

AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO WP

WYDZIAŁ WOJSK LĄDOWYCH
KATEDRA TAKTYKI TYŁÓW

JAWNE



Egz. Nr **1**

ASG WP wewn. 4143/88



Plk doc. dr hab. Bohdan GEMBICKI

**SKŁAD, PRZEZNACZENIE I MOŻLIWOŚCI JEDNOSTEK
SŁUŻBY ZDROWIA ARMII I FRONTU**

SKRYPT

554181
BIBLIOTEKA GŁÓWNA - ARCHIWUM
Nr ewid. II
Akademia Obrony Narodowej

WARSZAWA

1988



AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO WP

WYDZIAŁ WOJSK LĄDOWYCH
KATEDRA TAKTYKI TYŁÓW

JAWNE

Egz. Nr 1

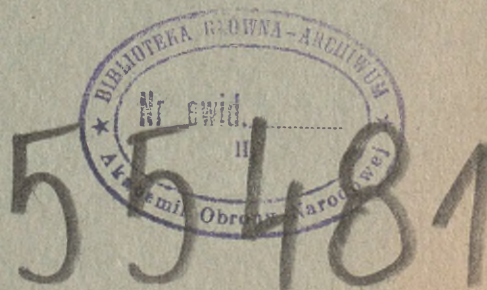
ASG WP wewn. 4143/88



Plk doc. dr hab. Bohdan GEMBICKI

SKŁAD, PRZEZNACZENIE I MOŻLIWOŚCI JEDNOSTEK SŁUŻBY ZDROWIA ARMII I FRONTU

SKRYPT



WARSZAWA

1988

AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO WP
WYDZIAŁ WOJSK LĄDOWYCH
KATEDRA TAKTYKI TYŁÓW

JAWNE

ASG WP wewn. 4143/88

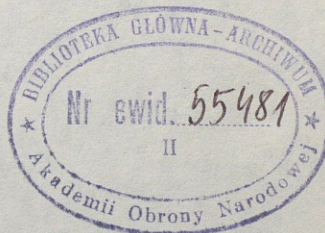
[REDACTED]
Egz. nr.... 1

Płk doc. dr hab. Bohdan GEMBICKI



SKŁAD, PRZEZNACZENIE I MOŻLIWOŚCI
JEDNOSTEK SŁUŻBY ZDROWIA ARMII I FRONTU

Skrypt



JAWNE

Eugeniusz Nowak

OS.M. 2002.

SPIS TREŚCI

	strona
WSTĘP	3
1. SKŁAD, PRZEZNACZENIE I MOŻLIWOŚCI JEDNOSTEK SŁUŻBY ZDROWIA ARMII	5
1.1. Medyczny batalion wzmocnienia	7
1.2. Oddział zabezpieczenia medycznego	9
1.3. Kompania hospitalizacyjna	12
1.4. Kompania samochodów sanitarnych	12
1.5. Batalion przeciwepidemiczny	14
1.6. Ruchoma grupa weterynaryjna	16
1.7. Polowy skład sanitarny	16
1.8. Stacja krwiodawstwa II kategorii	17
2. SKŁAD, PRZEZNACZENIE I MOŻLIWOŚCI JEDNOSTEK SŁUŻBY ZDROWIA FRONTU	18
2.1. Baza szpitalna frontu	20
2.2. Batalion autobusów sanitarnych	26
2.3. Stacja krwiodawstwa I kategorii	27
LITERATURA	28

WSTĘP

W wojskach operacyjnych w postępowaniu leczniczo-ewakuacyjnym na współczesnym polu walki obowiązuje system leczenia etapowego z ewakuacją według wskazań. Polega on na wykonywaniu we właściwym czasie określonych czynności leczniczych na kolejnych etapach ewakuacji medycznej w połączeniu z ewakuacją rannych i chorych do szpitali według wskazań lekarskich z uwzględnieniem sytuacji bojowej, tyłowej i medycznej.

Istotą tego systemu jest rozdzielenie pomocy medycznej na części i udzielanie jej na kolejnych etapach ewakuacji medycznej w drodze wykonywania określonej coraz to szerszej grupy zabiegów leczniczych i profilaktycznych. Z istoty systemu wynika konieczność przyjęcia jednolitych poglądów na powstawanie i rozwój procesów patologicznych oraz stosowanie jednolitych metod profilaktyki i leczenia.

Do udzielania pomocy medycznej rannym i chorym, ich leczenia w czasie wojny przeznaczone są punkty medyczne i szpitale polowe, rozwijane w określonej kolejności przy drogach ewakuacji. Takie punkty medyczne i szpitale noszą nazwę etapów ewakuacji medycznej. System leczenia etapowego z ewakuacją według wskazań przewiduje następujące etapy ewakuacji medycznej:

- batalionowy punkt medyczny /bpm/ - rozwijany przez drużynę sanitarną batalionu piechoty /czołgów/ w zasadzie tylko w obronie w odległości od 2 do 5 km od rubieży styczności walczących wojsk;
- pułkowy punkt medyczny /^{PPM}pom/ - rozwijany przez kompanię medyczną pułku w natarciu w odległości od 6 do 8 km, w obronie od 8 do 12 km od rubieży styczności walczących wojsk;
- dywizyjny punkt medyczny /DPM/ - lub jego odpowiednik - rozwinięty medyczny batalion wzmocnienia /rozw. mbw/ - rozwijany odpowiednio przez batalion medyczny dywizji lub medyczny batalion wzmocnienia /mbw/ w natarciu w odległości od 10 do 15 km, a w obronie do 30 km od rubieży styczności walczących wojsk;
- szpitale polowe - zgrupowane w Bazie Szpitalnej Frontu /BSzF/, którą w działaniach zaczepnych rozwija się w odległości od 50 do 70 km, a w działaniach obronnych od 100 do 150 km od rubieży styczności walczących wojsk.

Należy podkreślić, że zasadniczym kryterium określania odległości

rozwiniecia etapu ewakuacji medycznej od rubieży styczności walczących wojsk jest czas potrzebny w celu dostarczenia rannych do tego etapu od chwili zranienia. A więc nie odległość etapu ewakuacji medycznej od rubieży styczności walczących wojsk ma zasadnicze znaczenie, lecz czas zużyty na przybycie rannego czy chorego do danego etapu.

Zgodnie z aktualnie istniejącymi poglądami ranny powinien otrzymać pierwszą pomoc lekarską w ^{PPM}ppm nie później niż 3-4 godziny od czasu zranienia, kwalifikowaną pomoc medyczną w DPM /rozw. mbw/ w 4-6 godzin, a w BSzF powinien znaleźć się po 12-18 godzinach.

1. SKŁAD, PRZEZNACZENIE I MOŻLIWOŚCI JEDNOSTEK SŁUŻBY ZDROWIA ARMII

Służbą zdrowia armii dowodzi kwatermistrz armii - zastępca dowódcy armii, przez swojego zastępcę - szefa służby zdrowia armii. Szef służby zdrowia armii ma do swojej dyspozycji szefostwo służby zdrowia armii, w skład którego wchodzi trzy wydziały: leczniczo-ewakuacyjny, epidemiczno-weterynaryjny i zaopatrzenia medycznego.

W zakresie zabezpieczenia medycznego wojsk w czasie działań bojowych, szefostwo służby zdrowia armii jest fachowo doradczym i wykonawczym organem kwatermistrza armii. W swojej działalności kieruje się ono rozkazami i zarządzeniami dowódcy i kwatermistrza armii oraz wytycznymi fachowymi szefa służby zdrowia frontu.

Strukturę organizacyjną służby zdrowia armii przedstawia rys. 1.

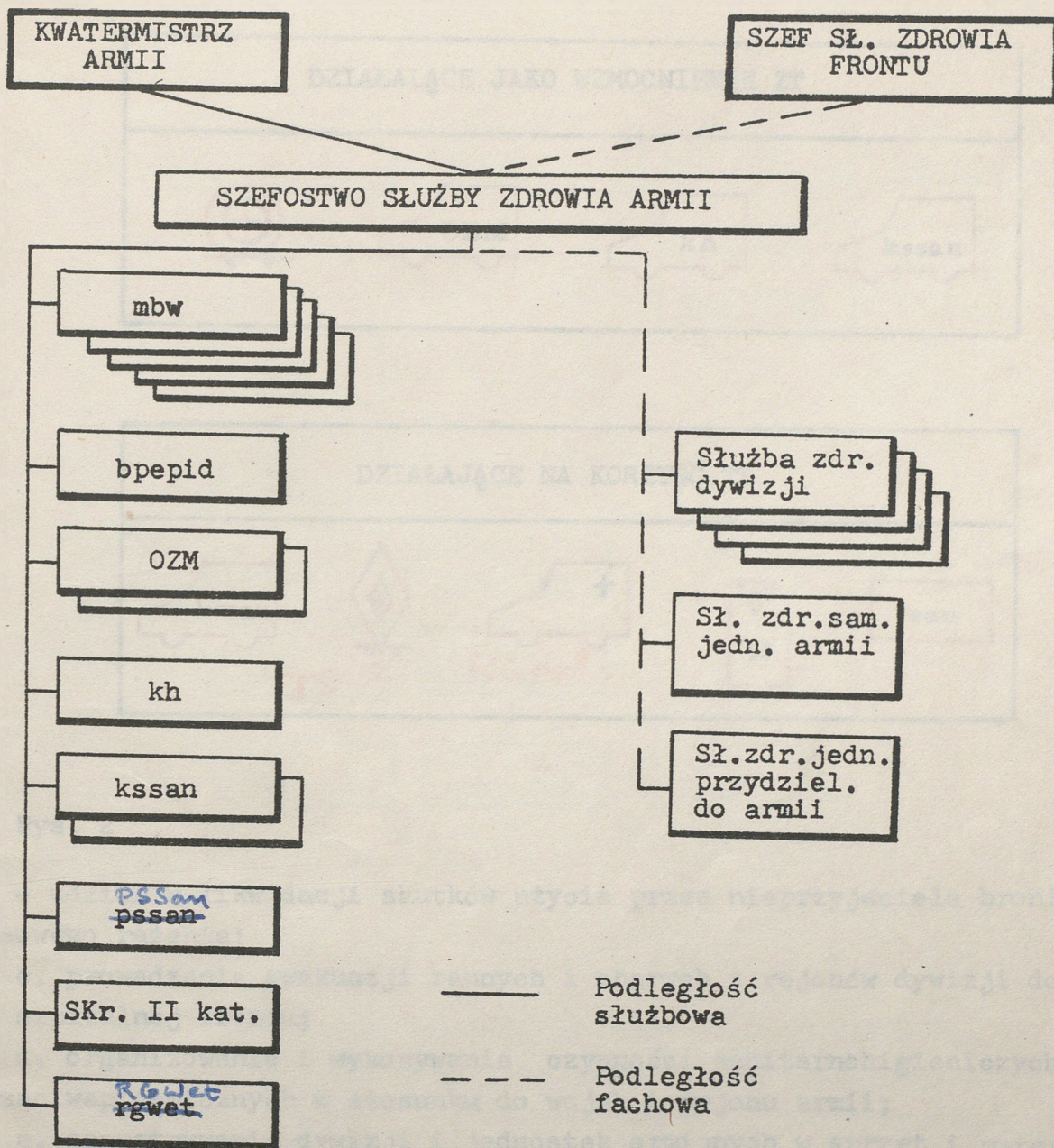
Służba zdrowia armii w systemie leczenia etapowego z ewakuacją według wskazań odgrywa szczególną rolę, która wpływa stąd, że w czasie działań bojowych nie rozwija etapu ewakuacji medycznej. Jednostki służby zdrowia armii działają jako jednostki wzmocnienia związków taktycznych lub też na korzyść tych związków. Do jednostek działających jako wzmocnienie należą: medyczne bataliony wzmocnienia /mbw/, oddziały zabezpieczenia medycznego /OZM/, kompania hospitalizacyjna /kh/, kompania samochodów sanitarnych /kssan./. Na korzyść związków taktycznych działają: batalion przeciwepidemiczny /bpepid/, ruchoma grupa weterynaryjna /rgwet/, stacja krwiodawstwa II kategorii /SKr. II kat./, połowy skład sanitarny /pssan/ i kompanie samochodów sanitarnych /kssan/.

