodzielnym kierunku można wzmocnić personelem, sprzętem i transportem batalionu medycznego. Otrzymuje on wówczas /PPM/ zadanie udzielania kwalifikowanej pomocy medycznej ze wskazań życiowych. Jeżeli ewakuacja przedłuża się, szczególnie w zimie, pomiędzy PPM-DPM-BSzF organizuje się na trasie punkty żywnościowe i odpoczynku.

Jeśli dywizja prowadzi działania bojowe na dwu kierunkach, to na każdym z nich powinien być zorganizowany punkt medyczny udzielający kwalifikowanej pomocy medycznej /dodatkowy mbw/.

Przegrupowanie punktów medycznych do nowych rejonów odbywa się rzadziej niż w terenie równinnym, z powodu wolniejszego

go tempa natarcia. Czas przeznaczony na przegrupowanie będzie dłuższy ze względu na system dróg.

Brak ciągłości frontu powoduje możliwość przenikania grup dywersyjnych nieprzyjaciela, co z kolei zmusza służbę zdrowia do organizowania dokładnej ochrony i obrony etapów ewakuacji medycznej, jak również organizowania samoobrony i ubezpieczeń.

Wszystkich żołnierzy należy wyposażyć w środki ochrony przed działaniem niskiej temperatury, zaopatrzyć w ciepłą bieliznę, umundurowanie, obuwie, jak również zaopatrzyć w wysokokaloryczne pożywienie oraz dostarczyć im w dużych ilościach witaminy.

Należy zwrócić uwagę na zabezpieczenie wzroku przed porażeniem słonecznym /w zimie oślepienie - olśnienie/, jak również zabezpieczyć żołnierzy przed odmrożeniami i przed chorobą górską, gromadząc odpowiedni sprzęt oraz potrzebną ilość tlenu i leków. Trzeba również zwrócić uwagę na higienę marszu oraz na przeszkolenie jak największej liczby żołnierzy w zakresie udzielania pierwszej pomocy w pododdziałach.

W okresie poprzedzającym walkę szef służby zdrowia /starszy lekarz/ powinien uzgodnić z poszczególnymi służbami tyłowymi takie zagadnienia, jak:

- organizację rozwijania punktów żywnościowych i przeładunkowo-sanitarnych na drogach zaopatrzeniowo-ewakuacyjnych;
- wyposażenie pododdziałów medycznych w dodatkową ilość bielizny, umundurowania i w sprzęt górski;
- przydzielenie dodatkowych środków transportowych w celu organizacji posterunków transportu sanitarnego /PTS/ i ewakuacji lekko porażonych;
- zorganizowanie wysokokalorycznego, bogatego w białko i witaminy żywienia żołnierzy oraz zaopatrzenie wojsk w wodę;
- udzielenie pomocy przy rozwijaniu i umacnianiu urządzeń medycznych.

Zabezpieczenie medyczne w warunkach stosowania broni masowego rażenia należy rozpatrywać głównie jako składową organizowanej kompleksowej obrony, w której uczestniczą szczeble i rodzaje wojsk. Obejmuje ona:

- organizację wykrywania skażeń;
- inżynierskie przygotowanie rejonów działania wojsk oraz zabezpieczenie dróg manewru i ewakuacji;

- organizację działań wojsk w strefach skażeń;
- likwidację skutków użycia przez nieprzyjaciela broni masowego rażenia.

Promień rażenia fali uderzeniowej wybuchu jądrowego jest zwiększony wzdłuż dolin i szczelin, a działanie wszystkich czynników wybuchu zmniejszone jest w razie rozmieszczenia ludzi za stokami gór.

Istnieje możliwość długotrwałego utrzymywania się substancji promieniotwórczych, środków trujących i biologicznych w nizinach i szczelinach oraz rozprzestrzenianie się ich na znaczne odległości wzdłuż dolin i szczelin.

W przypadku działania czynnika rażenia broni jądrowej pod postacią fali uderzeniowej, oprócz strat w ludziach i sprzęcie wystąpi zatarasowanie dróg, doprowadzających do ogniska, a tym samym brak możliwości dotarcia do porażonych oraz udzielenia im pomocy. Do czasu przywrócenia możliwości ewakuacji i kontynuowania działań przez wojska, służba zdrowia musi organizować udzielanie pomocy porażonym przed i za przeszkodą.

Przed przeszkodą istnieją warunki ku temu, aby móc zbliżyć elementy służby zdrowia na maksymalnie bliską odległość i prowadzić ewakuację do tyłu w sposób typowy.

Za przeszkodą sytuacja będzie zupełnie inna. Elementy służby zdrowia /sanitariusze kompanii, drużyny sanitarne/ zostaną skierowane w rejon ogniska masowych strat. Porażonych, po udzieleniu im pomocy, o ile zezwala na to sytuacja taktyczna, zabiera się transportem sanitarnym, a przede wszystkim ogólnego przeznaczenia i kontynuuje się wraz z nimi dalsze działania aż do czasu zaistnienia możliwości ewakuacji do tyłu, czy też do sąsiadów.

O ile ten wariant nie może mieć zastosowania, gromadzi się porażonych w jednym miejscu, wykorzystując do tego celu naturalne ukrycia terenowe i pozostawia pod opieką sanitariusza do czasu przywrócenia możliwości ewakuacyjnych.

Posiadanie śmigłowców ułatwiłoby znacznie prowadzenie ewakuacji oraz pozwoliłoby przerzucić określone siły i środki za przeszkodę w celu udzielania pomocy. Należy podkreślić, że likwidacja skutków użycia broni masowego rażenia /w tym również i udzielanie określonego rodzaju pomocy medycznej oraz ewakuacja porażonych/ może dać dobre wyniki tylko przy zaangażowaniu wszystkich szczebli i rodzajów wojsk.

Rozdział XIV

ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE WOJSK DZIAŁAJĄCYCH W TERENIE LEŚNYM

Na organizację zabezpieczenia medycznego działań bojowych prowadzonych przez oddziały /dywizje/ w dużych kompleksach leśnych istotny wpływ wywiera zakryty charakter terenu, bardzo ograniczona liczba dróg i zły ich stan, możliwość powstawania pożarów i zawałów oraz możliwość zatrzymania się i osiadania na drzewach i gruncie substancji promieniotwórczych, bojowych środków trujących i biologicznych.

Szef służby zdrowia /starszy lekarz/ organizując zabezpieczenie medyczne musi brać pod uwagę:

- utrudnione orientowanie się w terenie oraz trudności związane z wyszukiwaniem i ewakuacją porażonych i chorych;
- możliwość napadu grup dywersyjnych nieprzyjaciela na etapy ewakuacji medycznej i środki transportu sanitarnego;
- łatwe maskowanie punktów medycznych oraz możliwość skrytego podjazdu do nich transportu sanitarnego.

Działania bojowe wojsk w lesie rozwijają się głównie na oddzielnych kierunkach przy braku ciągłości frontu. Na wspomnianych kierunkach należy spodziewać się powstania największych strat sanitarnych.

Organizując zabezpieczenie medyczne powinno się dążyć do rozwijania punktów medycznych na głównym kierunku natarcia, wydzielając jednocześnie część sił i środków medycznych na wzmocnienie pododdziałów działających na kierunkach odizolowanych.

Sposób rozmieszczenia etapów ewakuacji medycznej musi

gwarantować możliwość szybkiego opuszczenia rejonu zagrożonego pożarem /wskazane usunięcie poszycia leśnego z rejonu rozmieszczenia urządzeń medycznych/.

Groźba przenikania nieprzyjacielskich grup dywersyjnych na tyły zobowiązuje do wzmacniania ochrony i obrony punktów medycznych.

Niedostateczna liczba, względnie zupełny brak, dróg rękodowych ogranicza lub nawet wyklucza możliwość dokonywania przez oddziały /pododdziały/ służby zdrowia manewru, skierowanie potoku porażonych i chorych w kierunku sąsiednich etapów ewakuacji medycznej.

Teren leśny stwarza natomiast możliwości rozwijania etapów ewakuacji medycznej w rejonie jednostek taktycznych, bliżej walczących wojsk.

Służbie zdrowia batalionu piechoty największą trudność sprawia wyszukiwanie porażonych a w związku z tym - często - udzielenie im w porę pierwszej pomocy. W zależności od sytuacji taktycznej, dowódca batalionu /na wniosek dowódcy drużyny sanitarnej/ powinien wydzielić żołnierzy do wyszukiwania porażonych systemem "grabi sanitarnych". Ponadto bez dodatkowych żołnierzy, jako sanitariuszy noszowych, nie należy się spodziewać, że porażeni dotrą we właściwym czasie do etapów ewakuacji medycznej.

Punkty zbiórki porażonych tworzy się w miarę możliwości w pobliżu dróg, przesiek, polanek i dobrze się je oznacza.

PPM i DPM powinny być rozmieszczone przy takich drogach, które umożliwiłyby podjazd do nich wszystkim rodzajom środków transportowych. Szczególnego znaczenia w tych warunkach nabiera przygotowanie w rejonie PPM i DPM lądowisk dla śmigłowców.

Drogi ewakuacji w terenie leśnym powinny być dokładnie rozpoznane i starannie oznaczone.

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, do kolumny przydziela się żołnierzy. Samochody sanitarne wyposaża się w łańcuchy oraz dodatkowe piły, siekiery i łopaty do usuwania ewentualnych zawałów na trasie przejazdu.

W związku z ograniczoną liczbą dróg, osie ewakuacyjne pokrywają się z kierunkami dowozu wszelkiego rodzaju zaopatrzenia. Następstwem tego jest przeciążenie dróg i istotne utrudnienie działalności ewakuacyjnej.

Szczególnie doniosłe znaczenie ma utrzymywanie ciągłej łączności ze sztabami oraz pomiędzy etapami ewakuacji medycznej.

Rozdział XV

ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE WOJSK DZIAŁAJĄCYCH W ZIMIE

Właściwości działań bojowych oddziałów /dywizji/ oraz ich zabezpieczenia medycznego zimą wiążą się z niską temperaturą powietrza, obecnością pokrywy śnieżnej, zamarzaniem gleby i długimi nocami.

Zabezpieczenie medyczne działań bojowych w warunkach zimowych wymaga szerszej działalności organizacyjnej. Zadaniem służby zdrowia, oprócz udzielania odpowiedniego rodzaju pomocy medycznej, jest szczególna troska o zapewnienie porażonym i chorym odpowiednich warunków bytowych.

Organizując zabezpieczenie medyczne należy zawsze mieć na uwadze:

- niebezpieczeństwo zamarznięcia i odmrożeń wśród zdrowych a zwłaszcza wśród porażonych i chorych na polu walki, a także pogorszenia się ich ogólnego stanu w czasie ewakuacji;
- trudności w wyszukiwaniu porażonych, udzielaniu im pierwszej pomocy na polu walki a także ewakuowaniu ich;
- trudności w rozwijaniu etapów ewakuacji medycznej i w ogólnych warunkach ich pracy;
- możliwość zamarzania i psucia się sprzętu medycznego oraz materiałów medycznych.

W niskiej temperaturze zmniejsza się odporność organizmu człowieka, dlatego też należy liczyć się z większą zachorowalnością. Szczególnie zmniejszoną odporność organizmu będą mieli porażeni na polu walki.

Wyszukiwanie porażonych oraz udzielanie im pierwszej pomocy na polu walki musi odbywać się tak sprawnie, aby do minimum został skrócony czas wyczekiwania w niskiej temperaturze. Można to osiągnąć dzięki zwiększeniu liczby sanitariuszy w kompaniach. Idealem byłoby wyszkolenie sanitarne przynajmniej jednego żołnierza ze składu drużyny.

Przy bardzo silnym mrozie porażonym z licznymi zranieniami należy udzielić pierwszej pomocy po umieszczeniu ich w ciepłym miejscu /pomieszczeniu/, np. w ogrzonym schronie.

Działanie służby zdrowia w zimie na polu walki wymaga dodatkowego wyposażenia, zwłaszcza w środki do ewakuacji takie, jak odpowiednio dostosowane do pokonywania trudnego terenu samochody sanitarne, wyposażone w urządzenia do ogrzewania ich wnętrza, oraz środki transportu powietrznego do ewakuacji ciężko porażonych i chorych.

Konieczne jest również zabezpieczenie zestawów medycznych, zawierających leki i sprzęt, przed działaniem niskiej temperatury /odpowiednio opakowane i wyposażone w grzałki chemiczne/.

Punkty zbiórki porażonych powinny znajdować się /w miarę możliwości/ w miejscach zakrytych, np.: opuszczony schron, bunkier, ziemianka lub zabudowania stałe.

Do ukrycia porażonych należy wykorzystywać okopy lub inne urządzenia obronne, a także leje od pocisków, pokrywając je gałęziami świerku, żerdziami, słomą, sianem, zasypując je z wierzchu i z boków śniegiem.

Celowe jest maksymalne przybliżenie do siebie punktów medycznych dla skrócenia czasu przebywania w drodze porażonych i chorych żołnierzy. Jeżeli czas ewakuacji do kolejnego punktu medycznego przekracza dwie godziny, należy zapewnić podanie porażonym i chorym środków rozgrzewających już pod koniec drugiej godziny jazdy /w PPM i DPM/.

Batalionowe punkty medyczne należy z zasady rozwijać w pomieszczeniach stałych lub w ukryciach prowizorycznych odpowiednio dostosowanych oraz wyposażonych w urządzenia ogrzewcze i odpowiednią pościel /materace, koce, śpiwory itp./.

W celu zapewnienia systematycznej i sprawnej ewakuacji należy wcześniej wysłać po porażonych transport sanitarny szczebla nadrzędnego.

Pułkowe i dywizyjne punkty medyczne rozmieszcza się w pomieszczeniach stałych zapewniających odpowiednie warunki pracy oraz przebywania porażonych i chorych.

Etapy ewakuacji medycznej należy rozmieszczać przy drogach przejezdnych i dobrze oznakowanych. Przy przegrupowaniu punktów medycznych należy, w miarę możliwości, wykorzystywać już urządzone i gotowe do użycia schrony i pomieszczenia.