Powyższy podział ilustruje rys. 2.

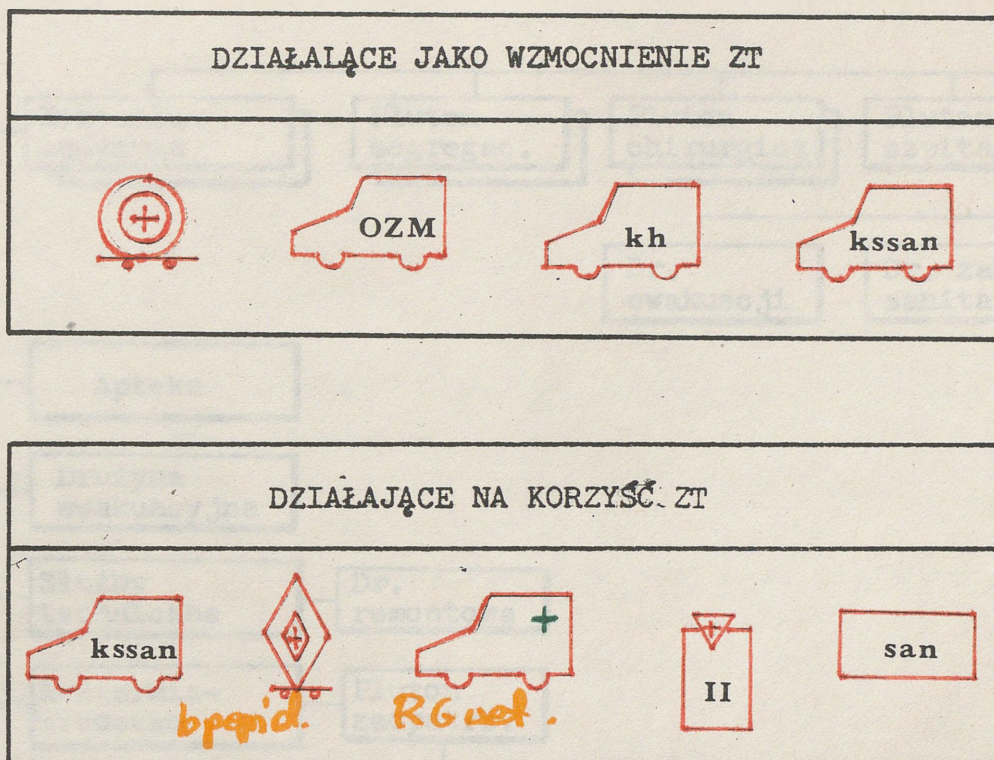
Ze względu na przeznaczenie jednostki służby zdrowia armii dzielą się na: leczniczo-ewakuacyjne /mbw, OZM, kh, kssan/, przeciwepidemiczne /bpepid, rgwet/ i zaopatrzenia medycznego /pssan, SKr. II kat./.

Do zasadniczych zadań służby zdrowia armii należy:

- a. planowanie zabezpieczenia medycznego wojsk armii a następnie kierowanie nim;
- b. udzielanie pomocy służbie zdrowia związków taktycznych przez:
 - przydzielanie im sił i środków służby zdrowia lub wsparcie nimi;
 - przyjmowanie przez grupy hospitalizacyjne kompanii hospitalizacyjnej w dywizyjnych punktach medycznych /rozw. mbw/ rannych i chorych, u których istnieją przeciwwskazania do ewakuacji;



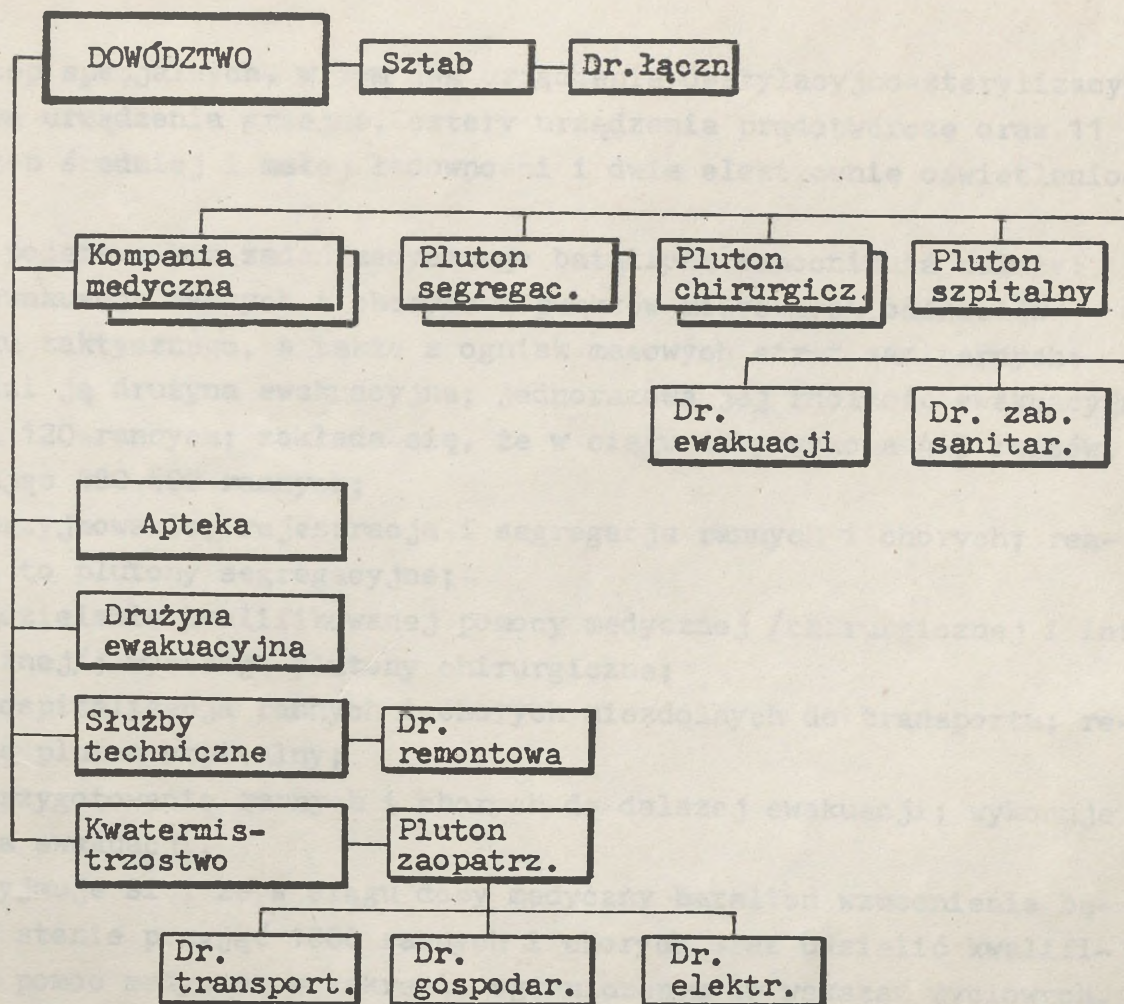
Rys. 1. Struktura organizacyjna służby zdrowia armii



Rys. 2

- udział w likwidacji skutków użycia przez nieprzyjaciela broni masowego rażenia;
- c. prowadzenie ewakuacji rannych i chorych z rejonów dywizji do bazy szpitalnej frontu;
- d. organizowanie i wykonywanie czynności sanitarnohigienicznych i przeciwepidemicznych w stosunku do wojsk i rejonu armii;
- e. zaopatrywanie dywizji i jednostek armijnych w sprzęt i materiały sanitarny; medyczny;
- f. zaopatrywanie dywizji w krew konserwowaną i preparaty krwiopochodne.

1.1. Medyczny batalion wzmocnienia /mbw/ przeznaczony jest do udzielania kwalifikowanej pomocy medycznej o profilu zabiegowym i zachowawczym rannym i chorym w związkach taktycznych /dla zapewnienia ciągłości leczniczo-ewakuacyjnej/ - rys. 3.



Rys. 3

Podstawowymi jego pododdziałami są dwie kompanie medyczne, każda w składzie dwóch plutonów segregacyjnych, dwóch plutonów chirurgicznych, plutonu szpitalnego, drużyny ewakuacji i drużyny zabiegów sanitarnych; apteka, drużyna ewakuacyjna, służby techniczne z drużyną remontową i kwatermistrzostwo z plutonem zaopatrzenia.

Medyczny batalion wzmocnienia liczy ponad 200 żołnierzy, wśród których jest 33 oficerów służby zdrowia, w tym 18 chirurgów, 8 internistów, 4 anestezjologów i 2 magistrów farmacji. W jego wyposażeniu znajdują się między innymi: 4 zespoły operacyjne na samochodach, 12 samochodów sanitarnych wielonoszowych, 21 samochodów ciężarowych średniej ładowności, radiostacja na samochodzie, samochód cysterna na wodę, warsztat samochodowy, samochód osobowo-terenowy. Ponadto 14

przyczep specjalnych, w tym dwa urządzenia destylacyjno-sterylizacyjne, dwa urządzenia grzejne, cztery urządzenia prądotwórcze oraz 11 przyczep średniej i małej ładowności i dwie elektrownie oświetleniowe.

Do podstawowych zadań medycznego batalionu wzmocnienia należy:

- ewakuacja rannych i chorych z punktów medycznych oddziałów związku taktycznego, a także z ognisk masowych strat sanitarnych; prowadzi ją drużyna ewakuacyjna; jednorazowa jej zdolność ewakuacyjna wynosi 120 rannych; zakłada się, że w ciągu doby wykona 4-5 rejsów, ewakuując 480-600 rannych;
- przyjmowanie, rejestracja i segregacja rannych i chorych; realizują to plutony segregacyjne;
- udzielanie kwalifikowanej pomocy medycznej /chirurgicznej i internistycznej/; wykonują plutony chirurgiczne;
- hospitalizacja rannych i chorych niezdolnych do transportu; realizuje pluton szpitalny;
- przygotowanie rannych i chorych do dalszej ewakuacji; wykonuje drużyna ewakuacji.

Przyjmuje się, że w ciągu doby medyczny batalion wzmocnienia będzie w stanie przyjąć 1000 rannych i chorych oraz udzielić kwalifikowaną pomoc medyczną w zakresie ograniczonym do wskazań życiowych.

Przewiduje się, że medyczny batalion wzmocnienia będzie pracował całością sił i środków w jednym miejscu, a także będzie dzielony na dwie równorzędne w zasadzie części pracujące w niedalekiej odległości /20-30 km/ od siebie.

Medyczny batalion wzmocnienia przydzielony do dywizji w połączeniu z batalionem medycznym dywizji umożliwi szefowi służby zdrowia związku taktycznego zapewnienie ciągłości leczniczo-ewakuacyjnej na całą głębokość zadania dywizji, przez kolejne przemieszczanie i rozwijanie bezpośrednio za wojskami na przemian medycznego batalionu wzmocnienia i organicznego batalionu medycznego. Przemieszczanie w nowy rejon dokonuje się zgodnie z planem zabezpieczenia medycznego armii. W przypadku przemieszczania w nowy rejon, rannych i chorych niezdolnych do transportu przekazuje się grupom hospitalizacyjnym kompanii hospitalizacyjnej armii.

1.2. Oddział zabezpieczenia medycznego /OZM/

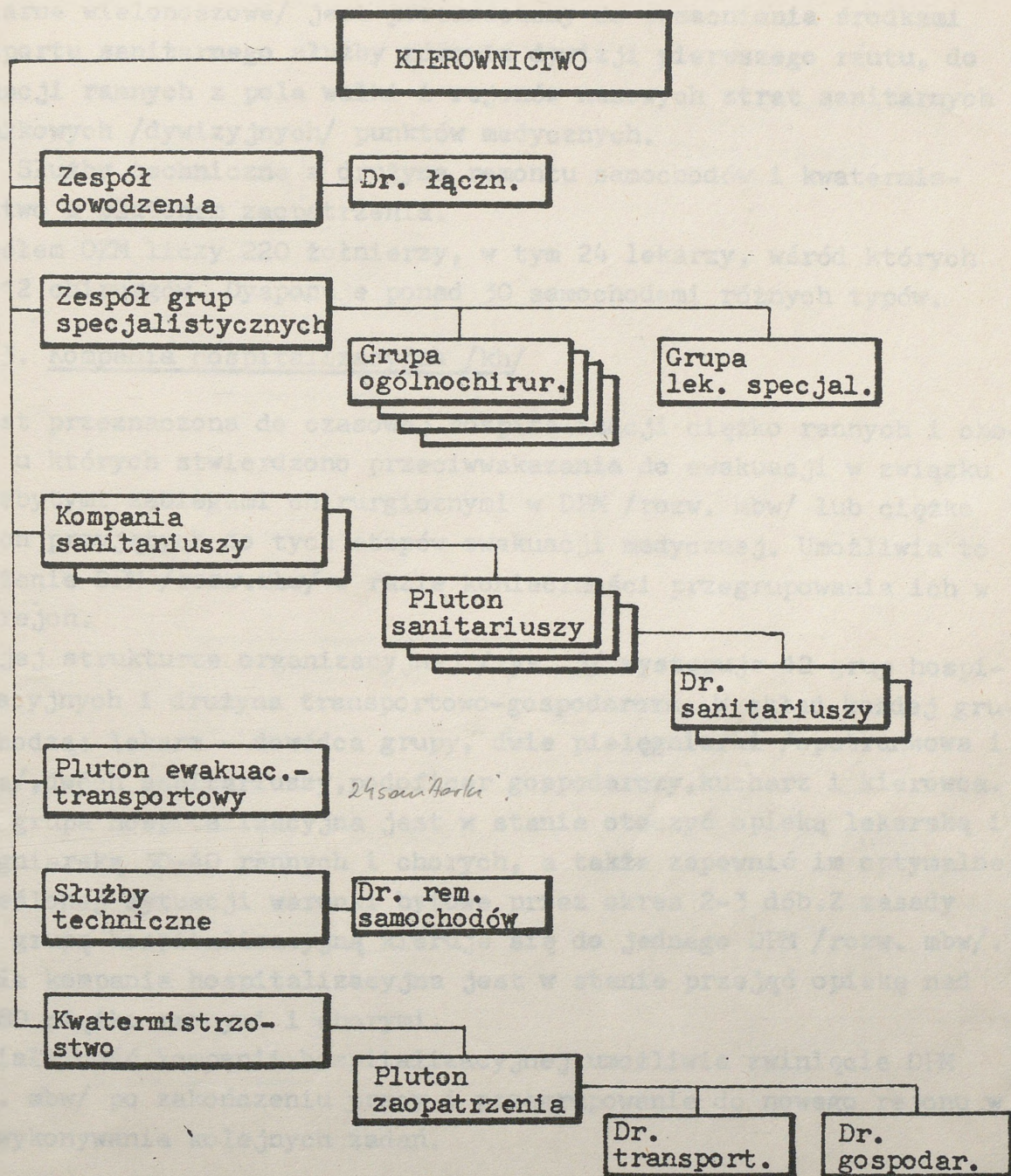
Jest przeznaczony do:

*działanie w rejonach
noworodki, strat*

- udzielania pomocy szefowi służby zdrowia ^{armii} w kierowaniu zabezpieczeniem leczniczo-ewakuacyjnym wojsk w czasie działań bojowych;
- wzmacniania DPM i rozwiniętych mbw w pasie działań bojowych armii przez przydzielanie grup ogólnochirurgicznych i lekarzy specjalistów;
- wzmacnianie służby zdrowia związków taktycznych pododdziałami sanitariuszy noszowych i transportem sanitarnym;
- rozwijania punktu medycznego typu ^{PPM} ~~ppm~~ w pobliżu ognisk masowych strat sanitarnych.

Struktura organizacyjna OZM /rys.4/ uwzględnia:

- Zespół dowodzenia z drużyną łączności, w składzie którego występuje trzech lekarzy specjalistów organizacji ochrony zdrowia wojsk. Spełnia on rolę wysuniętego ramienia szefa służby zdrowia armii na jednym z kierunków operacyjnych armii. Znajdując się bliżej walczących wojsk jest w stanie szybciej i sprawniej reagować na zaistniałą sytuację medyczną /potrzeby leczniczo-ewakuacyjne/. W przypadku zniszczenia szefostwa służby zdrowia armii może przejąć jego rolę i przez pewien czas kierować procesem zabezpieczenia medycznego armii.
- Zespół grup specjalistycznych w składzie: czterech grup ogólnochirurgicznych /w każdej 3 lekarzy chirurgów, pielęgniarka operacyjna i opatrunkowa/ i grupy lekarzy specjalistów /okulista, neurolog, psychiatra, radiolog i toksykolog/, przeznaczony do usprawniania kwalifikowanej segregacji i pomocy medycznej w DPM /rozw. mbw/ w razie nadmiernego napływu do nich rannych i chorych określonego profilu.
- Dwie kompanie sanitariuszy, każda w składzie 50 żołnierzy, w tym: dowódca-lekarz, szef kompanii, 3 kierwców i 3 plutony sanitariuszy noszowych. W każdym plutonie dowódca - podoficer, dwóch dowódców drużyn i 12 sanitariuszy. Razem w dwóch kompaniach 12 drużyn sanitariuszy noszowych i 6 samochodów ciężarowych /po jednym dla plutonu/. Pododdziały sanitariuszy noszowych przydziela się do związków taktycznych w celu usprawnienia procesu wyszukiwania i zbierania rannych na polu walki, udzielania im pierwszej pomocy oraz wynoszenia /wywożenia/ do gniazd rannych. Ponadto drużyny sanitariuszy noszowych mogą być użyte do pracy w ramach grup /oddziałów ratunkowo-ewakuacyjnych/ w jądrowym rejonie porażenia. W szczególnych sytuacjach mogą rozwinąć punkt medyczny typu ^{PPM} ~~ppm~~ w pobliżu jądrowego rejonu porażenia w celu udzielania pierwszej pomocy lekarskiej.



Rys. 4

d. Pluton ewakuacyjno-transportowy w składzie 34 żołnierzy i 4 drużyn samochodów sanitarnych po 6 w każdej /łącznie 24 samochody sanitarne wielonoszowe/ jest przeznaczony do wzmacniania środkami transportu sanitarnego służby zdrowia dywizji pierwszego rzutu, do ewakuacji rannych z pola walki i rejonów masowych strat sanitarnych do pułkowych /dywizyjnych/ punktów medycznych.

e. Służby techniczne z drużyną remontu samochodów i kwatermistrzostwo z plutonem zaopatrzenia.

Ogółem OZM liczy 220 żołnierzy, w tym 24 lekarzy, wśród których jest 12 chirurgów. Dysponuje ponad 30 samochodami różnych typów.