Zasady zabezpieczenia medycznego działań bojowych, prowadzonych przy użyciu broni masowego rażenia w warunkach zimowych, nie różnią się od powszechnie przyjętych norm postępowania. Tym niemniej warunki atmosferyczne mogą w znacznym stopniu utrudniać wykonanie odpowiednich czynności.

Przy użyciu przez nieprzyjaciela broni jądrowej należy brać pod uwagę, że mgła i śnieg są czynnikami sprzyjającymi opadom promieniotwórczym pochodzącym z obłoku wytworzonego przez wybuch atomowy, co może prowadzić do wzrostu liczby porażonych wymagających zabiegów sanitarnych.

Wśród strat sanitarnych spowodowanych przez wybuch atomowy, dokonany w opisanych warunkach, wzrosnąć może liczba przypadków oślepienia.

Do odkażania umundurowania, obuwia i oporządzenia można stosować nie skażony śnieg.

W razie zamarzania instalacji rozlewczych /do odkażania i dezynfekcji/ zabiegi tego typu należy wykonywać w miarę możliwości w zabudowaniach stałych, wykorzystując do tego celu miejskie łaźnie lub pralnie.

Przy organizacji zabezpieczenia medycznego wojsk zimą, duże znaczenie posiadają czynności sanitarnohigieniczne i przeciwepidemiczne, jak również zapobieganie tzw. chorobom przeziębieniowym i odmrożeniom.

Zagęszczone rozmieszczenie pododdziałów w schronach dyktuje konieczność ciągłego prowadzenia rozpoznania sanitarno-epidemicznego, wczesnego wykrywania i izolowania chorych podejrzanych o schorzenia zakaźne.

W celu zapobiegania schorzeniom o charakterze przeziębieniowym oraz odmrożeniom wzmocnić należy nadzór nad zaopatrzeniem żołnierzy w ciepłe umundurowanie i obuwie oraz wyposażeniem w środki ogrzewcze.

W punktach medycznych należy zwrócić uwagę na przygoto-

wanie zapasów wymiernych /funduszu/ umundurowania dla zmiany przemoczonej lub zniszczonej odzieży.

Szczególną troską trzeba otoczyć odpowiednie żywienie, regularne dostarczanie gorącej stawy i świeżego /nie zmarzniętego/ chleba. Konieczna jest kontrola jakości otrzymywanej stawy pod względem pełnowartościowej zawartości składników odżywczych /białka, tłuszczu, węglowodanów i witamin/.

Rozdział XVI

WŁAŚCIWOŚCI ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO WOJSK W NOCNYCH DZIAŁANIACH BOJOWYCH

Działanie służby zdrowia w nocy - poza pewnymi zaletami, w porównaniu z porą dzienną - ma cały szereg cech ujemnych.

Jeżeli nocą w rezultacie złej widoczności zmniejsza się niebezpieczeństwo skutków ognia nieprzyjaciela podczas udzielania pierwszej pomocy na polu walki i w czasie wynoszenia porażonych, to jednocześnie utrudnione jest ich odszukiwanie i komplikuje się udzielanie im pierwszej pomocy.

W nocy środki transportu sanitarnego poruszają się wolniej, maleje wydajność pracy sanitariuszy, rozwijanie i urządzenie punktów medycznych jest wybitnie utrudnione, wzrasta niebezpieczeństwo napadu nieprzyjacielskich grup dywersyjnych na etapy ewakuacji medycznej i środki transportu przewożące porażonych itp.

W natarciu prowadzonym nocą pododdziały służby zdrowia batalionów i pułków przesuują się i rozwijają w taki sam sposób jak w warunkach dziennych, tzn. za pierwszym rzutem ugrupowania bojowego własnych wojsk.

Największe trudności w tego rodzaju działaniach, występują podczas wyszukiwania porażonych na polu walki. Do zbierania ich metodą "grabi sanitarnych" w punktach zbiórki porażonych wyznacza się pododdziały liniowe. Żołnierzy wytypowanych pododdziałów zaopatruje się w latarki kieszonkowe i środki sygnalizacji do oznaczania miejsc zgromadzonych żołnierzy wymagających ewakuacji i pomocy medycznej.

Przed rozpoczęciem natarcia, możliwie jeszcze w dzień, oznacza się dobrze widocznymi w nocy znakami drogi ewakuacji oraz kierunki i dozory przewidywanych miejsc rozwinięcia pułkowych i dywizyjnych punktów medycznych przed przednim skrajem obrony nieprzyjaciela.

Punkty zbiórki porażonych powinny być usytuowane w miejscach łatwych do odnalezienia, przy dobrze oznakowanych drogach doprowadzających do nich, w miarę możliwości na osi przesuwania się drużyny sanitarnej batalionu.

Pułkowe punkty medyczne, w miarę możliwości, przybliżyć się do walczących wojsk.

Sprawą ewakuację medyczną zapewnia się dobrym oznakowaniem dróg oraz przez wysyłanie awansem do punktów medycznych transportu sanitarnego, odpowiednio przystosowanego do pracy w nocy.

Sanitariusze i kierowcy środków ewakuacyjnych, o ile to możliwe, powinni w ciągu dnia zapoznać się z terenem i wytyczonymi drogami. W przypadkach, gdy drogi te są nie znane i źle widoczne w nocy, należy wyznaczyć przewodników towarzyszących samochodom transportu sanitarnego.

Poszczególne elementy pułkowych punktów medycznych powinny być oznakowane. Praca w PPM, przy dobrze zorganizowanym systemie oświetleniowym oraz posiadaniu przez personel niezbędnej wprawy, nie będzie zasadniczo odbiegała od pracy w warunkach dziennych.

Pierwszą pomoc lekarską w warunkach nocnych, przy średnim poziomie strat sanitarnych, można zawęzić do wskazań życiowych, a wygospodarowane tym sposobem siły i środki skierować na wzmocnienie elementu segregacyjnego, jako mniej wydolnego a jednocześnie priorytetowego dla każdego etapu ewakuacji medycznej.

Ważnym zagadnieniem jest przestrzeganie zasad maskowania oraz ochrony i obrony etapu. Szczególnego znaczenia nabiera tu wprowadzenie systemu posterunków rozmieszczonych na obwodzie PPM, obserwacji oraz sorownego powiadamiania tak całego personelu etapu, jak i pododdziałów sąsiadujących w ramach współdziałania w ogólnym planie ochrony i obrony tyłów.

Zagadnienie łączności nabiera szczególnego znaczenia

wobec istnienia warunków sprzyjających działaniom dywersyjnym. Wydaje się celowe wprowadzenie dublowanych środków porozumiewania się.

Również i DPM, w miarę możliwości, należy przybliżyć do walczących wojsk. Pracę w DPM powinno cechować ściśle przestrzeganie zasad maskowania oraz systematycznie prowadzona ochrona etapu i dobrze zorganizowany system obrony.

Ze względu na mniejszą wydajność pracy służby zdrowia w nocy, główny nacisk należy położyć na sprawną segregację.

Po zastosowaniu przez nieprzyjaciela w nocy bomb i pocisków atomowych, powiększy się liczba uszkodzeń narządu wzroku. W związku z tym wzrasta potrzeba przydzielenia żołnierzy do wyprowadzania porażonych z pola walki do rejonów zbiórki.

W warunkach nocnych wybitnie jest utrudnione wykrycie rejonów skażonych bojowymi środkami trującymi i środkami biologicznymi. Dużego znaczenia nabiera więc nieprzerwane prowadzenie rozpoznania sanitarno-chemicznego i sanitarno-epidemiologicznego.

Z powyższego wynika, że warunki nocy rzutują w sposób istotny na proces zabezpieczenia medycznego. Dlatego w tych warunkach konieczne jest posiadanie przez służbę zdrowia:

- odpowiednich nawyków do pracy w nocy;
- umiejętności przeprowadzania manewru siłami i środkami, jak też zakresem pomocy medycznej;
- odpowiedniego wyposażenia technicznego do prowadzenia obserwacji w nocy, oznaczania dróg ewakuacji i poszczególnych elementów etapów ewakuacji medycznej;
- sprawnej łączności;
- odpowiedniej ilości sił dla ochrony i obrony punktów medycznych.

Rozdział XVII

ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE WOJSK DZIAŁAJĄCYCH W DUŻYM MIEŚCIE

Właściwości zabezpieczenia medycznego działań bojowych prowadzonych w dużym mieście związane są z taktyką tego rodzaju walki, jak również z charakterem miasta i z jego stanem sanitarno-epidemicznym.

Walki prowadzi się z zasady drobnymi pododdziałami i grupami, dążąc do opanowania poszczególnych dzielnic, ulic a nie rzadko nawet budynków. Dlatego też szczególną uwagę zwraca się na organizację zabezpieczenia medycznego pododdziałów i grup prowadzących działania bojowe w oderwaniu od swoich oddziałów.

Organizując zabezpieczenie medyczne szef służby zdrowia dywizji /starszy lekarz pułku/ musi przewidzieć trudności związane z wyszukiwaniem porażonych w gruzach budynków, piwnicach itp., wynoszeniem ich i ewakuacją, z możliwością powstania rejonów skażenia promieniotwórczego oraz skażenia bojowymi środkami trującymi i zakażenia środkami biologicznymi, z możliwością rozprzestrzeniania się substancji promieniotwórczych, trujących i biologicznych w sieci kanalizacji wodnej. Powinien również przewidzieć trudności związane z możliwością szerzenia się wśród wojsk nieprzyjaciela i ludności cywilnej ostrych chorób zakaźnych oraz ze skomplikowanym kierowaniem służbą zdrowia w związku z trudnościami w utrzymaniu stałej łączności.

W większości wypadków straty sanitarne będą powstawać od broni konwencjonalnej oraz kontuzji spowodowanych walącymi się lub palącymi budynkami. Duże znaczenie posiada odpowiednia

organizacja wyszukiwania porażonych znajdujących się w piwnicach, pod minami, na górnych piętrach, strybach itp.

Sanitariuszom lub specjalnie utworzonym drużynom wyszukiwania porażonych wyznacza się obiekty lub kierunki działania. W razie konieczności organizuje się powtórne poszukiwania porażonych. Wydobywanie ich spod min, z piwnic, wynoszenie ich z górnych pięter związane jest często z dużymi trudnościami.

Muszą w tym brać udział wyznaczeni żołnierze z pododdziałów, ponieważ służba zdrowia nie ma sił i środków do prowadzenia na taką skalę akcji ratowniczej.

Szczególnie doniosłe znaczenie ma opanowanie przez wszystkich żołnierzy zasad udzielania pierwszej pomocy w ramach samopomocy i pomocy wzajemnej.

Po udzieleniu pierwszej pomocy, do tymczasowego ukrycia porażonych wykorzystuje się zazwyczaj piwnice i dolne piętra budynków. Miejsca te oznacza się dobrze widocznymi napisami /kredą/ na ścianach lub umownymi znakami ze specjalnych zestawów.

W razie potrzeby organizuje się kompanijne punkty medyczne.

Wynoszenie i wywożenie porażonych jest utrudnione ze względu na zatarasowanie ulic minami. W związku z tym organizuje się wzmocnione patrole noszowe /po 3-4 ludzi/.

Przy ostrzale prowadzonym wzdłuż ulic, w celu wyniesienia porażonych, należy przebijać otwory w ścianach sąsiednich budynków /piwnic/. Do wywożenia porażonych wykorzystuje się również czołgi i transportery opancerzone.

Zmienność sytuacji bojowej, nieustanna groźba pożaru i ataku lotnictwa czy artylerii nieprzyjaciela zmuszają do jak najrychlejszej ewakuacji porażonych poza granice miasta.

Drogi ewakuacji wiodące do punktów medycznych należy wyraźnie oznaczyć, szczególnie na skrzyżowaniach ulic i na zakrętach. Należy również wyznaczyć drogi zapasowe, przeznaczone do objazdu ewentualnych przeszkód powstałych na drogach ewakuacji.

Najbardziej odpowiednimi miejscami służącymi do rozwinięcia etapów ewakuacji medycznej /PPM i DFM/ są piwnice budynków o mocnych stropach, tunele i inne pomieszczenia znaj-

dające się pod ziemią, położone przeważnie na krańcach miasta, w pobliżu skrzyżowań i dróg. Konieczne jest wyposażenie tych pomieszczeń w zapasowe otwory wejściowe i wyjściowe na wypadek zaważenia się budynku, jak również zaopatrzenie ich w sprzęt przeciwpożarowy.

Punkty medyczne, a zwłaszcza transport sanitarny, należy rozmieszczać - w miarę możliwości - w bliskich odległościach od rejonu działań bojowych.

Odległości pomiędzy punktami medycznymi są bardzo często znacznie skrócone w porównaniu z odległościami przeciętnymi, ozemu sprzyjają wąskie pasy działania wojsk oraz równoległe do linii walki ulice i przecznice osłonięte od strony nieprzyjaciela budynkami.

Ewakuacja z rejonów kompanijnych może odbywać się wprost do PPM.

Rozwijanie DPM w obrębie miasta /nie otoczonego i nie zablokowanego/ nie zawsze jest celowe. W większości wypadków słuszniejsze jest rozwinięcie DPM w odległości zwykle stosowanej od linii walki, poza granicami miasta, w warunkach pomyślniejszych dla porażonych, jak również sprzyjających udzielaniu im kwalifikowanej pomocy medycznej.

W razie przewidywania okrążenia lub długotrwałej przerwy na drogach ewakuacji należy DPM rozwijać w obrębie miasta.

W określonych sytuacjach może okazać się celowe wzmocnienie DPM siłami i środkami szczebla nadrzędnego.

Trudności związane z ewakuacją porażonych zmuszają do udzielania 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 medyczna.

W czasie walk o duże miasta często jest możliwe wykorzystanie do celów leczniczo-ewakuacyjnych miejscowych szpitali, przychodni lekarskich, aptek i innych placówek służby zdrowia, jak również ich wyposażenia, co ma doniosłe znaczenie w wypadkach utrudnionego dowozu.

W pewnych okolicznościach słuszne jest powoływanie miejscowej ludności cywilnej, a głównie pracowników służby zdrowia do urządzania i obsługi urządzeń medycznych, pielęgnowania porażonych i chorych a nawet ich leczenia.

W obronie starsi lekarze pułków mogą zawnazapoznać się z miastem nie tylko z planu, lecz i przez bezpośrednią obserwację. Wspólnie z dowódcami drużyn sanitarnych batalionów mogą oznaczyć najdogodniejsze, ukryte drogi wnoszenia i wywożenia porażonych i sprawdzić słuszność wyboru miejsc na batalionowe punkty medyczne. Zwraca się uwagę na całkowite rozwinięcie wszystkich elementów PPM, na jego przygotowanie do obrona przeciwlotniczej i przeciwhemicznej, posiadanie stanowisk zapasowych, zgromadzenie zapasów wody i innych.

Ustala się wyraźnie oznaczenia dróg, wykluczając błędnie porażonych i środków transportowych po ulicach i zaułkach, przegrodzonych w wielu miejscach barykadami.

Pułkowy punkt medyczny rozwija się na odcinku obrony pułku a dywizyjny punkt medyczny zazwyczaj na przeciwnym skraju miasta za pasem obrony dywizji.

Specjalną uwagę zwraca się na zabezpieczenie medyczne załóg punktów oporu i środków obrony, które mogą być zmuszone do wielodniowej walki w okrążeniu lub w izolacji ogniowej.

Dowódcy drużyn sanitarnych rozwijają bpm w najbezpieczniejszych ukryciach, licząc się z potrzebą dłuższego przetrzymywania porażonych. Miejsce na rozwinięcie bpm wyszukuje się w obrębie środka rejonu obrony batalionu, zaś kompanijnego punktu medycznego - w rejonie kompanijnych punktów oporu.

Dowódcy drużyn sanitarnych batalionów rozpoznają wszystkie dojścia do kompanijnych punktów medycznych.

Sanitariusze kompanii piechoty organizują kompanijne punkty medyczne i szczególnie dokładnie zaznajamiają się z miejscami przeznaczonymi na gromadzenie porażonych oraz z drogami ich wnoszenia.

Wybuchy jądrowe w mieście powodują znaczne straty sanitarne związane ze zburzeniem budynków i powstaniem pożarów. Konieczne jest utrzymywanie punktów medycznych w gotowości do przyjęcia dużej liczby porażonych z urazami i oparzeniami.

Rozmieszczenie wojsk w mieście wymaga szczególnego nadzoru sanitarnohigienicznego i odpowiednich środków zabezpieczenia przeciwepidemicznego.

Szef służby zdrowia dywizji w pasie działania własnych wojsk organizuje rozpoznanie przeciwepidemiczne, które spełnia

bardzo ważne zadanie zwłaszcza przy długotrwałej obronie.

Szczególnie bacznej uwagi wymagają: kontrola użytkowania miejscowych i zdobytych zasobów, organizacja żywienia odosobnionych i okrążonych załóg punktów oporu, organizacja zaopatrzenia w wodę itp.

Przy długotrwałym skupieniu wojsk na jednym miejscu, przy braku wody itp., znacznie utrudnione jest przestrzeganie zasad higieny osobistej.

Uszkodzenie lub zniszczenie wodociągów i urządzeń kanalizacyjnych przyczynia się do nagromadzenia nieczystości i do powstawania chorób zakaźnych wśród ludności miejscowej oraz w wojskach. Zakaźnie chorych żołnierzy jak i ludność cywilną należy izolować.

Rozdział XVIII

WŁAŚCIWOŚCI ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO WOJSK WALCZĄCYCH W OKRĄŻENIU

Organizacja zabezpieczenia medycznego wojsk walczących w okrążeniu jest przedsięwzięciem trudnym, ze względu na izolację okrążonych wojsk i brak możliwości wsparcia oraz pomocy sąsiadów, oderwanie się od źródeł zaopatrzenia, utrudnioną lub przerwana ewakuację porażonych i chorych, duże straty sanitarne oraz ciągłą groźbę przejścia nieprzyjaciela do zdecydowanych działań mających na celu likwidację okrążonych wojsk.

Działalność służby zdrowia zabezpieczającej okrążone wojska można podzielić na trzy fazy, w zależności od etapów walki w okrążeniu, a mianowicie: w czasie zagrożenia okrążeniem, w czasie walki w okrążeniu i w czasie przygotowywania i wychodzenia z okrążenia.

Podczas zagrożenia okrążeniem szef służby zdrowia dywizji /starszy lekarz pułku/ przygotowuje podległy personel do pracy w okrążeniu. Organizuje on szybką ewakuację porażonych i chorych z punktów medycznych, maksymalnie przybliża punkty medyczne do ugrupowania bojowego wojsk tak, aby nie zostały od nich odcięte oraz tworzy zapasy sprzętu i materiału medycznego.

Jeśli to możliwe, powinien przewidzieć ewakuację porażonych i chorych drogą powietrzną oraz ustalić jej kolejność.

Podstawą organizacji zabezpieczenia medycznego walki w okrążeniu powinny być następujące zasady: etapy ewakuacji medy-

cznej rozmieszcza się z reguły w centrum ugrupowania bojowego wojsk; przy wyborze miejsca na rozmieszczenie punktów medycznych należy uwzględnić niedostępność rejonu dla czołgów, możliwości maskowania przed obserwacją z powietrza, drogi ewakuacji itp.

Podczas walki w okrążeniu szef służby zdrowia /starszy lekarz/ organizuje rozwinięcie punktów medycznych /bpm, PPM, DPM/, zwiększenie pojemności pomieszczeń /ukryć/, aby zapewnić przyjęcie wszystkich porażonych i chorych, przygotowanie zapasowych miejsc na rozwinięcie punktów medycznych i nawiązanie łączności z przełożonym fachowym.

Przede wszystkim zwiększa się pojemność oddziałów ewakuacyjnych i szpitalnych.

Jeżeli służba zdrowia dywizji /pułku/ została wzmocniona siłami i środkami medycznymi armii, to można rozszerzyć zakres pomocy medycznej udzielanej w poszczególnych punktach medycznych. Na przykład: PPM udziela porażonym i chorym nie tylko pierwszej pomocy lekarskiej, ale i kwalifikowanej pomocy medycznej; na DPM może być udzielana specjalistyczna pomoc medyczna, przy pomocy przygotowanych do tego celu zespołów.

W miarę możliwości nie należy skupiać w jednym rejonie dużej liczby porażonych i chorych. Wskazane jest rozdzielić ich między punkty medyczne, a jak najwięcej lekko porażonych pozostawić w punktach medycznych jednostek. Zdolnych do kontynuowania walki należy kierować do macierzystych pododdziałów.

Powracający po dowiezieniu zaopatrzenia transport powietrzny należy maksymalnie wykorzystać do ewakuacji medycznej niezdolnych do walki żołnierzy.

Jeżeli istnieje możliwość prowadzenia ewakuacji drogą powietrzną chociażby w ograniczonym zakresie, to porażonych i chorych dzieli się na następujące grupy:

- z zachowaną zdolnością do ruchu /po udzieleniu pomocy medycznej mogą oni być skierowani do swoich pododdziałów/;
- wymagających hospitalizacji w punktach medycznych /mogą oni być ewakuowani transportem ogólnego przeznaczenia podczas wychodzenia z okrążenia/;
- wymagających ewakuacji transportem powietrznym.

W sprzyjających okolicznościach transportem powietrznym mogą być ewakuowani wszyscy porażeni i chorzy.

Drogą transportu powietrznego uzupełnia się również zaopatrzenie w leki, krew konserwowaną i materiał opatrunkowy.

Przygotowując się do wyjścia z okrążenia szef służby zdrowia /starszy lekarz/ organizuje zabezpieczenie medyczne pułków /batalionów/ przełamujących front okrążenia oraz pułków /batalionów/ osłony. Przygotowuje ewakuację wszystkich porażonych i chorych oraz organizuje wyjście z okrążenia oddziałów i pododdziałów służby zdrowia.

Z punktów medycznych oddziałów /pododdziałów/ przełamujących i osłaniających zawczasu ewakuuje się porażonych i chorych do DPM oraz wzmacnia się je siłami i środkami przeznaczonymi do ewakuacji.

Cały dostępny transport wykorzystuje się do ewakuacji medycznej i grupuje się go wcześniej w pobliżu DPM.

Z chwilą rozpoczęcia przełamywania pierścienia okrążenia, oddziały i pododdziały tyłowe rozwijają się w kolumny, a następnie wychodzą z okrążenia w ślad za oddziałami wykonującymi przełamanie, pod osłoną odwodu ogólnowojskowego.

Pierwszeństwo załadunku na środki transportowe przysługuje porażonym i chorym - nawet kosztem pozostawienia środków materiałowych.

Batalion medyczny dywizji /mbw/ przesuwają się razem z porażonymi i chorymi w składzie kolumn oddziałów i pododdziałów tyłowych, wychodzących z okrążenia.

W czasie przełamywania pierścienia okrążenia pomocy medycznej udziela się w marszu, a jej zakres sprowadza się do wskazań życiowych.

W razie konieczności pozostawienia na miejscu części porażonych, wyznacza się niezbędną ilość personelu fachowego do sprawowania nad nimi opieki.

Istotną sprawą jest posiadanie odwodu medycznego, a szczególnie środków transportowych. Powinien on znajdować się w takim rejonie, aby mógł być łatwo przesunięty w żądanym kierunku.

Specjalną uwagę zwraca się na przeprowadzanie zabiegów sanitarnohigienicznych i przeciwepidemicznych, ponieważ w czasie długotrwałego przebywania wojsk w okrążeniu, na skutek przerw w dostawie wody do picia, prawie nieuniknionych zakłóceń żywnościowych i trudności w wykonywaniu czynności sanitar-

nehigienicznych, obniża się odporność organizmu ludzkiego na choroby w ogóle, a choroby zakaźne szczególnie.

Oszczędna gospodarka lekami i materiałem opatrunkowym oraz - w miarę możliwości - wykorzystywanie środków znajdujących się na danym terenie /apteki, szpitale/ pozwoli na właściwe udzielenie pomocy wszystkim porażonym i chorym.

Obowiązki przełożonego fachowego w stosunku do okrążonych wojsk wyrażają się w realizacji pomocy w środkach zaopatrzenia medycznego, w personelu medycznym i wykorzystywaniu wszelkich możliwości do ewakuacji porażonych i chorych z punktów medycznych znajdujących się w okrążeniu.

Rozdział XIX

WŁAŚCIWOŚCI ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO WOJSK DESANTU

Organizacja zabezpieczenia medycznego wojsk desantu jest złożonym i skomplikowanym przedsięwzięciem. Desant dzieli się na:

- powietrzny;
- morski;
- powietrzno-morski /kombinowany/.

Właściwości zabezpieczenia medycznego wojsk desantu to:

- utrudnienie w pracy służby zdrowia stwarza rozdział personelu medycznego na wiele środków transportowych i rzuty bojowe oraz nierównomierne wprowadzanie pododdziałów służby zdrowia;
- służba zdrowia musi być przygotowana do pracy w oderwaniu od baz zaopatrzenia;
- personel służby zdrowia powinien być wyszkolony w wykonywaniu skoków spadochronowych, podejmowaniu porażonych z lustra wody; przygotowany do niesienia pomocy leczniczej w warunkach dużych ograniczeń materiałowych i kadrowych;
- ewakuacja medyczna z rejonu desantu do kolejnych urzędzeń leczniczych może być utrudniona a nawet przerwana; pociąga to za sobą konieczność stworzenia warunków do zapewnienia pomocy i zatrzymywania w punktach medycznych desantu tych porażonych i chorych, którzy wymagają dalszego leczenia; w tym celu należy tworzyć pododdziały czasowej hospitalizacji przy punktach medycznych, które takich elementów etatowo nie posiadają /bpm, PPM/;

- wystąpią większe straty w personelu służby zdrowia, a jednocześnie istnieją większe trudności w uzupełnianiu tego personelu;
- w grupie strat niebojowych wystąpią: choroba morska, lokomocyjna, przeziębienia, obrażenia podczas skoków spadochronowych;
- do etapów ewakuacji medycznej desantu w krótkim czasie może napłynąć znaczna liczba porażonych;
- uzupełnienie brakującego wyposażenia i materiału medycznego może napotykać duże trudności; należy, w miarę możliwości, wykorzystywać zasoby miejscowe;
- praca służby zdrowia odbywa się w nieznanym warunkach sanitarnohigienicznych i epidemicznych;
- dowodzenie powinno obejmować wcześniejsze uwzględnienie kilku wariantów rozwiązania zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego działań bojowych.

Określenie wielkości i struktury strat sanitarnych jest trudne. Przy zaskoczeniu nieprzyjaciela desantem, zmniejsza się liczba porażonych. Wielkość strat sanitarnych jest zmienna i zależy od rodzaju i okresu działań.

Wielkość strat sanitarnych wojsk biorących udział w desancie powietrznym jest w poszczególnych okresach bardzo zróżnicowana:

- w okresie przygotowawczym: około 0,1 - 0,3%;
- w okresie załadowania: około 0,3%;
- w czasie przelotu: około 2-5%;
- w czasie lądowania: około 2%.

W batalionie powietrznodesantowym straty sanitarne w działaniach manewrowych wynoszą około 2-3% w ciągu godziny walki, a za dobę walki - około 23,1-32,1% i więcej. W czasie działań obronnych straty sanitarne tego batalionu wynoszą około 1,5-2% za godzinę walki, a za dobę zaś około 16,1-24,1% i więcej.

W pułku powietrznodesantowym straty sanitarne w działaniach manewrowych wynoszą około 1,5-2,5% za godzinę walki, a za dobę zaś około 17,1-25,1%. Dobowe straty sanitarne dla tego pułku wynikające z użycia poszczególnych rodzajów broni mogą kształtować się następująco:

- od broni konwencjonalnej: około 8-10%;
- od broni jądrowej: około 5-8%;
- od broni chemicznej: około 4-7%;
- chorzy: około 0,1%.

W czasie działań obronnych pułk powietrznodesantowy ponosi straty sanitarne około 1-2% za godzinę walki, za dobę zaś około 11,1-15,1%.