1.3. Kompania hospitalizacyjna /kh/

Jest przeznaczona do czasowej hospitalizacji ciężko rannych i chorych, u których stwierdzono przeciwwskazania do ewakuacji w związku z przebytymi zabiegami chirurgicznymi w DPM /rozw. mbw/ lub ciężko chorych przyjętych do tych etapów ewakuacji medycznej. Umożliwia to odciążenie DPM /rozw.mbw/ w razie konieczności przegrupowania ich w nowy rejon.

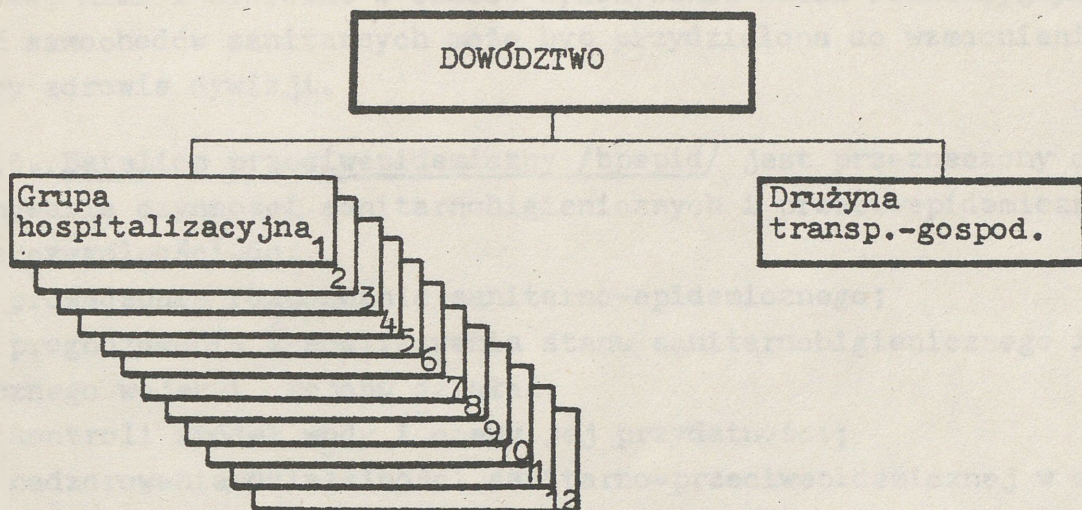
W jej strukturze organizacyjnej /rys. 5/ występuje 12 grup hospitalizacyjnych i drużyna transportowo-gospodarcza. W skład każdej grupy wchodzi: lekarz - dowódca grupy, dwie pielęgniarki /opatrunkowa i salowa/, dwóch sanitariuszy, podoficer gospodarczy, kucharz i kierowca. Jedna grupa hospitalizacyjna jest w stanie otoczyć opieką lekarską i pielęgniarską 30-40 rannych i chorych, a także zapewnić im optymalne w określonej sytuacji warunki bytowe przez okres 2-3 dób. Z zasady jedną grupę hospitalizacyjną kieruje się do jednego DPM /rozw. mbw/. Łącznie kompania hospitalizacyjna jest w stanie przejąć opiekę nad 360-480 ciężko rannymi i chorymi.

Działalność kompanii hospitalizacyjnej umożliwia zwinięcie DPM /rozw. mbw/ po zakończeniu pracy i przegrupowanie do nowego rejonu w celu wykonywania kolejnych zadań.

1.4. Kompania samochodów sanitarnych /kssan/

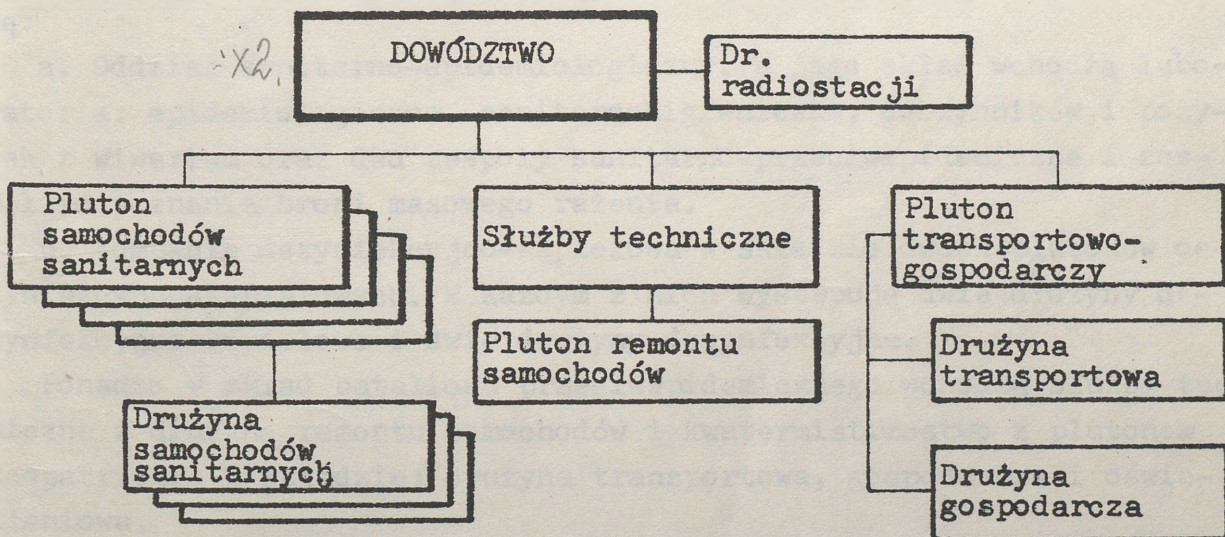
Jest jednostką transportu sanitarnego, przeznaczoną do ewakuacji rannych i chorych z DPM /rozw.mbw/ do bazy szpitalnej frontu. Struktura organizacyjna kssan /rys.6/ uwzględnia:

- cztery plutony samochodów sanitarnych, każdy w składzie trzech drużyn po 6 samochodów sanitarnych w drużynie;



Rys. 5.

- służby techniczne z plutonem remontu samochodów;
- pluton transportowo-gospodarczy składający się z drużyny transportowej i drużyny gospodarczej.



Rys. 6.

Kompania samochodów sanitarnych może być wyposażona w 72 samochody sanitarne lub w 36 samochodów sanitarnych i 36 autobusów sanitarnych. Jednorazowa zdolność ewakuacyjna wynosi odpowiednio 720 lub 1260 rannych i chorych. Dobowy rejs w strefie armijnej wynosi 200 km. Uwzględniając ramię ewakuacji medycznej, w ciągu doby może ona maksymalnie wykonać dwa rejsy.

Podział środków transportowych na pododdziały pozwala łatwiej ma-

newrować nimi i kierować w czasie wykonywania zadań ewakuacyjnych. Część samochodów sanitarnych może być przydzielona do wzmocnienia służby zdrowia dywizji.

1.5. Batalion przeciwepidemiczny /bpepid/ jest przeznaczony do wykonywania czynności sanitarnohigienicznych i przeciwepidemicznych, a w szczególności do:

- prowadzenia rozpoznania sanitarno-epidemicznego;
- prognozowania i analizowania stanu sanitarnohigienicznego i epidemicznego wojsk i rejonu działań;
- kontroli źródeł wody i oceny jej przydatności;
- nadzorowania działalności sanitarno-przeciwepidemicznej w związkach taktycznych;
- wykrywania, lokalizacji i likwidacji broni biologicznej;
- badań mikrobiologicznych, higienicznych i toksykologicznych;
- ewakuacji chorych do szpitali zakaźnych lub opieki nad nimi do czasu umieszczenia ich w powyższych szpitalach.

Podstawowymi pododdziałami batalionu przeciwepidemicznego /rys.7/ są:

a. Oddział sanitarno-epidemiologiczny. W jego skład wchodzi laboratorium: epidemiologiczne, sanitarnohigieniczne, odczynników i pożywek z wiwarium oraz dwa zespoły sanitarno-przeciwepidemiczne i zespół rozpoznania broni masowego rażenia.

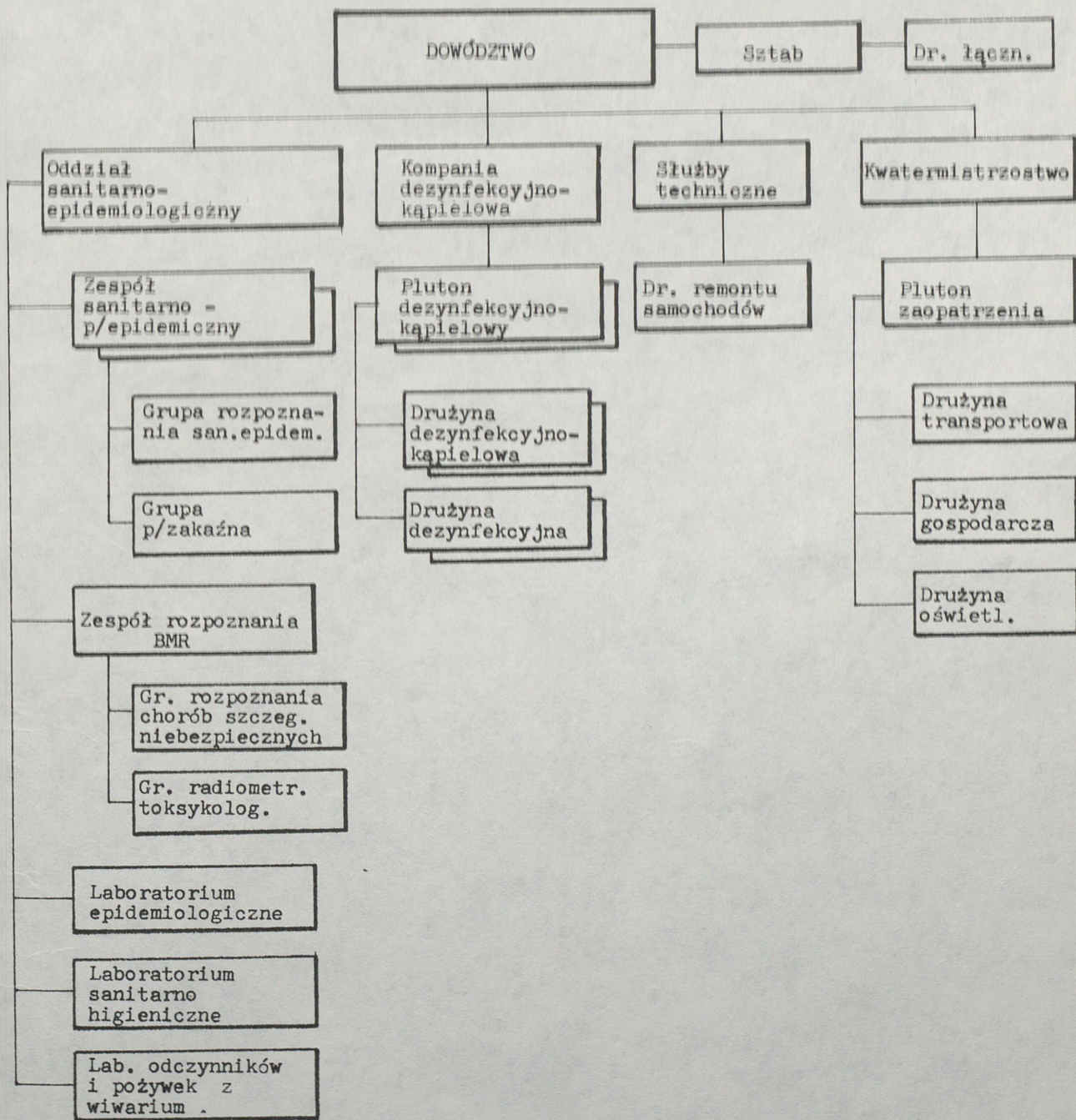
b. Kompania dezynfekcyjno-kąpielowa w składzie dwóch plutonów dezynfekcyjno-kąpielowych. W każdym z nich występują dwie drużyny dezynfekcyjno-kąpielowe i dwie drużyny dezynfekcyjne.

Ponadto w skład batalionu przeciwepidemicznego wchodzi służby techniczne z drużyną remontu samochodów i kwatermistrzostwo z plutonem zaopatrzenia w składzie: drużyna transportowa, gospodarcza i oświetleniowa.

W wyposażeniu bpepid znajduje się między innymi:

- 8 laboratoriów uniwersalnych służby zdrowia na samochodach;
- laboratorium odczynników i pożywek na samochodzie;
- 12 łaźni - dezynfektorów na samochodzie /po 6 łaźni w plutonie dezynfekcyjno-kąpielowym/;
- 6 samochodów sanitarnych wielonoszowych;
- 2 urządzenia destylacyjno-sterylizacyjne.

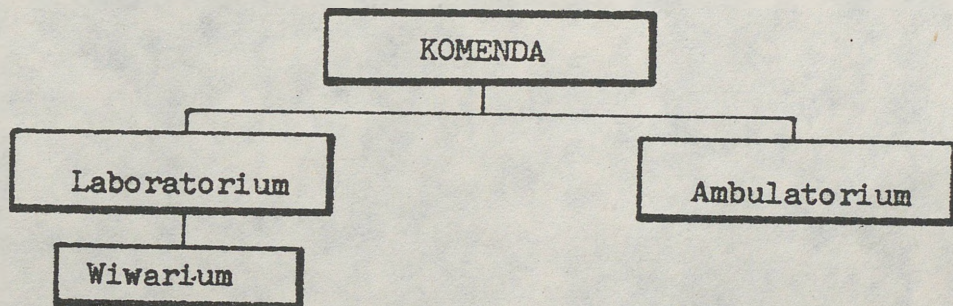
Batalion przeciwepidemiczny może działać całością sił i środków



Rys. 7

na jednym kierunku lub też na kilku kierunkach przy wykorzystaniu poszczególnych pododdziałów łączonych w odpowiednie ekipy w zależności od istniejącej sytuacji i potrzeb. Np. do likwidacji ogniska choroby zakaźnej w pułku - zespół sanitarno-przeciwepidemiczny i pół plutonu dezynfekcyjno-kąpielowego.

1.6. Ruchoma grupa weterynaryjna ^{RGWet} /~~rgwet~~/ - rys. 8 w składzie: laboratorium wraz z wiwarium i ambulatorium jest przeznaczone do weterynaryjnego zabezpieczenia wojsk operacyjnych. Współpracuje z batalionem przeciwepidemicznym. Do jej zadań należy: prowadzenie rozpoznania przeciwepizootycznego, wykrywanie i likwidacja ognisk chorób zaraźliwych, wykonywanie zabiegów profilaktyczno-weterynaryjnych oraz badanie zdobycznych zwierząt rzeźnych.



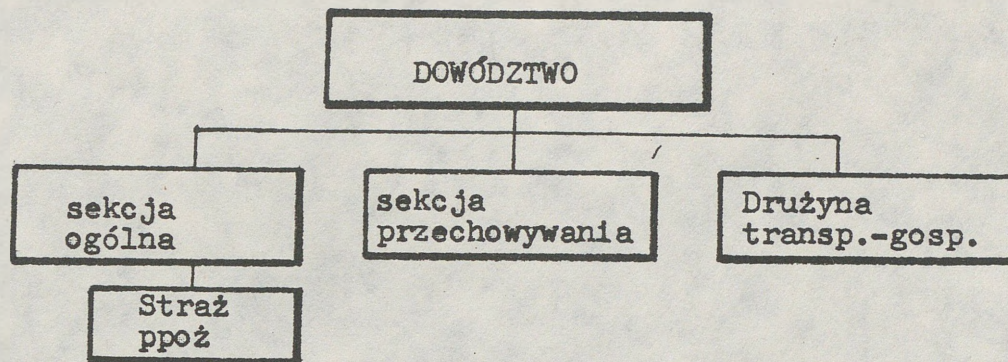
Rys. 8.

^{RGWet}
~~Rgwet~~ wchodzi w skład ABMZ.

1.7. Polowy skład sanitarny ^{PSSan} /~~pssan~~/ - rys. 9 wchodzi w skład armijnej brygady materiałowego zabezpieczenia /ABMZ/. Przeznaczony jest do zaopatrywania wojsk armii w sprzęt i materiały sanitarne. Posiada następującą ilość zapasów:

- zaopatrzenia bieżącego na 14 dni dla potrzeb stanu osobowego armii i na 750 łóżek szpitalnych typu bm /mbw/ na 1 miesiąc;
- zaopatrzenia bojowego na 10.000 rannych;
- sprzętu medycznego luzem około 2% wyposażenia armii.

Ponadto posiada zapas materiałów sanitarnych w wielkości wyposażenia należącego dla 1 batalionu medycznego i 3 kompanii medycznych. Do przewozu sprzętu i materiałów sanitarnych ^{PSSan} /~~pssan~~/ potrzeba około 36 samochodów ciężarowych średniej ładowności lub 7-8 wagonów kolejowych.



Rys. 9.

1.8. Stacja krwiodawstwa II kategorii /SKr. II kat./

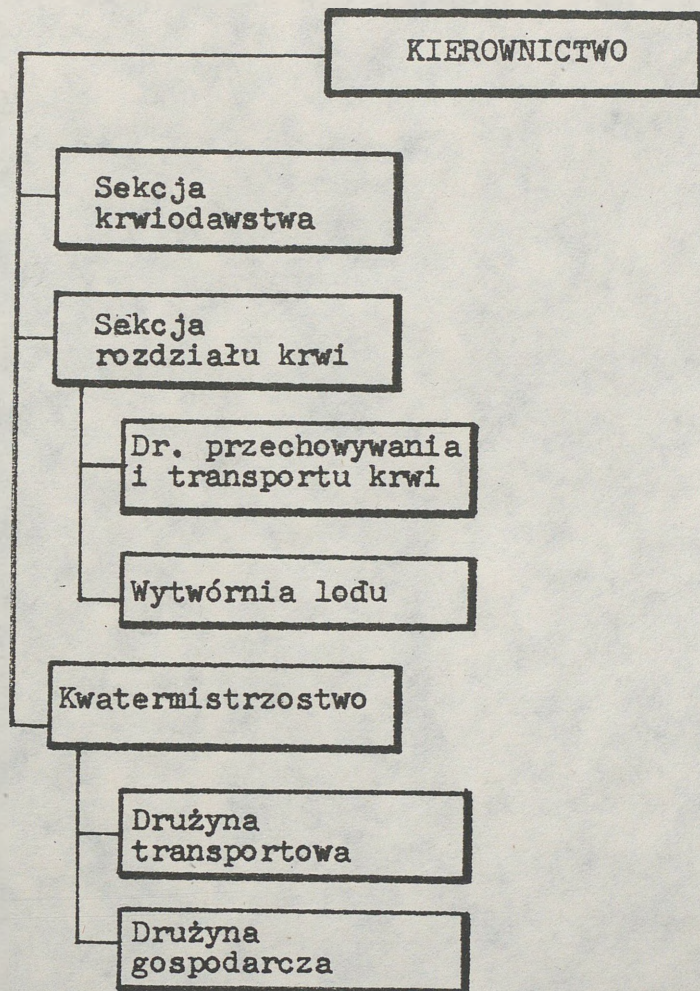
Przeznaczona jest do zaopatrywania w krew i preparaty krwiopochodne dywizyjnych punktów medycznych /rozw. mbw/. Jej struktura organizacyjna /rys. 10/ uwzględnia: sekcję krwiodawstwa, sekcję rozdziału krwi w składzie drużyny przechowywania i transportu krwi oraz wytwórni lodu i kwatermistrzostwo z drużyną transportową i gospodarczą.

SKr. II kat. dysponuje: samochodem chłodnią, który zapewnia przewóz 500 litrów krwi i preparatów krwiopochodnych, wytwórnią lodu oraz wyposażeniem umożliwiającym pobieranie krwi od krwiodawców, czterema samochodami dostawczymi do zaopatrywania w krew dywizyjnych punktów medycznych /rozw. mbw/.

Podstawowym źródłem zaopatrzenia stacji w krew konserwowaną jest stacja krwiodawstwa I kategorii.

Do głównych zadań stacji należy: organizowanie krwiodawstwa w wojskach operacyjnych oraz pobieranie krwi od dawców, przyjmowanie i przechowywanie krwi konserwowanej oraz preparatów krwiopodobnych dostarczanych ze stacji krwiodawstwa I kategorii, zaopatrywanie batalionów medycznych i medycznych batalionów wzmocnienia w krew konserwowaną, preparaty krwiopochodne, surowice wzorcowe do oznaczania grup krwi, pojemniki na krew i butelki, produkowanie lodu do chłodzenia skrzyń izotermicznych.