Straty sanitarne powstające w desancie morskim są różne w poszczególnych okresach i różne dla poszczególnych pododdziałów i oddziałów oraz zależne w dużej mierze od zaskoczenia nieprzyjaciela i szybkości realizacji zadań w poszczególnych okresach działań:

	batalion desantowy	pułk desantowy
- w okresie przygotowawczym	0,5%	0,4%
- w okresie załadowania	0,4%	0,3%
- w okresie przejścia morzem	4-10%	2,5-7%
- w okresie walki o przyczółki /I rzut/	30-40%	25-30%
- w toku dalszych walk w rejonie desantowania	30-35%	20-25%

Poważnym problemem jest choroba morska, która może objąć około 10% stanu osobowego.

Zabezpieczenie medyczne wojsk biorących udział w desancie uzależnione jest od zadań desantu, jego składu, warunków meteo-geograficznych, wielkości strat sanitarnych oraz stanu sił i środków służby zdrowia.

Organizacja zabezpieczenia medycznego opiera się na ogólnie przyjętych zasadach systemu leczenia etapowego z ewakuacją według wskazań.

Zabezpieczenie medyczne realizuje etatowa służba zdrowia pododdziałów /oddziałów/ biorących udział w desancie, służba zdrowia wojsk współdziałających oraz służba zdrowia przydzielona ze szczebla wyższego jako wzmożenie.

Każdy rodzaj desantu oraz każdy okres walki w inny sposób angażuje siły i środki.

System zaopatrywania służby zdrowia nie odbiega począt-

kowo od ogólnie przyjętych zasad. Pododdziały /oddziały/ wychodzą w rejon wyjściowy z pełnym wyposażeniem.

W rejonach wyjściowych i w rejonach wyczekiwania pododdziały służby zdrowia są zwinięte i przygotowane do przemieszczenia w rejon desantowania. Pomocy medycznej udziela się ambulatoryjnie, a następnie ewakuuje porażonych do wyznaczonych najbliższych punktów medycznych.

W wypadku powstania masowych strat sanitarnych w rejonie wyjściowym, służba zdrowia wojsk desantu wydziela część swoich sił i środków, rozwija odpowiednie etapy ewakuacji medycznej i udziela pomocy ze wskazań życiowych do czasu przybycia w ten rejon jednostki służby zdrowia skierowanej przez wyższego przełożonego.

Główny wysiłek służby zdrowia wojsk desantu skierowany jest na:

- planowanie zabezpieczenia medycznego wojsk;
- uzgodnienie współdziałania;
- kontrolę stanu przygotowań;
- zabiegi sanitarnohigieniczne i przeciwepidemiczne;
- przygotowanie sprzętu i materiału medycznego;
- ochronę i obronę przed bronią masowego rażenia.

Wyposażenie medyczne każdego pododdziału służby zdrowia rozdziela się zestawami dla funkcjonalnych grup personelu medycznego według ustalonego planu transportu służby zdrowia. Konieczne jest posiadanie przez służbę zdrowia wojsk desantu doraźnego zapasu sprzętu i materiału medycznego na użytek bieżący, ponieważ etatowe wyposażenie przeznaczone jest na zabezpieczenie działań i powinno znajdować się w dodatkowych opakowaniach amortyzujących, wodoszczelnych.

W desancie powietrznym w czasie załadowania zabezpieczenie medyczne realizuje służba zdrowia jednostek lotniczych, na których terenie dokonuje się ładowania wojsk desantu.

Pierwszej pomocy medycznej udzielają posterunki transportu sanitarnego /PTS/. Pierwszą pomoc lekarską otrzymują porażeni w punkcie medycznym lotniska, skąd są ewakuowani do najbliższych etapów kwalifikowanej pomocy medycznej lub do szpitali wojskowych.

W czasie ładowania służby zdrowia na środki lotnicze

przestrzega się następujących zasad:

- kolejność załadowania do samolotu winna być odwrotna do kolejności wyładowania;
- podoficerowie sanitarni /sanitariusze/ kompanii załadowują się w składzie swoich kompanii;
- plutony medyczne batalionów i dywizjonów załadowują się w składzie swoich pododdziałów z zastrzeżeniem, że każdy pluton medyczny rozdziela swój personel i wyposażenie przynajmniej na dwie części i ładuje się do dwóch samolotów, aby po ewentualnej awarii jednego, pozostała część plutonu dotarła do celu i mogła samodzielnie działać; podobnie postępuje służba zdrowia kompanii medycznej.

W desancie morskim w czasie załadowania zabezpieczenie medyczne organizuje służba zdrowia Marynarki Wojennej. W każdym punkcie ładowania organizuje się punkt medyczny z zadaniem udzielania pierwszej pomocy lekarskiej i ewakuacji do wyznaczonych urządzeń medycznych. Oprócz tego służba zdrowia każdego pułku desantowego wydziela ze swoich sił medyczną grupę dyżurną przeznaczoną do udzielania pomocy i kierowania ewakuacją do wspomnianych punktów medycznych Marynarki Wojennej.

Służba zdrowia desantu ładuje się na okręty z zachowaniem odwrotnej kolejności wyładowania i zasady podziału pododdziałów medycznych przynajmniej na dwie części. Podoficerowie sanitarni kompanii ładują się na okręty swoich kompanii. Kompanie medyczne /plutony medyczne/ pułków desantowych po rozdzieleniu swoich sił powinny znaleźć się na dwóch-trzech okrętach transportujących własne pułki.

W okresie ładowania odpowiedzialność za zabezpieczenie sanitarnohigieniczne i przeciwepidemiczne wojsk desantu przejąmuje w desancie powietrznym służba zdrowia jednostek lotniczych, w morskim - służba zdrowia Marynarki Wojennej. Rola służby zdrowia wojsk desantu polega w tym okresie na niedopuszczeniu do załadowania chorych lub podejrzanych o choroby zakaźne.

W wypadku wykonania przez nieprzyjaciela uderzenia bronią masowego rażenia na ładujące się wojska desantu:

- w desancie powietrznym pomocy medycznej porażonym udziela służba zdrowia jednostek lotniczych, na których terenie odbywało się ładowanie, oraz - w razie potrzeby - kieruje się

- w ten rejon wydzielone siły służby zdrowia wyższego szczebla;
- w desancie morskim pomocy medycznej udziela służba zdrowia Marynarki Wojennej;
- służba zdrowia wojsk desantu przygotowana do załadowania współuczestniczy w udzielaniu pomocy tylko przez krótki okres, wykorzystując posiadane dodatkowe wyposażenie medyczne; etatowy sprzęt i materiał medyczny przygotowany do załadowania może być wykorzystany tylko w sytuacjach krytycznych, na zarządzenie wyższego przełożonego.

W desancie powietrznym w wypadku zranień żołnierzy w okresie przelotu, pierwsza pomoc udzielana jest w ramach pomocy wzajemnej lub przez personel służby zdrowia znajdujący się na danym samolocie. W wypadku strącenia lub awarii samolotu powstałe straty sanitarne nie mają bezpośredniego wpływu na pracę służby zdrowia desantu, ponieważ na własnym terytorium zajmie się nimi służba zdrowia najbliższych jednostek operacyjnych lub obrony cywilnej, natomiast nad terytorium nieprzyjaciela będą to straty bezpowrotne.

W desancie morskim w okresie przejścia morzem zabezpieczenie medyczne zapewnia służba zdrowia jednostek pływających i brzegowych Marynarki Wojennej. W zależności od klasy okrętu, pomocy porażonym udziela sanitariusz funkcyjny lub podoficer sanitarny, a na większych okrętach - lekarz.

Na okrętach z załadowaną służbą zdrowia desantu pomocy medycznej udziela obecny tam personel służby zdrowia. Służba zdrowia musi być przygotowana do udzielania pomocy na okrętach, ale i do przyjmowania porażonych i chorych z uszkodzonych środków transportu oraz zbierania rozbitków z morza.

W okresie lądowania desantu powietrznego z przybywającymi grupami samolotów desantują na spadochronach w pierwszej kolejności pododdziały szturmowe /kompania/, a wraz z nimi podoficerowie sanitarni. Straty sanitarne powstające w tym okresie spowodowane są urazami wynikłymi w czasie skoków spadochronowych oraz z oddziaływania nieprzyjaciela.

Podoficerowie sanitarni po wylądowaniu udzielają pierwszej pomocy, kierują samopomocą i pomocą wzajemną oraz grupują porażonych.

Następnie przybywają plutony i kompania medyczna, grupu-

ją zrzucony sprzęt i materiał medyczny oraz organizują batalionowe i pułkowy punkt medyczny. W bpm wojsk powietrznodesantowych udzielana jest pierwsza pomoc lekarska.

Pododdziały bojowe po wylądowaniu wykonują zadania prowadzące działania obronne lub zaczepne. W działaniach obronnych praca służby zdrowia jest łatwiejsza. Rozwinięte punkty medyczne pozostają na miejscu. Porażonym udziela się pomocy, ewakuuje do kolejnych etapów. W działaniach zaczepnych część sił służby zdrowia kieruje się za pododdziałami nacierającymi. Natomiast wcześniej rozwinięte i wypełnione punkty medyczne, w miarę możliwości, należy grupować w jednym rejonie, organizując dla nich obronę, albo związać i przegrupowywać w ślad za wojskami, zbierając porażonych.

Okresowe przerwy w ewakuacji medycznej będą zmuszać służbę zdrowia do pozostawiania ponad ustalone terminy porażonych i chorych w batalionowych i pułkowym punkcie medycznym.

Na poszczególnych etapach ewakuacji medycznej pomoc powinna być udzielana w pełnym zakresie.

Do batalionowych i pułkowego punktu medycznego, w których przewiduje się najwięcej porażonych lub utrudnioną ewakuację, przydziela się grupy chirurgiczne i hospitalizacyjne. Grupy wzmocnienia służby zdrowia po wylądowaniu włączają się do pracy.

W przypadku lądowania części wojsk samolotami na lotnisku /lądowiskach/ istnieje możliwość ewakuacji powracającymi samolotami części porażonych z okresu lądowania. W samolotach tych powinny znajdować się środki medyczne do udzielania pomocy w czasie transportu.

Ewakuacja z wojsk desantu jest możliwa, gdy desant ma w swoim rejonie lotnisko, a sytuacja pozwala na utrzymywanie mostu powietrznego. Ewakuować należy w pierwszej kolejności ciężko porażonych.

Stan sanitarnohigieniczny i epidemiczny rejonu działań desantu nie jest dobrze znany, dlatego trzeba dążyć do systematycznego rozpoznawania i stosowania przedsięwzięć profilaktycznych. Chorych zakaźnie i podejrzanych kierować należy do izolatorów.

Uzupełnianie sprzętu i materiałów medycznych drogą zrzu-

tów nie zawsze jest możliwe. Dlatego celowe jest posiadanie dodatkowej ilości tych materiałów. Należy również, w miarę możliwości, wykorzystywać zasoby miejscowe.

W desancie morskim lądowanie pododdziałów służby zdrowia i rozwijanie punktów medycznych możliwe jest dopiero po zdobyciu odpowiednio głębokich przyczółków. Z pierwszymi pododdziałami bojowymi lądują ich podoficerowie sanitarni oraz desantowe grupy medyczne z desantowanego zespołu medycznego Marynarki Wojennej. Zbierają one porażonych z plaży, udzielają im pierwszej pomocy lekarskiej bez rozwijania w tym okresie punktów medycznych.

W miarę uzyskiwania powodzenia i rozszerzania przyczółków, lądują pododdziały medyczne wojsk desantu i rozwijają na kierunkach działań swoich pododdziałów i oddziałów bojowych odpowiednie etapy ewakuacji medycznej.

W tym czasie desantowe grupy medyczne Marynarki Wojennej wspierają działanie pododdziałów medycznych wojsk desantu lub dzielą się na dwie części, z których jedna zajmuje się udzielaniem pomocy, a druga organizuje desantowe punkty ewakuacji medycznej. Do ewakuacji porażonych z plaży na okręty należy wykorzystać pływające transportery oraz kutry desantowe.

Pomoc medyczna na kolejnych etapach powinna być udzielana w pełnym zakresie. Jednak w warunkach sprawnej ewakuacji i dużej liczby porażonych, należy ich ewakuować po udzieleniu pomocy medycznej ze wskazań życiowych.

Po wylądowaniu grupy przeciwepidemiczne przydzielone z sił służby zdrowia Marynarki Wojennej przystępują do rozpoznania sytuacji sanitarnohigienicznej i epidemicznej rejonu działań bojowych. Dalszego ciągu rozpoznania i realizacji przedsięwzięć profilaktycznych dokonuje służba zdrowia wojsk desantu.

W desancie powietrzno-morskim zabezpieczenie medyczne w okresie lądowania i dalszych działań bojowych jest połączeniem zabezpieczenia medycznego desantu powietrznego i morskiego.

Wydrukowano w 100 egz.

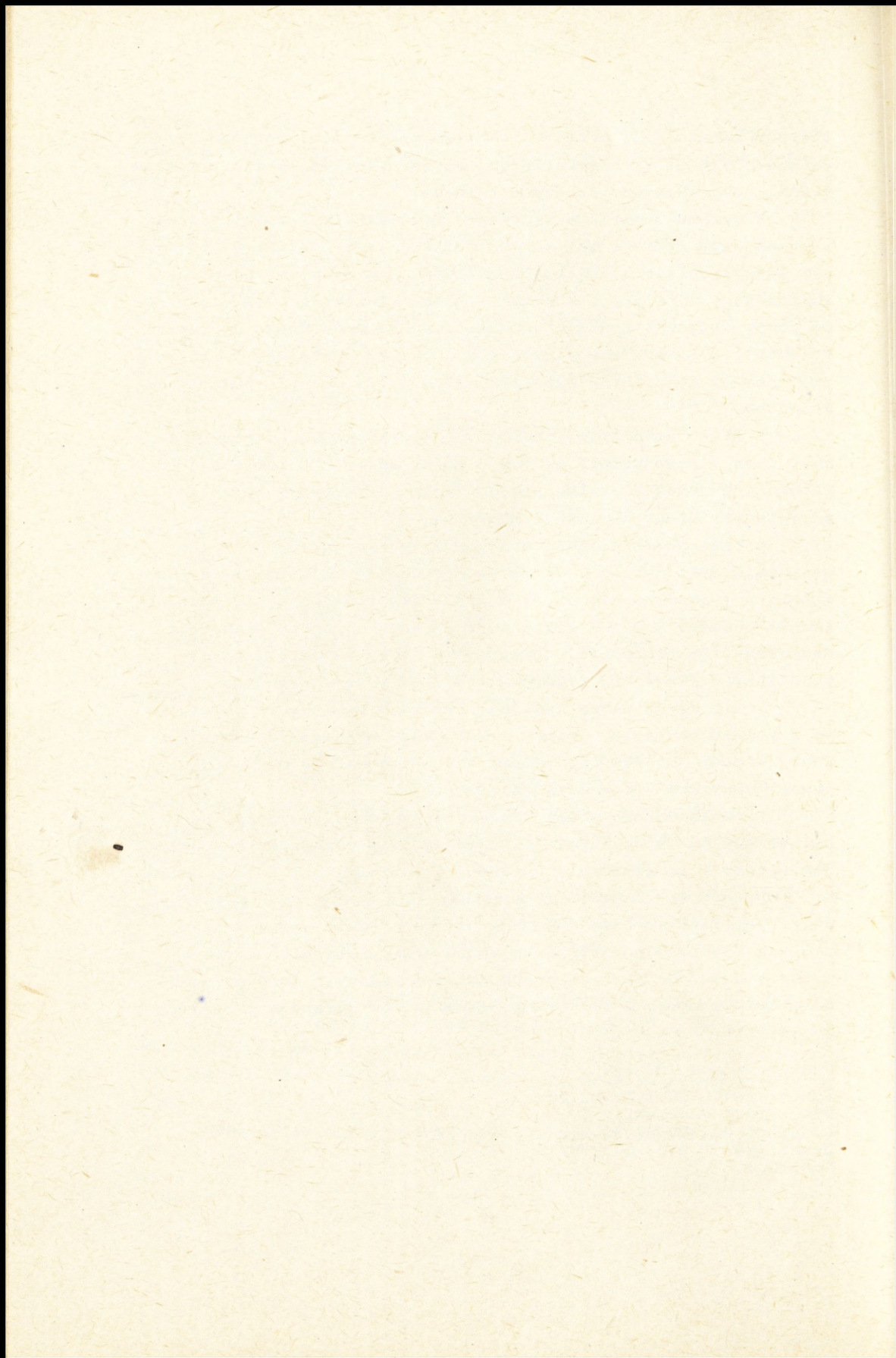
Egz. nr 1-100 Bibl. Nauk. OZS

Wyk.: ppłk Gembicki

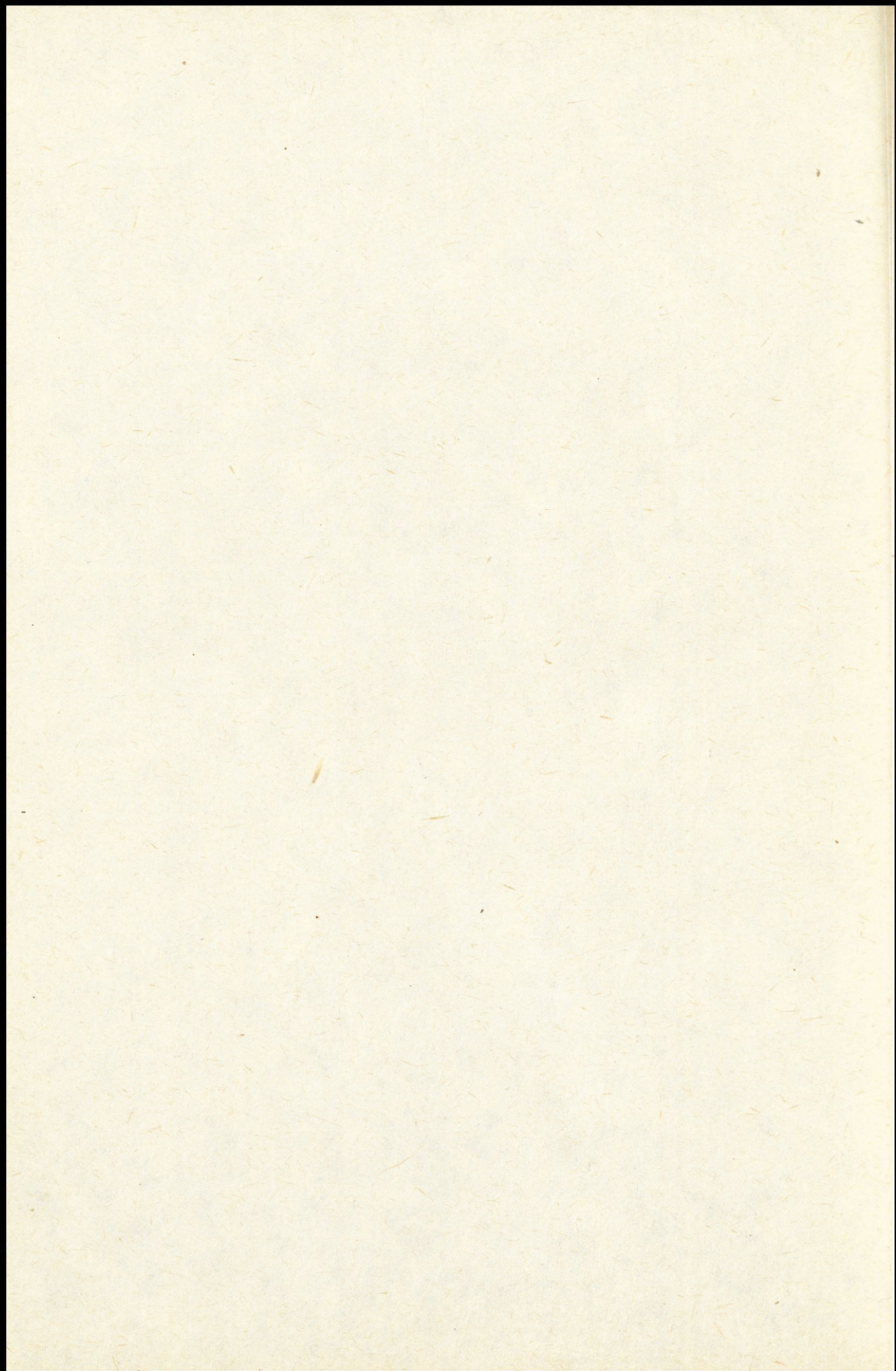
Druk: PK, dn. 20.03.80 r.

Druk: ASG WP 0101/0417/WW












Kor. G.J.




















Z A Ł A C Z N I K I



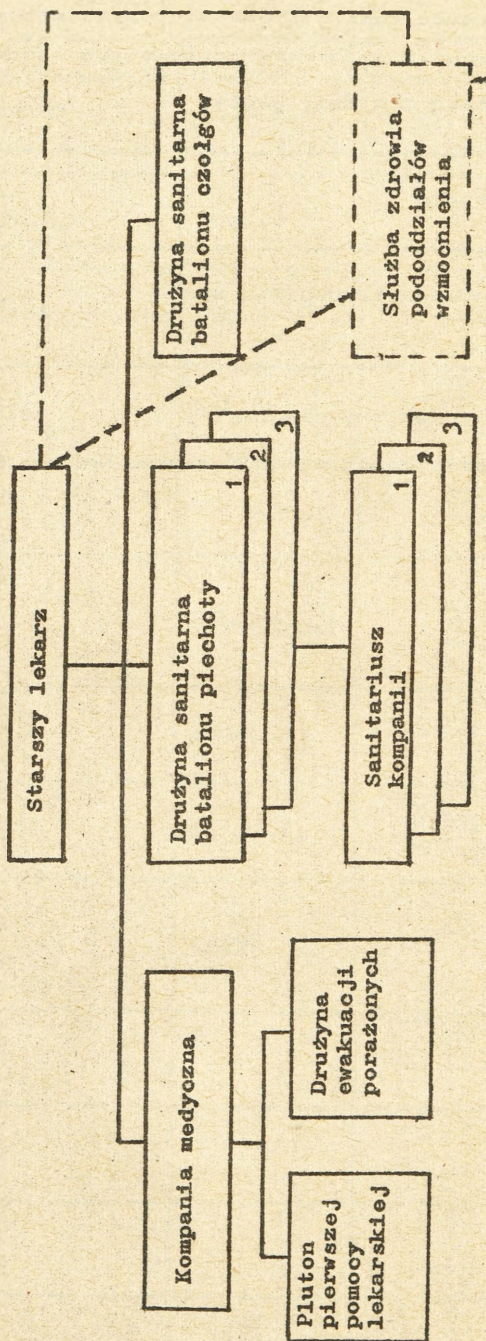
ZNAKI TAKTYCZNE I SKRÓTY SŁUŻBY ZDROWIA

Wyszczególnienie	Skrót	Znak taktyczny
1	2	3
Punkt zbiórki porażonych /gniazdo rannych/	pzp	
Drużyna sanitarna	drsan	
Batalionowy punkt medyczny	bpm	
Pluton medyczny	plmed	
Pułkowy punkt medyczny	PPM	
Kompania medyczna	km	
Brygadowy punkt medyczny		
Medyczny punkt przeprawowy	MPP	
Batalion medyczny	bm	
Dywizyjny punkt medyczny	DPM	
Medyczny batalion wzmocnienia	mbw	

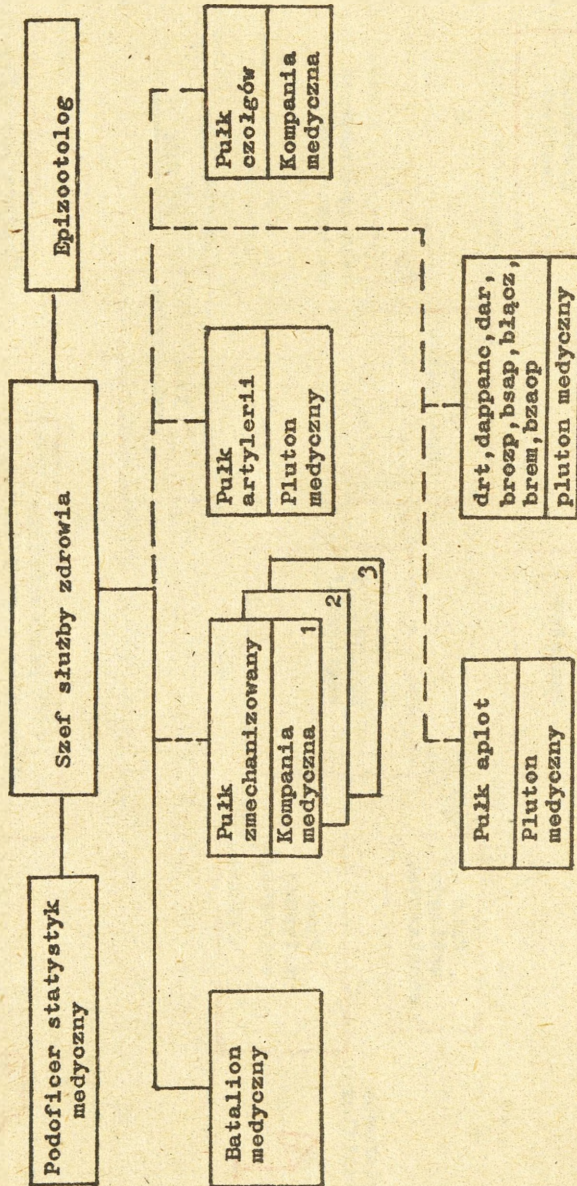
1	2	3
Rozwinięty medyczny batalion wzmocnienia	rozw.mbw	
Batalion przeciwepidemiczny	bpepid	
Oddział zabezpieczenia medycznego	OZM	
Kompania hospitalizacyjna	kh	
Kompania samochodów sanitarnych	kssam	
Stacja krwiodawstwa II kategorii	SKr II kat.	
Polowy skład sanitarny	PSSan	
6 komenda bazy szpitalnej frontu	6 KBSzF	
Baza szpitalna frontu	BSzF	
Opancerzony transporter sanitarny		
Samochód sanitarny		
Samolot sanitarny		
Śmigłowiec sanitarny		

1	2	3
Lotnisko dla śmigłowców		
Lądowisko		
Posterunek transportu sanitarnego	PTS	
Posterunek rozdzielczy	PR	