Powyższa krótka charakterystyka sił i środków służby zdrowia armii wydaje się być wystarczająca do ukazania jej miejsca i roli, a także specyfiki działania w ramach realizacji procesu zabezpieczenia medycznego wojsk w czasie działań bojowych.

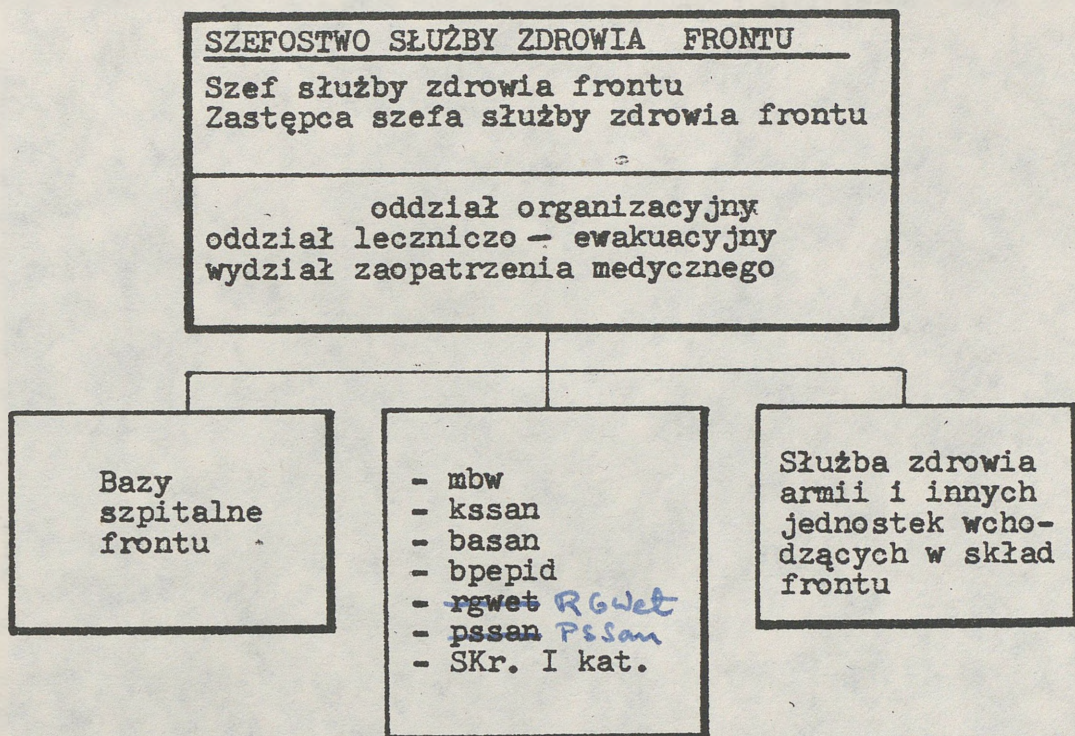


Rys. 10.

2. SKŁAD, PRZEZNACZENIE I MOŻLIWOŚCI JEDNOSTEK SŁUŻBY ZDROWIA FRONTU

Służbą zdrowia frontu dowodzi kwatermistrz - zastępca dowódcy frontu przez swojego zastępcę - szefa służby zdrowia frontu, któremu fachowo podlegają szefowie służby zdrowia armii oraz rodzajów wojsk i służb podległych bezpośrednio dowódcy frontu.

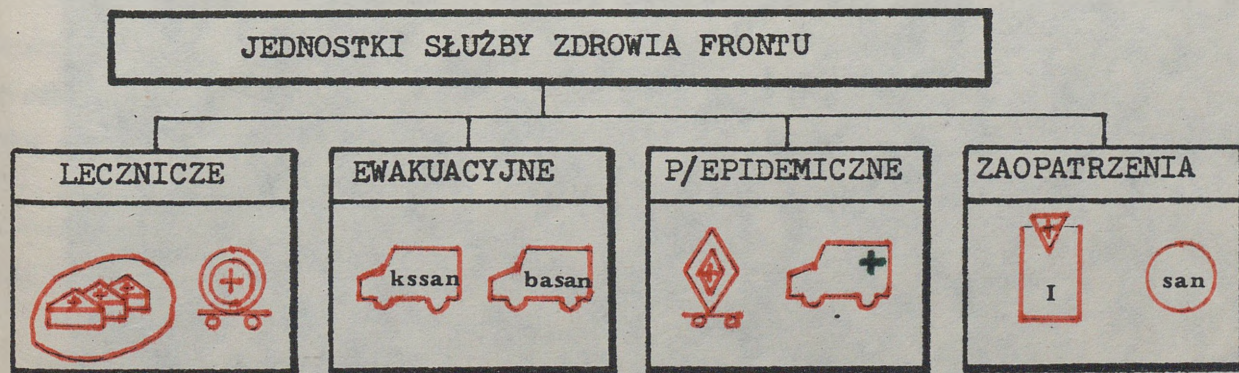
Za całokształt organizacji i realizacji zabezpieczenia medycznego wojsk frontu ponosi odpowiedzialność szef służby zdrowia frontu. Jego organem wykonawczym jest szefostwo służby zdrowia frontu w skład którego wchodzi: oddział organizacyjny, oddział leczniczo-ewakuacyjny i wydział zaopatrzenia medycznego /rys. 11/.



Rys. 11.

Siły i środki służby zdrowia, przeznaczone do realizacji zabezpieczenia medycznego wojsk frontu można podzielić na dwie grupy: pierwsza to jednostki bazowe /szpitale polowe/, przeznaczone do stacjonarnego leczenia rannych i chorych, druga to jednostki pozabazowe, przeznaczone do realizacji innych zadań zabezpieczenia medycznego.

Ze względu na przeznaczenie jednostki służby zdrowia frontu dzielimy na: lecznicze, ewakuacyjne, przeciwepidemiczne i zaopatrzenia medycznego /rys.12/.



Rys. 12.

Do zasadniczych zadań szefostwa służby zdrowia frontu należy:

a. W zakresie leczniczo-ewakuacyjnym - organizowanie przyjmowania i leczenia rannych i chorych ewakuowanych ze związków taktycznych i rejonów masowych strat sanitarnych do BSzF. Ponadto organizowanie ewakuacji rannych i chorych nie rokujących powrotu do szeregów wojsk - do szpitali obszaru kraju oraz współdziałanie w tym zakresie ze służbą zdrowia kraju.

b. W zakresie zabezpieczenia przeciwepidemicznego - kierowanie działalnością sanitarnohigieniczną i przeciwepidemiczną, a także pomoc w tej działalności armiom i związkom taktycznym podległym frontowi.

c. W zakresie sanitarnej ochrony wojsk przed bronią masowego rażenia - organizowanie stałej obserwacji i rozpoznania skażeń w rejonach rozmieszczenia baz szpitalnych frontu, obserwacji żołnierzy oraz organizowanie zabiegów sanitarnych w rejonach masowych strat sanitarnych.

d. W zakresie zaopatrzenia medycznego - organizowanie zaopatrywania armii i baz szpitalnych w sprzęt i materiały sanitarne użytku bieżącego i bojowego oraz w krew konserwowaną, preparaty krwio pochodne i płyny krwiozastępcze, jak również organizowanie napraw sprzętu medycznego.

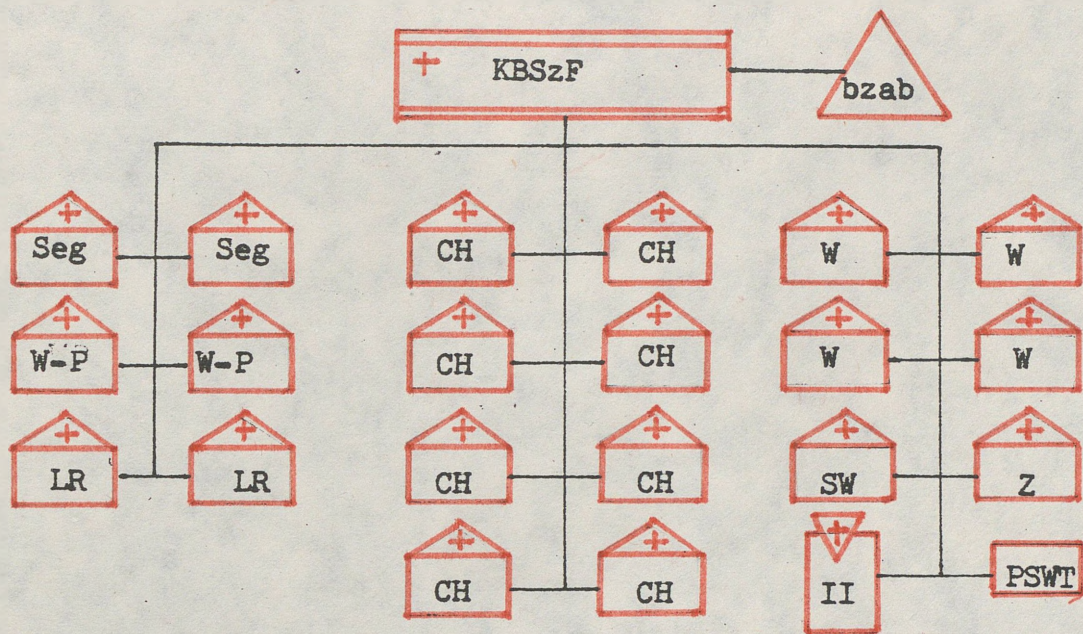
2.1. Baza szpitalna frontu /BSzF/

W systemie leczenia etapowego z ewakuacją według wskazań baza szpitalna frontu jest dla większości rannych i chorych końcowym etapem ewakuacji medycznej, przeznaczonym do udzielania kwalifikowanej i specjalistycznej pomocy medycznej, a także do ich leczenia.

Struktura organizacyjna bazy szpitalnej /rys. 13/ uwzględnia: komendę bazy szpitalnej, około 20 szpitali polowych, batalion zabezpieczenia, stację krwiodawstwa II kategorii i polową stację wytwarzania tlenu. Ogółem baza szpitalna liczy około 6500 łóżek, z których 75% znajduje się w szpitalach profilu zabiegowego, a pozostałe 25% w szpitalach profilu zachowawczego. Stosunek ten nie jest stały i zależy od struktury przewidywanych strat sanitarnych.