Schemat organizacji służby zdrowia pz

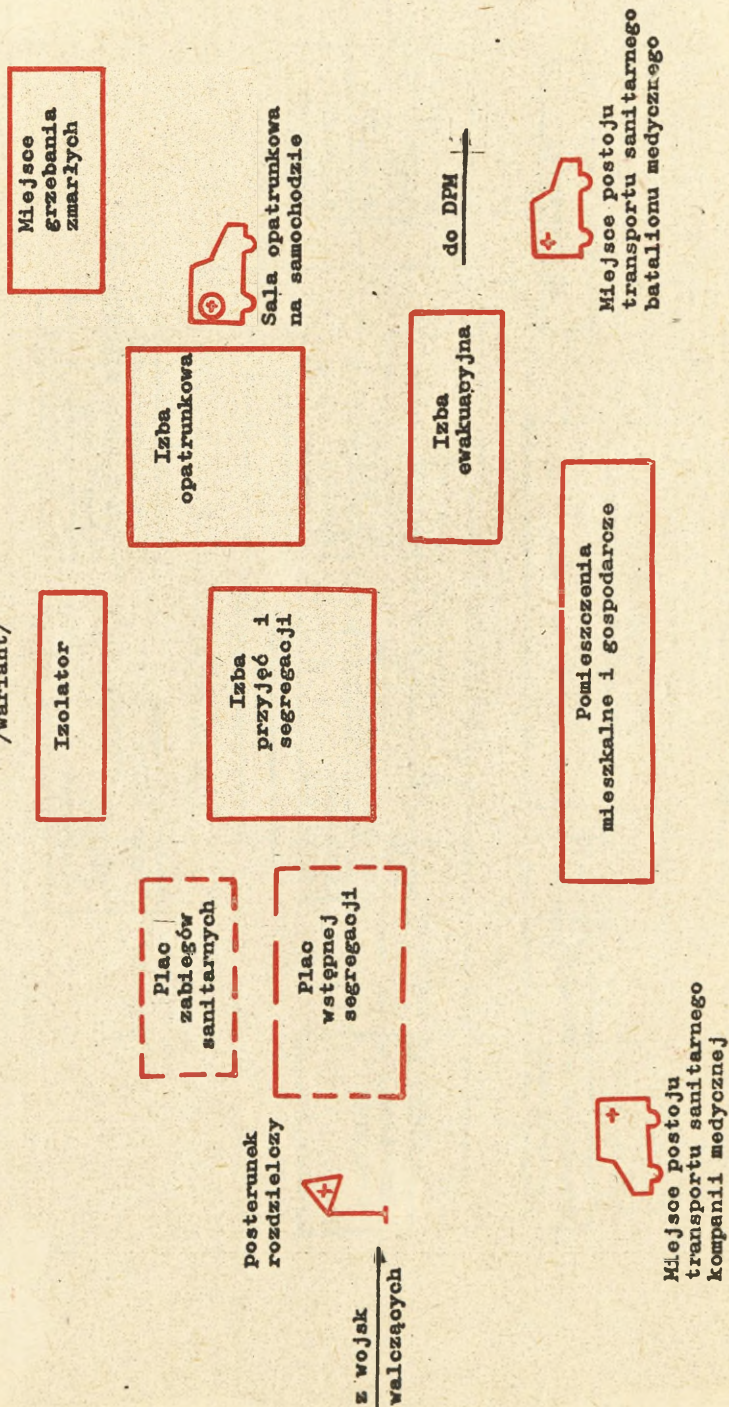


Schemat organizacji służby zdrowia DZ



Załącznik 4

Schemat rozmieszczenia PPM
/wariant/



100 m

100 m

Schemat rozmieszczenia DPM
/variant/

Punkt zabiegów sanitarnych

rozbie-
ralnia
lisko
kąpie-
ralnia
ubie-
ralnia

Apteka

Oddział segregacyjno-ewakuacyjny

Ciężko	porażeni
Lekko	porażeni
Chorzy	

Plac segregacji

PR

z PPM

Dowództwo i sztab

Postój transportu sanitarnego bm

Postój transportu sanitarnego armii BSzF

osobnym transportem PSzZ

Kwatermistrzostwo

Oddział operacyjno-opatrunkowy

Blok	opatrunkowy
Zespół operacyjny na samocho- dzie	
p-wstrząs.	
Blok	operacyjny

Oddział szpitalny

Izolator

400m

400m

Schemat zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego

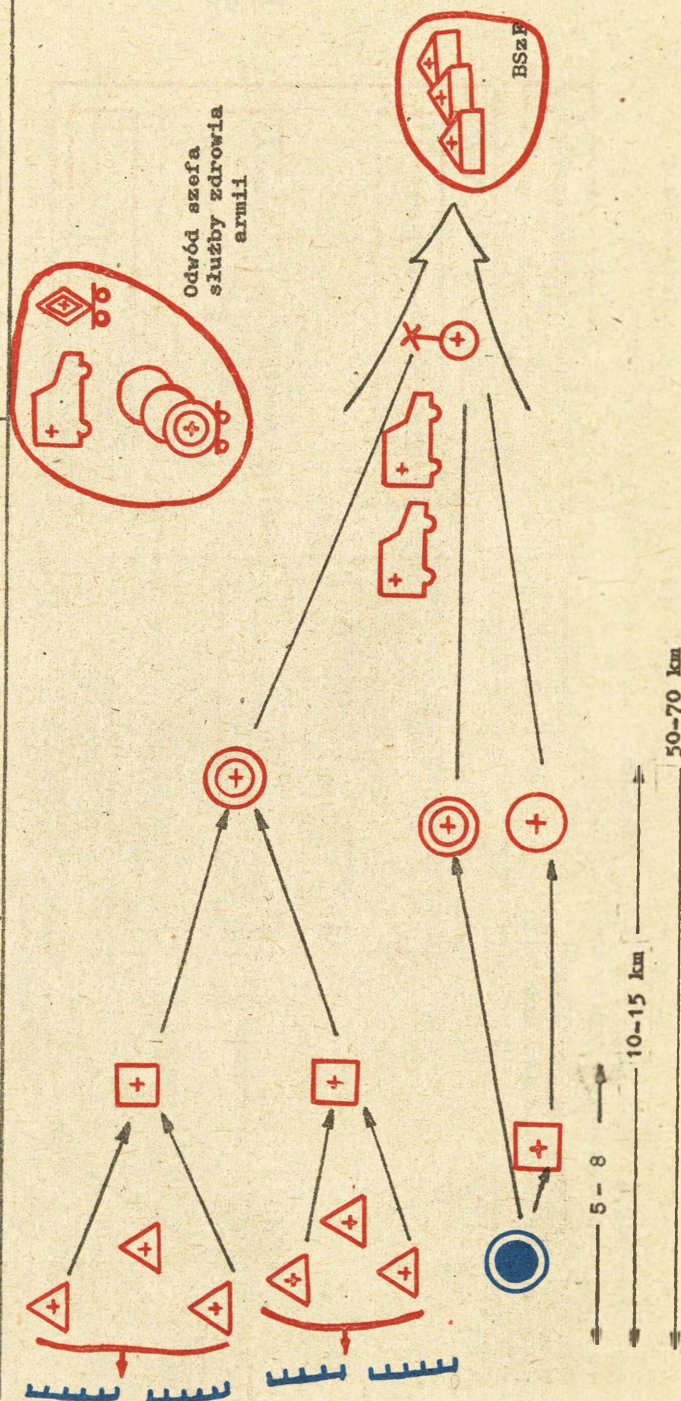
Rodzaj pomocy medycznej:

przedlekarcka

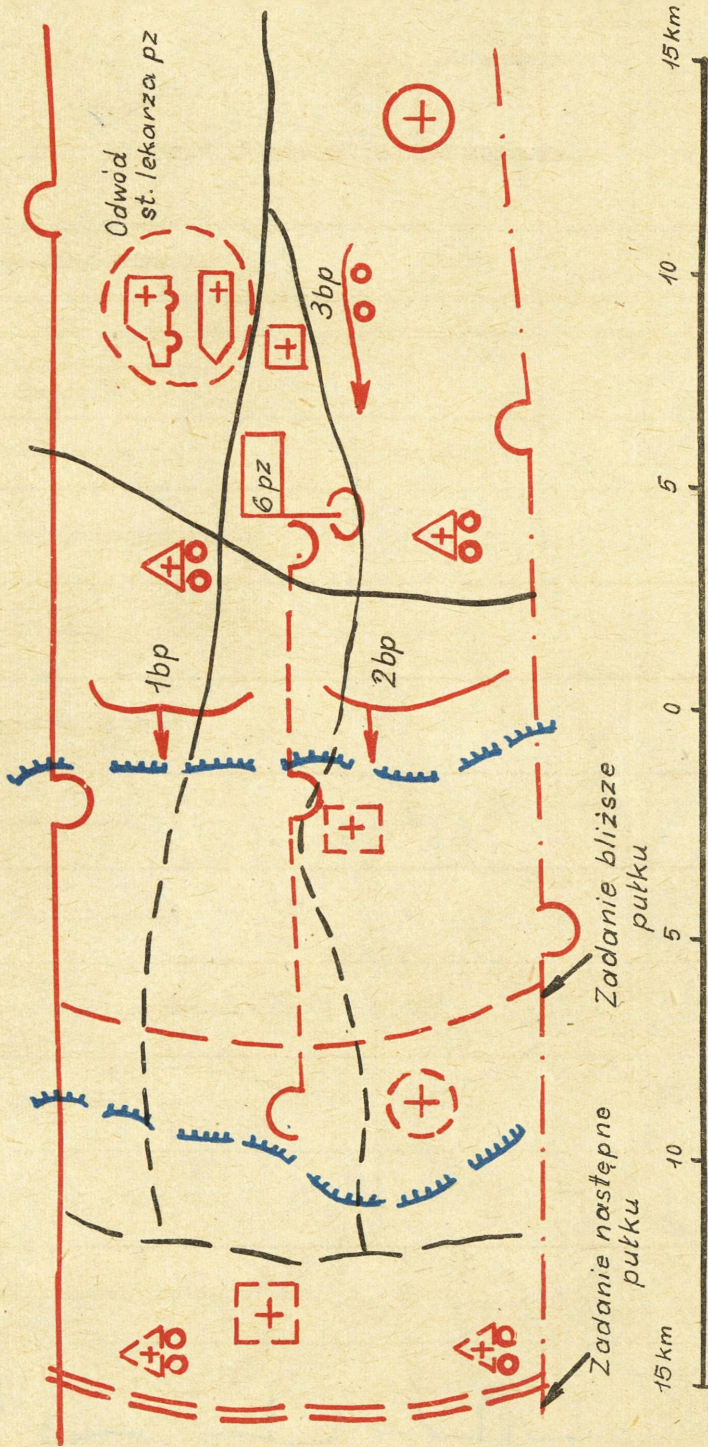
pierwsza lekarska

kwalfikowana

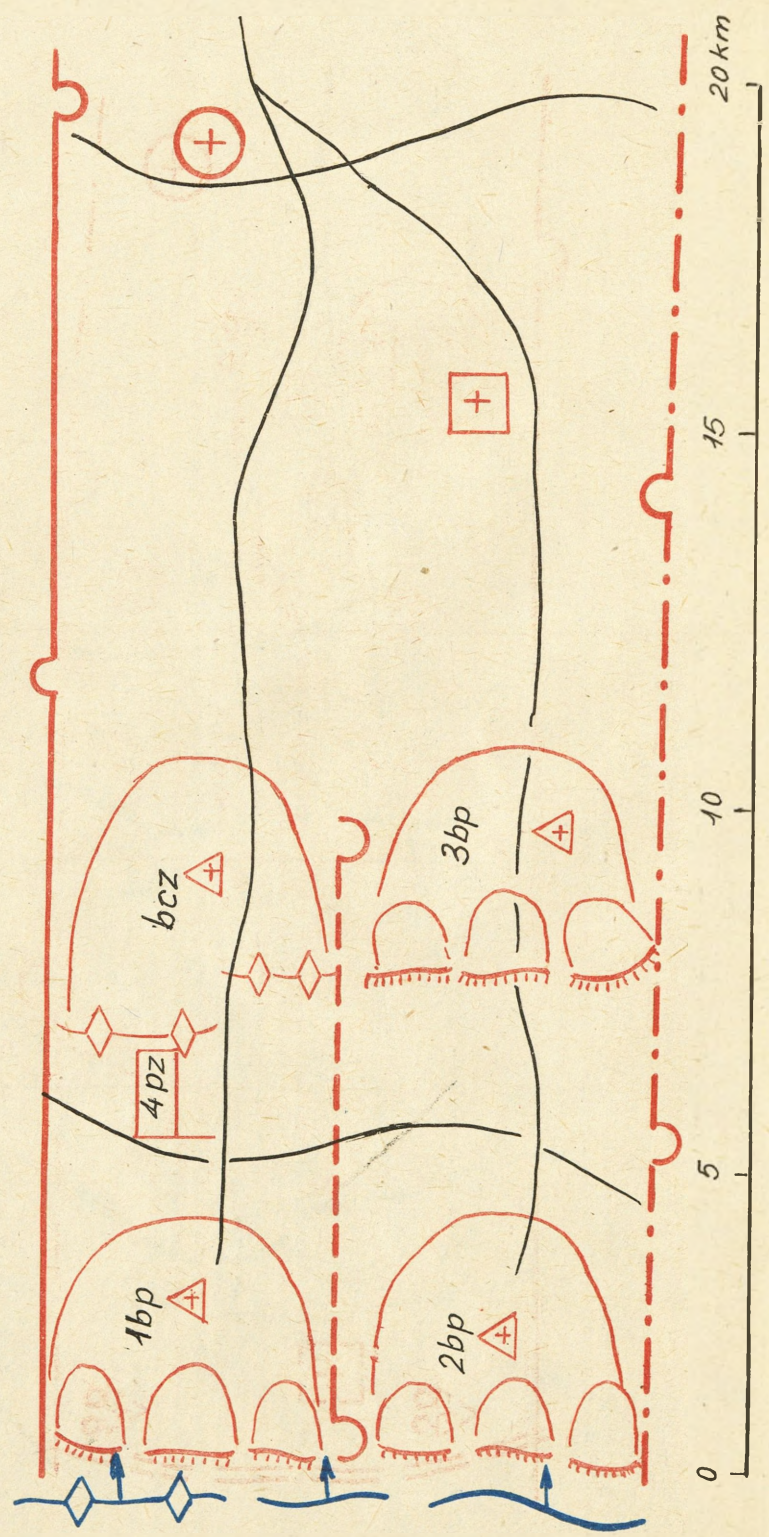
specjalistyczna



Schemat zabezpieczenia medycznego pz w natarciu
/wariant/



Schemat zabezpieczenia medycznego pz w obronie
/variant/



ZASADY UDZIELANIA PIERWSZEJ POMOCY

WSTĘP

Przystępując do udzielania pierwszej pomocy należy ustalić:

- jaki jest rodzaj uszkodzenia ciała, lub jakie są objawy choroby;
- jaki jest stan porażonego;
- czy ktoś z otoczenia udzielił już pierwszej pomocy.

W zależności od stanu poszkodowanego i rodzaju uszkodzenia należy przenieść go /lub udzielić pomocy na miejscu/, wybierając najlepsze położenie dla porażonego lub chorego.

Lekko porażonych i chorych można posadzić, poszkodowanym w ciężkim stanie należy udzielać pomocy w pozycji leżącej.

Trzeba szybko ustalić, jakiej pomocy należy udzielić i co ratujący może zrobić za pomocą posiadanych środków.

I. OŻYWIANIE

W przypadkach bardzo ciężkich urazów, może wystąpić tak duże osłabienie czynności życiowych organizmu, że objawy mogą pozorować śmierć lub wystąpi faktyczna śmierć kliniczna.

Gdy ratujący stwierdza:

- ustanie pracy serca /nie wyczuwa tętna i uderzeń serca/,
- bezdech /ustanie oddechu/,
- rozszerzone, nieruchome źrenice,
- oziębienie ciała /nie zawsze/,

może podejrzewać śmierć kliniczną lub pozorną. W tym przypadku o uratowaniu życia decydują sekundy.

Ożywianie /reanimacja/ polega na przywróceniu pracy serca i przywróceniu samoistnego oddechu.

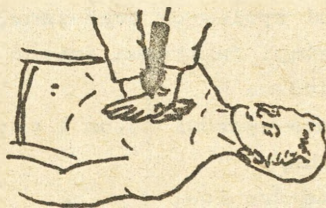
W tym celu należy wykonać masaż serca i sztuczne oddychanie.

1. Masaż serca

Aby wykonać masaż serca, należy:

- położyć ratowanego na wznak;
- rozpiąć mundur, odsłonić klatkę piersiową;
- dwoma rękami rytmicznie, silnie ugniatać klatkę piersiową na wysokości $\frac{1}{3}$ dolnej mostka, w tempie około 60 nacisków na minutę, przy czym klatka piersiowa powinna ugiąć się 4-5 cm w kierunku kręgosłupa;
- co kilkanaście ruchów uderzyć pięścią w okolicę koniuszka serca /pięte lewe międzyżebro/;
- w razie udzielania pomocy przez dwie osoby, podczas gdy jedna wykonuje masaż serca, druga sztuczne oddychanie sposobem "usta - usta"; co pięć nacisków na serce robi się przerwę na wykonanie jednego oddechu;
- jeżeli obie czynności wykonuje jedna osoba, powinna ona co piętnaście nacisków na serce wykonać dwa oddechy jeden po drugim.

Masaż serca należy wykonywać tak długo, aż powróci samodzielną pracę serca. Dowodem tego będzie wyczuwalne w piątym międzyżebriu uderzenie koniuszka serca, pojawienie się tętna, zaróżwienie skóry i warg, ewentualnie pojawienie się samodzielnego oddechu.



2. Sztuczne oddychanie sposobem "usta-usta"

Bezdech jest to ustanie oddychania. Nie widać unoszenia się klatki piersiowej i powłok brzusznych.

Przystępując do wykonywania sztucznego oddychania należy:

- rozluźnić mundur poszkodowanego i usunąć wszystko, co mogłoby ograniczać ruchy klatki piersiowej;
- rozewrzeć szczękę ratowanego, przez uchwycenie za kąty żuchwy, bródkę i wysunięcie jej do przodu;
- usunąć palcem z jamy ustnej ciała obce /muł, wymiociny/;
- rozpocząć sztuczne oddychanie;
- utrzymywać rytm sztucznego oddychania: 10-12 oddechów na minutę;
- zabieg wykonywać do wystąpienia stałych, samoistnych ruchów oddechowych;
- w razie ustania pracy serca równocześnie wykonywać masaż serca /druga osoba/; w tym wypadku co pięć nacisków na serce wykonać jedną czynność oddechową.

Rozpoczynając sztuczne oddychanie należy:

- Uklęknąć lub położyć się obok głowy poszkodowanego i odchylić ją do tyłu w celu otwarcia dróg oddechowych.
- Ująć za żuchwę i otworzyć usta.
- Nabrać głębokim wdechem powietrza.
- Przyłożyć swoje usta do ust ratowanego.
- Palcami drugiej ręki zacisnąć skrzydełka nosa.
- Powoli wdychać powietrze do płuc /klatka piersiowa unosi się - wdech/.
- Odjąć usta /klatka piersiowa opada - wydech/.



3. Sztuczne oddychanie sposobem Holger-Nielsena

Sposób ten stosuje się u osób skażonych substancjami promieniotwórczymi lub chemicznymi. Nie wolno go stosować u osób z uszkodzonymi żebrami.

Poszkodowanego należy położyć na brzuchu, głowę przekreślić na bok, ręce zgiąć w łokciach, dłonie ułożone jedna na drugiej podłóżyć pod policzek.

Klęknąć na jedno kolano przy głowie, a stopę drugiej nogi postawić obok łokcia ratowanego.

Zabieg:

1. Pozycja wyjściowa. Położyć dłonie na łopatkach ratowanego. Kciuki muszą dotykać kręgosłupa w linii środkowej ciała.
2. Faza wydechowa. Pochylić się do przodu z wyprostowanymi ramionami i lekko ucisnąć klatkę piersiową ratowanego. Jednocześnie liczyć: "jeden, dwa, trzy".
3. Przygotowanie do wdechu. Stopniowo zwalniać ucisk i przesuwając ręce do łokci ratowanego. Liczyć: "cztery".
4. Faza wdechu. Pociągnąć ku górze ramiona ratowanego /do oporu/, ale tak, aby nie odrywać jego klatki piersiowej od ziemi. Liczyć: "pięć, sześć, siedem".
5. Powrót do pozycji wyjściowej. Opuścić ramiona ratowanego do pozycji wyjściowej i ułożyć dłonie na jego plecach. Liczyć: "osiem".



II. WSTRZĄS POURAZOWY

Bezpośrednio po zranieniu, w początkowym okresie wstrząsu ranny jęczy, jest podniecony, gwałtownie się porusza, oddycha głęboko i szybko, tętno wyczuwa się dobrze.

Po kilku godzinach może rozwinąć się następny, groźny etap wstrząsu - zubożenie i zahamowanie czynności życiowych.

Porażony w stanie wstrząsu:

- jest blady, wargi mają barwę szarą lub sinawą,
- skóra zimna, pokryta zimnym, lepkiem potem,
- jest przytomny, ale obojętny na otoczenie, apatyczny, niechętnie odpowiada na pytania,
- leży nieruchomo,
- tętno coraz bardziej przyspiesza się /100-120 na minutę/, jest słabo wyczuwalne, nieregularne,
- oddycha szybko, powierzchownie,
- może wymiotować.

W czasie udzielania pomocy należy:

- uspokoić porażonego /łagodne postępowanie, uspokajanie słowne/;
- bardzo ostrożnie przemieszczać i poruszać porażonego, aby nie sprawić mu dodatkowego bólu;
- wygodnie ułożyć, ciepło okryć;
- podać gorący, osłodzony napój;
- wstrzyknąć środek przeciwbólowy /IPR/;
- jak najwcześniej założyć opatrunek;
- zatamować krwotok;
- przy otwartej ranie klatki piersiowej /odma/ nałożyć opatrunek uszczelniający;
- dobrze unieruchomić złamanie.

III. OPATRYWANIE RAN

Nałożenie opatrunku ma na celu:

- ochronę rany przed wtórnym zakażeniem;
- ochronę rany przed ponownymi urazami;
- opanowanie lub zmniejszenie krwawienia;
- osłonę przed skażeniem substancjami promieniotwórczymi lub chemicznymi.

Typowym środkiem opatrunkowym w całości jałowym jest opatrunek osobisty, specjalnie opakowany i zawierający materiał opatrunkowy oraz opaskę gazową.

Przystępując do nałożenia opatrunku należy:

- porażonego wycofać w bezpieczne miejsce;
- nadać mu najlepszą dla niego pozycję i zarazem najwygodniejszą do wykonywania czynności przez ratującego;
- odsłonić uszkodzoną okolicę ciała /odwinięcie, rozcięcie/; w pierwszej kolejności zdejmuje się ubranie i bieliznę ze zdrowej kończyny;
- oczyścić skórę w otoczeniu rany z widocznych zanieczyszczeń i skrzepów krwi za pomocą suchej gazy lub waty, wykonując ruchy ścierające od rany na zewnątrz;
- w przypadku dużego zanieczyszczenia trudnego do starcia, można zmyć je gazą zwilżoną wodą z mydłem, pilnując, aby płyn nie dostał się do rany;
- rozzerwać opakowanie z ceraty w miejscu nacięcia i wyjąć opatrunek;
- odwinąć kolejne dwie warstwy papieru;
- ująć palcami poduszki od strony umocowania ich do opaski, przytrzymując zwiniętą opaskę;
- ułożyć poduszki na ranie lub kilku ranach, odpowiednio przesuwając poduszkę;
- umocować poduszki opaską;
- zapiąć koniec opaski agrafką.

Po założeniu opatrunku należy ubrać porażonego lub spiąć agrafkami rozcięte ubranie.

We wszystkich zranieniach, którym towarzyszy krwawienie do jamy ustnej i gardzieli, w przypadkach złamania żuchwy i dławienia się, czy wymiotów u nieprzytomnych, po udzieleniu pomocy należy ich ułożyć na boku, aby zapobiec uduszeniu się lub zachłyśnięciu.



Opatrując kończyny, w razie stwierdzenia krwotoku tętniczego należy w pierwszej kolejności opanować krwotok.

Jeżeli ranie towarzyszy złamanie kości lub rana połączona jest z uszkodzeniem ścięgien i dużym zniszczeniem mięśni, po założeniu opatrunku należy kończynę unieruchomić. Jeżeli z rany wystają zanieczyszczone ziemią końce kości, należy je oczyścić jałową gazą.

W przypadku zranienia klatki piersiowej, gdy podczas oddechania przez ranę przechodzi powietrze, słyszalny jest syczący szmer, który dowodzi, że powstała otwarta odma.

W tym przypadku należy:

- na ranę położyć grubego opatrunek;
- przykryć opatrunek większą od niego ceratką i umocować ciasno opaską;
- porażonego należy przewozić w pozycji półsiedzącej.

W przypadku zranień brzucha należy przewidywać wystąpienie wstrząsu, udzielać pomocy w pozycji leżącej na plecach, z nieco podkurczonymi w kolanach nogami.

Porażonym w brzuch nie wolno podawać napojów i jedzenia, można jedynie zezwolić na płukanie jamy ustnej.

W razie stwierdzenia, że przez ranę wydostały się na zewnątrz jelita, należy:

- przykryć je dużym, jałowym opatrunkiem;
- całość luźno przybandażować.

W żadnym wypadku nie wpychać do jamy brzusznej wypadniętych narządów.

IV. TAMOWANIE KRWOTOKÓW



krwotok tętniczy



krwotok żylny

Krwotok tętniczy rozpoznajemy na podstawie następujących objawów:

- rytmiczne tryskanie krwi silnym strumieniem;
- barwa krwi jasnoczerwona.

Krwotokowi żylnemu towarzyszy:

- obfity strumień krwi spływający z rany;
- barwa krwi wiśniowoczerwona w krwotoku mięsżowym;
- krew spływa z całej powierzchni uszkodzenia;
- barwa krwi jest pośrednia pomiędzy tętniczą i żylną;

O wykrwawieniu świadczą następujące objawy:

- błądźć skóry i warg;
- przyspieszone, słabo wyczuwalne tętno /100-140 na minutę/;
- przyspieszenie oddechu, uczucie duszności;
- skóra pokryta zimnym, lepkiem potem;
- szum w uszach, mrocuki przed oczami;
- omdlenie przy siadaniu i unoszeniu głowy.

Udzielając pierwszej pomocy należy:

- ułożyć porażonego z obniżeniem głowy;

- doraźnie zatamować krwotok zewnętrzny;
- podać letnią wodę do picia /lekko osoloną/.

1. Doraźne tamowanie krwotoków zewnętrznych:

1/ Krwawienie miażdżowe tamuje się przez nałożenie zwykłego opatrunku jałowego.

2/ Przy krwotoku żylnym należy zastosować opatrunek uciskowy:

- przykryć ranę opatrunkiem;
- ułożyć na nim mocno ściśnięty zwitek waty lub gazy;
- docisnąć dość mocno opaską z gazy;
- w przypadku krwawienia z kończyny unieść ją na kilkanaście minut do góry.

3/ W razie stwierdzenia krwotoku tętniczego należy:

- zastosować w pierwszym momencie ucisk ręczny;
- następnie założyć opatrunek uciskowy lub wykonać tamponadę;
- jeżeli pomimo zastosowanych środków utrzymuje się obfity groźny krwotok, założyć opaskę uciskową.

Ucisk ręczny tętnicy polega na docisnięciu jej palcami lub pięścią do kości. Uciska się tętnicę na jej przebiegu pomiędzy sercem a raną.

W przypadku krwawień o średnim natężeniu można zastosować tamponadę jak przy krwawieniach żylnych.



Opaskę uciskową zakłada się w przypadku krwotoków tętnicznych z naczyń kończyn. Jako opaski uciskowej używa się: specjalnej opaski, szerokiej taśmy gumowej, dętki rowerowej, a nawet chustki, ręcznika, opaski gazowej lub paska. Nie wolno stosować drutu i cienkiego sznurka. Pod opaskę należy podłożyć warstwę tkaniny, gazę lub część odzieży.

Zawijamy opaskę uciskową luźno i za pomocą pręta, laski czy kija skręcamy aż do zaciśnięcia tętnicy. Drugi koniec pręta umocowujemy przywiązując go do kończyny.

Przy prawidłowo założonej opasce krew przestaje tryskać, a kończyna jest blada.

2. Zasady:

- opaskę uciskową zakłada się tylko w górnej 1/3 części ramienia lub uda;
- opaski uciskowej nie wolno pozostawiać na kończynie dłużej niż 1-1 1/2 godziny;
- co 1/2 godziny rozluźnić nieco opaskę na kilka minut;
- po założeniu opaski należy przypiąć do niej kartkę z zapisaną dokładnie godziną i minutą jej założenia;
- zimną kończynę z założoną opaską należy ciepło okryć.

Uwaga: mimo, że z rany może sączyć się krew, opaski nie wolno zaciskać zbyt mocno.

Można ucisnąć tętnicę na kończynie przez silne zgięcie jej w stawie, wkładając uprzednio w odpowiednie zgięcie stawowe twardo zwinięty walek z ręcznika, szalika itp.

V. PIERWSZA POMOC W PRZYPADKACH ZŁAMAŃ I ZWICHNIĘĆ

Złamanie jest to całkowite lub częściowe przerwanie ciągłości kości. Złamanie może być zamknięte, gdy towarzyszy mu przerwanie skóry, i otwarte, gdy przez ranę prowadzi droga do miejsca złamania.