Do podstawowych zadań bazy szpitalnej frontu należy:

- przyjmowanie rannych i chorych oraz udzielanie im kwalifikowanej i specjalistycznej pomocy medycznej w pełnym zakresie;



Rys. 13.

- leczenie rannych i chorych nie podlegających ewakuacji do zakładów leczniczych obszaru kraju;

- przygotowanie do ewakuacji do zakładów leczniczych obszaru kraju rannych i chorych wymagających dłuższego okresu leczenia oraz tych, którzy po zakończeniu leczenia nie będą zdolni do dalszej służby wojskowej.

Termin i rejon rozwinięcia bazy, skład i liczbę łóżek ustala szef służby zdrowia frontu stosownie do aktualnej sytuacji operacyjnej i medycznej /oddalenie wcześniej rozwiniętych baz od wojsk, powstanie dużych ognisk masowych strat sanitarnych itp./. Uwzględnia się również czas transportu rannych i chorych z DPM /roz. mbw/ do BSzF, który nie powinien w zasadzie przekraczać 5-6 godzin.

Rozwinięte bazy szpitalne dzieli się na przednie i tylne, odpowiednio do ich rozmieszczenia w pasie działania wojsk frontu. Jest to podział wyłącznie funkcjonalny /nie strukturalny/, zależny od umiejscowienia bazy w danym okresie operacji.

W operacji zaczepnej frontu wyróżnia się dwa okresy pracy w kolejno rozwijanych bazach szpitalnych. W pierwszym okresie baza szpitalna przyjmuje rannych i chorych z DPM /rozwiniętych mbw/ pierwszorzutowych związków taktycznych ugrupowania operacyjnego armii, a także

bezpośrednio z wojsk. Do podstawowych zadań tego pierwszego okresu pracy bazy należy przyjmowanie i segregacja medyczna rannych i chorych, rozdzielanie ich do szpitali bazy - odpowiednio do rodzaju zranienia i choroby, a także udzielania przybyłym rannym i chorym kwalifikowanej oraz specjalistycznej pomocy medycznej. W warunkach masowego napływu rannych do szpitali kwalifikowaną pomoc medyczną udziela się w pierwszej kolejności najciężej rannym. W następnych dniach udziela się jej pozostałym rannym i rozpoczyna udzielanie specjalistycznej pomocy medycznej wszystkim jej wymagającym.

Po rozwinięciu nowej bazy szpitalnej i zakończeniu przyjmowania rannych i chorych przez wcześniej rozwiniętą na danym kierunku operacyjnym bazę szpitalną, ta ostatnia rozpoczyna drugi okres pracy, tj. planowe leczenie rannych i chorych. Jednocześnie przyjmowani są ranni i chorzy ze związków operacyjnych, związków taktycznych i jednostek rozmieszczonych w głębi obszaru tyłów frontu, a także rannych i chorych ewakuowanych transportem powietrznym z DPM /rozw. mbw/ wojsk pierwszego rzutu frontu.

Do zadań drugiego okresu pracy bazy jako tylnej bazy szpitalnej należy ponadto leczenie do pełnego wyzdrowienia rannych i chorych nie podlegających ewakuacji do szpitali obszaru kraju, a także przygotowanie do ewakuacji do zakładów leczniczych obszaru kraju rannych i chorych wymagających długiego okresu leczenia i tych, którzy po zakończeniu leczenia nie będą zdolni do służby oraz czasowa hospitalizacja i leczenie tych spośród nich, którzy nie są zdolni do transportu.

Okres leczenia rannych i chorych w bazie szpitalnej ustala szef, służby zdrowia frontu. Okres ten może być różny dla poszczególnych baz szpitalnych frontu i wynosi 30-60 dni. Rannych i chorych z dłuższym okresem leczenia i tych, którzy po leczeniu nie będą zdolni do służby wojskowej, ewakuuje się do szpitali obszaru kraju bezpośrednio z każdej bazy szpitalnej frontu. Ewakuacja ta może być prowadzona transportem kolejowym /wojskowe pociągi sanitarne -wps/, lotniczym i wodnym. W pewnych sytuacjach /nieduże odległości, dogodne drogi, brak czynnej linii kolejowej itp./, część rannych i chorych może być ewakuowana sanitarnym transportem samochodowym.

Ewakuacja rannych i chorych poza obszar frontu możliwa jest z reguły nie wcześniej niż po 5-7 dniach od czasu ich przybycia do bazy szpitalnej frontu. Ewakuacja na obszar kraju transportem powietrznym

może rozpocząć się wcześniej, już po 4-5 dniach. Przygotowanie rannych i chorych do ewakuacji, dostarczenie ich do miejsca załadowania na środki transportu ewakuacyjnego i rozwinięcie w tych miejscach /stacja, lotnisko, port/ punktów ewakuacyjnych należy do komendy bazy szpitalnej.

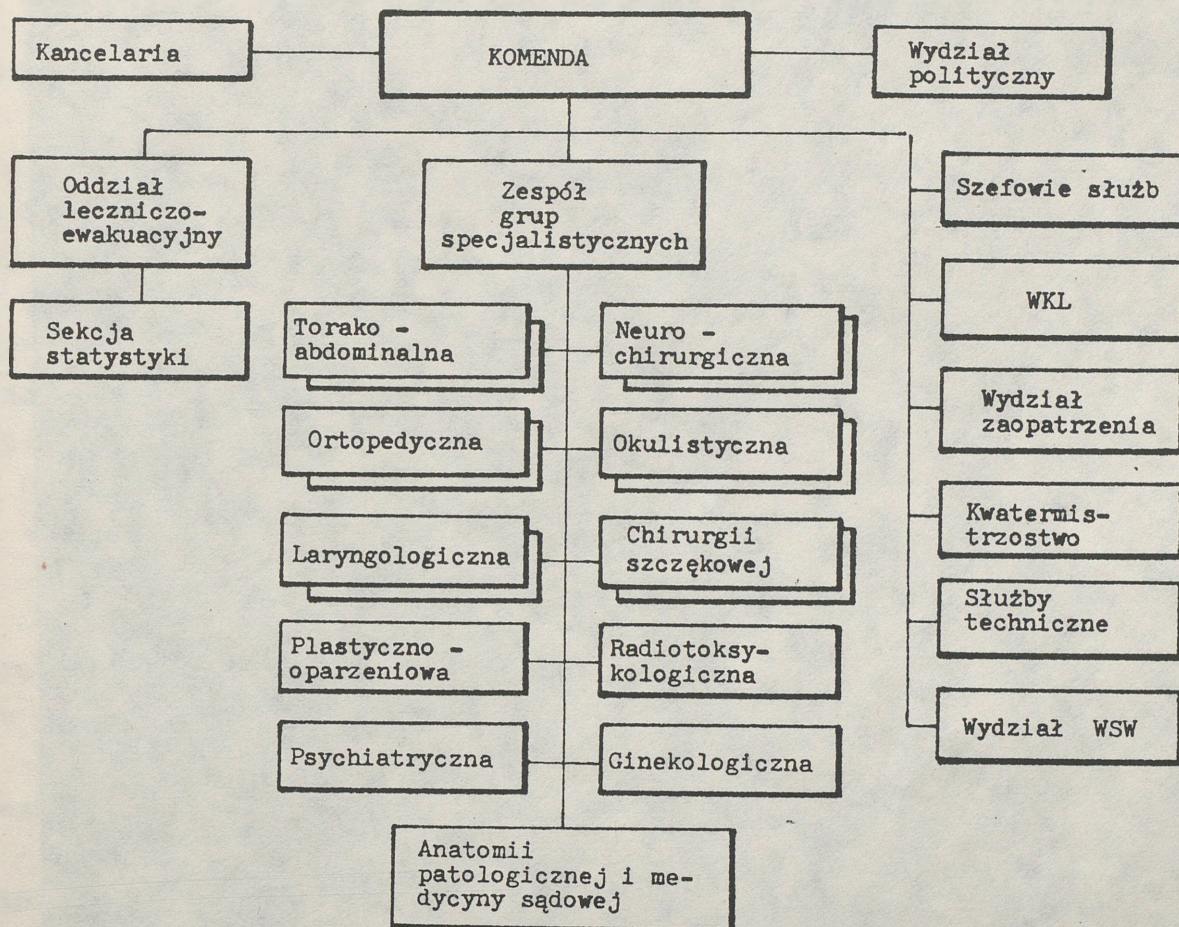
Komenda bazy szpitalnej frontu /KBSzF/ jest organem dowodzenia i zaopatrywania grupy szpitali jej podporządkowanych. Jej strukturę organizacyjną przedstawia rys. 14. Do zadań KBSzF należy:

- organizacja sprawnego przyjmowania rannych i chorych z ZT i wojsk znajdujących się w obszarze tyłów frontu oraz ich rozmieszczenia w szpitalach bazy;
- organizacja udzielania kwalifikowanej i specjalistycznej pomocy medycznej oraz leczenia rannych i chorych w szpitalach bazy;
- organizacja przegrupowania BSzF oraz wydzielenia oddziału bazy szpitalnej /OBSzF/ na kierunki operacyjne zgodnie z rozkazami przełożonych;
- przygotowanie do ewakuacji do szpitali obszaru kraju rannych i chorych nie rokujących nadziei powrotu do walczących szeregów, a także rannych i chorych z czasokresem leczenia ponad dwa miesiące;
- nadzór nad lecznictwem i orzecznictwem wojskowo-lekarskim;
- zaopatrywanie szpitali w sprzęt i materiały sanitarne oraz w krew i płyny krwiozastępcze;
- zaopatrywanie szpitali w żywność, wyposażenie mundurowe, mps, materiały techniczne i środki płatnicze;
- organizowanie obrony i ochrony szpitali, a także organizacja łączności.

Oddział leczniczo-ewakuacyjny komendy bazy szpitalnej planuje i organizuje działalność leczniczo-ewakuacyjną bazy oraz kieruje tą działalnością. Ponadto **organizuje** i koordynuje inne zasadnicze przedsięwzięcia związane z wykonaniem przez bazę postawionych jej zadań.

Zespół ^{grup} specjalistycznych bazy szpitalnej frontu liczy ~~14~~ grup specjalistycznych w 11 specjalnościach /w 6 specjalnościach występuje po 2 grupy i w 5 - po jednej grupie/. Grupy te są przeznaczone do profilizacji szpitali polowych, wchodzących w skład bazy, na specjalistyczne.