Objawy złamania:

- niemożność posługiwania się złamaną kończyną;
- ból w miejscu podejrzanym o złamanie, szczególnie przy próbach wykonywania ruchów lub obciążania;
- zniekształcenie okolicy złamania /zgrubienie, skrócenie lub skrzywienie kończyny/;

- nieprawidłowa ruchomość w miejscu załamania /może jej towarzyszyć tarcie odłamków kości/;
- w złamaniu otwartym - mogą być widoczne w ranie odłamy lub odpryski kości.

W razie stwierdzenia lub podejrzenia złamania pierwsza pomoc polega na:

- wstrzyknięciu środka przeciwbólowego /IPR/;
- nałożeniu opatrunku w złamaniu otwartym;
- unieruchomieniu miejsca złamania.

Zwichnięcie jest to trwałe, nieprawidłowe przemieszczenie powierzchni stawowych w stosunku do siebie.

Objawy zwichnięcia:

- silny ból w stawie;
- zniekształcenie i obrzęk stawu;
- ograniczenie lub zniesienie ruchów w stawie.

Pierwsza pomoc:

- odsłonić okolicę stawu;
- unieruchomić staw;
- wstrzyknąć środek przeciwbólowy /IPR/.

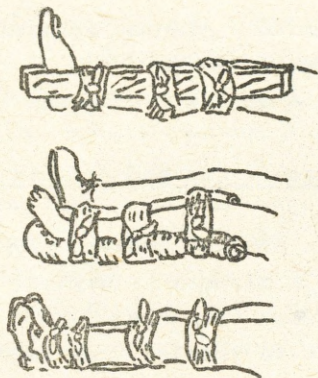
Zasady unieruchamiania kości i stawów:

Wykonując unieruchomienie kończyny z powodu złamania kości należy unieruchomić dwa sąsiadujące stawy ze złamaniem.

W przypadku zwichnięcia wystarczy unieruchomić uszkodzony staw.

Unieruchomienie kończyn polega na przymocowaniu ich do przedmiotów sztywnych lub przymocowaniu dolnej kończyny jednej do drugiej, kończyny górnej do klatki piersiowej.

W przypadku niemożności unieruchomienia kończyny przez przybandażowanie do kończyny zdrowej, czy użycia typowych szyn, należy posługiwać się "szynami" z desek, lasek, kijów itp., odpowiednio wymoszczonymi czy owiniętymi watą, opaskami gazowymi lub zwykłym płótnem.



Wykonując unieruchomienie należy:

- nadać poszkodowanemu pozycję sprawiającą jak najmniej bólu i umożliwiającą wykonanie czynności;
- dopasować przedmioty przeznaczone do unieruchomienia;
- ostrożnie ująć kończynę;
- osłonić kończynę miękką wyściółką;
- do kończyny przymocować opaską przedmiot usztywniający lub w inny sposób umocować kończynę.

Uwaga: nie wolno usiłować nastawić złamania ani zwichnięcia.

VI. OPARZENIA

Przystępując do ratowania oparzonych należy:

- usunąć ratowanego z zasięgu płomienia;
- ugasić płonący mundur przez owinięcie kocem, płaszczem, obsypanie piaskiem;
- zdjąć zniszczony mundur, lecz nie odrywać od skóry przylepionej spalonej bielizny, a okroić ją wokół oparzenia;
- miejscze oparzone traktować jak ranę;
- w przypadkach rozległych lub głębokich oparzeń wstrzyknąć środek przeciwbólowy /IPR/, do picia podawać lekko osoloną wodę lub osłodzoną herbatę i ciepło okryć oparzonego.

Jeżeli w następstwie oparzenia wystąpią: zaczerwienienie skóry, pęcherze wypełnione bursztynowym płynem, sącząca wilgotna skóra lub ciemne strupy osmalonej, obumarłej, jak by ugotowanej skóry, należy:

- powierzchnię oparzenia przykryć jałowym opatrunkiem;
- oparzoną kończynę częściowo unieruchomić;
- wstrzyknąć środek przeciwbólowy /IPR/.

Uwaga: nie wolno zmywać oparzenia, przecinać pęcherzy oraz stosować maści i tłuszczów.

Przy oparzeniu napalmem należy na ranę nałożyć opatrunek zwilżony 3% roztworem sody oczyszczonej.

VII. UDZIELANIE POMOCY W WARUNKACH DZIAŁANIA BRONI MASOWEGO RAŻENIA

1. Broń atomowa

Fala wybuchowa powoduje zranienia, złamania kości, zgniecenia i inne urazy mechaniczne. Pomoc przy tych uszkodzeniach ciała nie różni się od ogólnych zasad stosowanych w tych wypadkach.

Promieniowanie ciepłe powoduje oparzenia. Udzielanie pomocy według ogólnych zasad.

Jeżeli promieniowanie jonizujące zadziało na organizm ludzki, rozwija się w nim choroba popromienna, która w zależności od stopnia napromienienia może dać objawy:

- bezpośrednio po silnym napromienieniu - nudności, wymioty, zawroty głowy, osłabienie;
- po pewnym czasie mogą wystąpić wylewy krwawe pod skórą; krwawienia do przewodu pokarmowego, gwałtowny spadek sił;
- po napromienieniu słabszego stopnia objawy mogą wystąpić po kilku dniach.

Udzielając pomocy porażonym należy:

a/ w terenie skażonym:

- pracować w masce i ubraniu ochronnym;
- nałożyć maskę przeciwgazową porażonym nieprzytomnym, w razie bezdechu wykonać sztuczne oddychanie /nie stosując metody "usta-usta"/, doraźnie zatamować krwotok, opatrzyć duże odsłonięte rany;
- nakładając opatrunek dokładnie oczyścić skórę w okolicy rany z wszelkich pyłów i zanieczyszczeń;
- wyprowadzić ze strefy skażenia oślepionych;
- wykonać częściowo zabiegi sanitarne i dezaktywację w przypadku bardzo wyraźnego skażenia ciała i odzieży;

b/ poza strefą skażenia:

- wykonać częściowe lub całkowite zabiegi sanitarne;
- wykonać wszystkie czynności związane z udzielaniem pomocy w odniesionych urazach;
- porażonym, u których wystąpią dokuczliwe wymioty, podać tabletkę aviomariny /IPR/.

Częściowe zabiegi sanitarne w rejonie skażonym:

- szmatką, chusteczką, opatrunkiem osobistym zetrzeć pył z rąk i szyi oraz z części twarzowej maski przeciwgazowej;
- jeśli maska nie była nałożona - przetrzeć twarz, wypłukać usta wodą z manierki;
- nałożyć maskę przeciwgazową.

Wykonując zabiegi sanitarne poza strefą skażenia należy:

- wytrzepać ubranie /dezaktywacja/;
- zdjąć maskę;
- tamponami z tkaniny, gazy itp.; zwilżonymi wodą ściierać jednym ruchem odsłonięte części ciała, obracając za każdym razem tampon czystą stroną;
- jeżeli są możliwości, wymyć pod bieżącą wodą /przez polewanie/ ręce, twarz, włosy, kark;
- wypłukać usta i przemyć oczy;
- wytrzeć ciało suchą tkaniną;
- w najlepszym przypadku wykąpać skażonego w bieżącej wodzie /nieskażonej/ używając przy tym mydła i szczotek;
- skierować porażonego do punktu pomiarów skażenia /dozymetrii/, a w razie potrzeby do punktu kąpielowo-dezaktywacyjnego, gdzie mogą być wykonane całkowite zabiegi sanitarne.

2. Bojowe środki trujące

Rodzaj pomocy porażonym środkami broni chemicznej zależy od tego, jaką grupę tych środków stwierdzono.

a/ Objawy porażenia środkami duszącymi:

- przyspieszenie oddechu /35-50 na minutę/;
- duszność;
- ból za mostkiem;
- kaszel;
- w rozwiniętym zatruciu - obrzmienie, barwa wiśniowa, a potem szaroblada twarzy, kaszel z odpluwaniem krwistej plwociny, przyspieszenie tętna, utrata przytomności.

Postępowanie:

- w rejonie porażenia założyć ratowanemu maskę przeciwigazową;
- rozluźnić mundur, pas;
- wynieść porażonego ze strefy skażenia;
- zdjąć maskę przeciwigazową i ciepło okryć;
- nie stosować sztucznego oddychania.

b/ Objawy porażenia środkami ogólnotrującymi:

- gorzki smak w ustach;
- drapanie w gardle;
- obfite wyciekanie śliny;
- pieczenie w oczach;
- drętwienie jamy ustnej;
- pieczenie w żołądku i wymioty;
- duszność;
- w dalszym stadium zatrucia - utrata przytomności, bezwład całego ciała, ustawianie oddechu, drgawki;

Postępowanie:

- w rejonie porażenia założyć zatrutemu maskę przeciwigazową;
- wynieść go z atmosfery zatrutej;
- zdjąć maskę przeciwigazową i jeżeli zatruty nie oddycha, zastosować sztuczne oddychanie /nie wolno stosować metody "usta-usta"/;
- w przypadku szybkiej utraty przytomności z zaburzeniami oddychania, wyjąć z pakietu przeciwchemicznego /IPP/ fiolkę /cienka rurka szklana/, rozgnieść ją w opakowaniu i podać do wdychania.

c/ Objawy zatrucia związkami paralityczno-drgawkowymi /np. fosforoorganicznymi/:

- zwięźlenie źrenic /do wielkości łebka od szpilki/;
- zaburzenia widzenia /zwłaszcza w nocy/;
- ból głowy w okolicy potylicy;
- zawroty głowy;
- niepokój;
- zwiększona wydzielina z nosa, ślinotok;
- narastająca duszność;
- w ciężkim zatruciu dołącza się - ból gałki ocznej, kaszel z odpluwaniem obfitej, płynnej wydzieliny, zwolnienie tętna, ból w jamie brzusznej i za mostkiem;

- końcowej fazie - drżenie mięśni, drgawki, porażenie mięśni /bezwład/, ustawianie oddechu, porażenie mowy, śpiączka.

Postępowanie:

- jak przy zatruciu środkami ogólnotrującymi;
- natychmiast wstrzyknąć domięśniowo ampulkę z odtrutką/IPR/;
- przeprowadzić odkażanie odzieży i skóry.

d/ Objawy oparzenia i zatrucia ciekłymi środkami trującymi z grupy parzących:

- środki te na ubraniu i skórze sprawiają wrażenie tłustych plam o zapachu musztardy;
- ból, swędzenie i zaczerwienienie skóry w okresie początkowym;
- po 24 godzinach występują na skórze pęcherze /w oparzeniu luizytem - natychmiast/;
- na miejscu pęcherzy tworzą się trudno gojące się owrzodzenia;
- jako początkowe objawy ogólne występują: kaszel, chrypka, ból za mostkiem, oparzenie spojówek oczu;
- objawy zatrucia ogólnego.

Postępowanie: przy udzielaniu pomocy skażonym ciekłymi bojowymi środkami trującymi z grupy parzących lub paralityczno-drgawkowych:

- ratujący musi bezwzględnie pracować w masce przeciwgazowej i ubraniu ochronnym, rękawicach i butach lub pończochach gumowych ewentualnie pod osłoną improwizowanego ubioru ochronnego;
- do odkażania należy posługiwać się indywidualnym pakietem przeciwichemicznym /IPP/; sposób użycia umieszczony na opakowaniu.

W przypadku nieposiadania IPP należy usunąć plamę suchą szmatką, a następnie przemyć obficie skórę wodą z mydłem.

W razie skażenia oczu ciekłymi środkami trującymi, porażony powinien wstrzymać oddech, przemyć oczy wodą z manierki i szybko nałożyć maskę.

Po wyjściu ze strefy skażenia przemyć oczy 2% roztworem sody oczyszczonej.

3. Broń biologiczna

W przypadku rozpylenia przez nieprzyjaciela nieznaną substancji w postaci mgły lub innego skażenia, należy nałożyć maskę przeciwgazową.

Po wyjściu z podejrzonej strefy przemyć ciało rozcieńczonym środkiem dezynfekcyjnym, zdjąć i wyprać umundurowanie.

Nie używać produktów z pól skażonych, do czasu stwierdzenia przez specjalistów, że nie zagraża już zakażenie.

Wodę odkazać za pomocą tabletek "pantocid", ewentualnie przez zagotowanie.

UDZIELANIE PIERWSZEJ POMOCY

w przypadku zatrzymania krążenia krwi i oddychania

maszkie branicie,

OBJAWY: brak oddechu, brak tętna na tętnicy szyjnej /układa się trzy palce wzdłuż tętnowicy, na wysokości tzw. Jabłka Adama. Następnie zsuwa się palce po bocznej ścianie tchawicy ku tyłowi, czyli w głąb szyi/.

ZASTOSUJ JEDNOCZEŚNIE

SZTUCZNE ODDYCHANIE:

- przywróć drożność dróg oddechowych;
- oczyść z wydzieliny jamę ustną i gardło;
- odohyl głowę do tyłu;
- przyotwórz żuchwę do szczęki lub w razie potrzeby wysuń żuchwę do przodu;
- stosuj sztuczne oddychanie sposobem "usta-usta" z częstotścią ok. 15 razy na minutę i w taki sposób, by widoczne było unoszenie się klatki piersiowej.

SZTUCZNE KRĄŻENIE KRWI:

- rozpocznij jednocześnie lub natychmiast po podjęciu sztucznego oddychania;
- ułóż ramię na twardej podłoże;
- ułóż ręce na mostku - nadgarstek jednej ręki połóż na 1/3 dolnej mostka, drugi nadgarstek połóż na pierwszym;
- uciskaj miarowo mostek z częstotścią ok. 60 razy na minutę i z taką siłą, by wychylenia mostka wynosiły 4-5 cm;
- naciskaj ciężarem własnego ciała unikając uszkodzenia żebra i narządów wewnętrznych;
- okresowo sprawdzaj tętno i żrenioce;
- jeżeli masaż jest skuteczny, wówczas pojawia się tętno, żrenioce zwiększają się, wraca oddech;
- jeżeli serce podejmie własną czynność, wówczas tętno staje się wyczuwalne w przerwach między kolejnymi uciskami na mostek;
- stosuj masaż serca aż do powrotu samodzielnej pracy serca.

JĘZEŁI JESTEŚ SAM, WYKONUJ 2-3 ODDECHY
CO 10-15 UCISNIĘĆ MOSTKA