Z chwilą rozwinięcia bazy części polowych szpitali chirurgicznych nadaje się odpowiedni profil, uzupełniając je grupami specjalistycznymi i specjalistycznym wyposażeniem z komendy bazy. W taki sposób



Rys. 14.

tworzy się następujące specjalistyczne szpitale chirurgiczne:

- dla rannych w głowę, szyję i kręgosłup - przez przydzielenie grup: neurochirurgicznej, okulistycznej, laryngologicznej i chirurgii szczękowej;
- dla rannych w klatkę piersiową, brzuch i miednicę szpital torakoabdominalny/ - przez przydzielenie grup torakoabdominalnych;
- dla rannych z uszkodzeniem dużych kości i stawów kończyn dolnych - przez przydzielenie grup **ortopodycznych**.

W razie potrzeby przygotowuje się szpitale do przyjmowania porażonych substancjami promieniotwórczymi i środkami trującymi. Do tych szpitali /np. PSzW/ kieruje się wówczas grupę radiotoksykologiczną.

Grupę psychiatryczną wykorzystuje się do zorganizowania oddziału

psychiatrycznego na bazie oddziału neurologicznego w jednym z połowych szpitali wewnętrznych /PSzW/.

Grupę ginekologiczną wykorzystuje się do zorganizowania oddziału ginekologicznego w jednym z połowych szpitali chirurgicznych /PSzCh/.

Grupę plastycznooparzeniową kieruje się zwykle do tych szpitali chirurgicznych w których znajdują się oparzeni wymagający wcześniej plastyki skóry, a do wykonania tego zabiegu nie ma odpowiednich specjalistów.

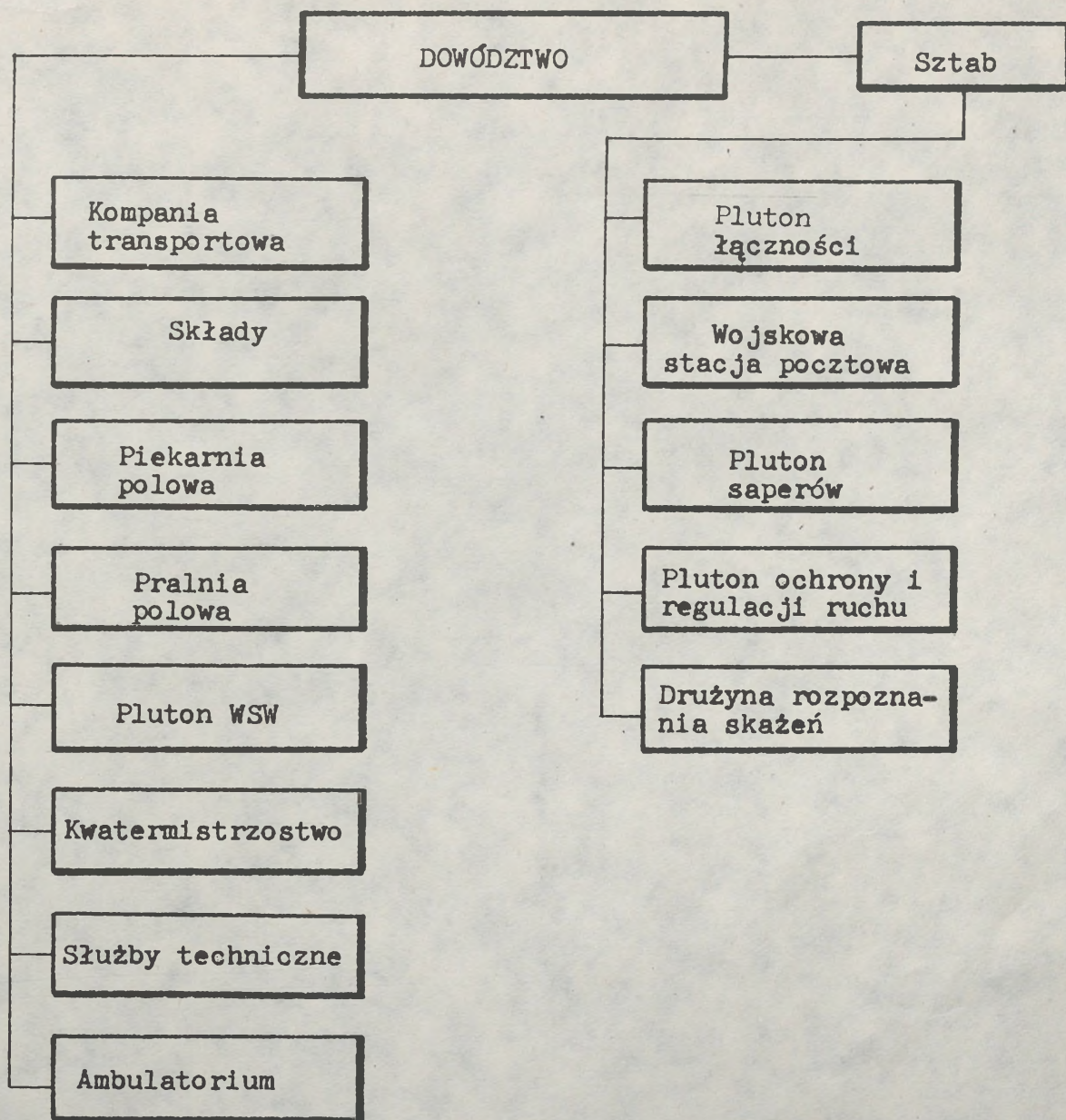
Batalion zabezpieczenia jest jednostką bazy szpitalnej przeznaczoną do zapewnienia komendzie bazy i podległym jej szpitalom odpowiednich warunków do wykonania postawionych zadań. Jego organizację przedstawia rys. 15.

Do zadań batalionu należy:

- zapewnienie komendzie bazy transportu samochodowego;
- organizowanie łączności bazy /m.in. z TSD frontu/;
- organizowanie obrony i ochrony komendy bazy, ponadto udział w obronie i ochronie całej bazy, zarówno w rejonie rozmieszczenia jak i w czasie przegrupowania;
- organizowanie regulacji ruchu w rejonie rozmieszczenia oraz w czasie przegrupowania;
- wykonywanie schronów, ukryć, szczelin lub przystosowanie już istniejących do rozmieszczenia komendy bazy; wykonywanie niezbędnych napraw dróg oraz usuwanie zawałów w rejonie bazy;
- wydobywanie i oczyszczanie wody, zabezpieczanie jej źródeł i organizowanie punktów wydawania wody;
- udział w obserwacji oraz rozpoznawaniu skażeń, w likwidacji skutków użycia przez nieprzyjaciela broni masowego rażenia;
- udział w rozpoznawaniu dróg przegrupowania bazy;
- zapewnienie dowozu środków materiałowych oraz zapewnienie jednostkom bazy usług pralniczych;
- wykonywanie napraw pojazdów mechanicznych, sprzętu technicznego, medycznego, łączności i umundurowania.

Stacja krwiodawstwa II kategorii zabezpiecza szpitale bazy w krew. Jej struktura organizacyjna i wyposażenie są takie same jak stacji krwiodawstwa występującej na szczeblu armii.

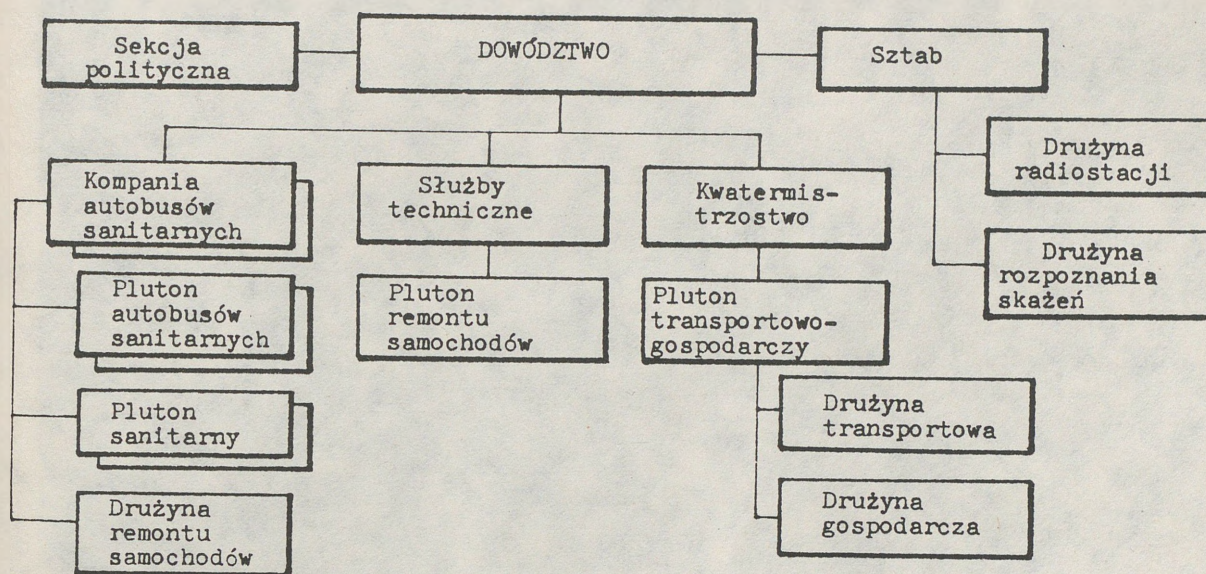
Półowa stacja wytwarzania tlenu zaopatruje szpitale bazy w tlen medyczny.



Rys. 15.

2.2. Batalion autobusów sanitarnych /basan/

Struktura organizacyjna batalionu autobusów sanitarnych /rys. 16/ uwzględnia między innymi dwie kompanie autobusów po dwa plutony. Pluton składa się z trzech drużyn. W drużynie jest 6 autobusów sanitarnych. Łącznie batalion posiada 72 autobusy sanitarne. Jego jednorazowa zdolność ewakuacyjna wynosi 18⁰⁰ rannych i chorych. Przeznaczony jest do ewakuacji rannych i chorych ze szpitali polowych do kolejowych stacji załadowniczych, lotnisk i portów morskich a także w innych ogniwach w zależności od istniejącej sytuacji operacyjnej i medycznej.

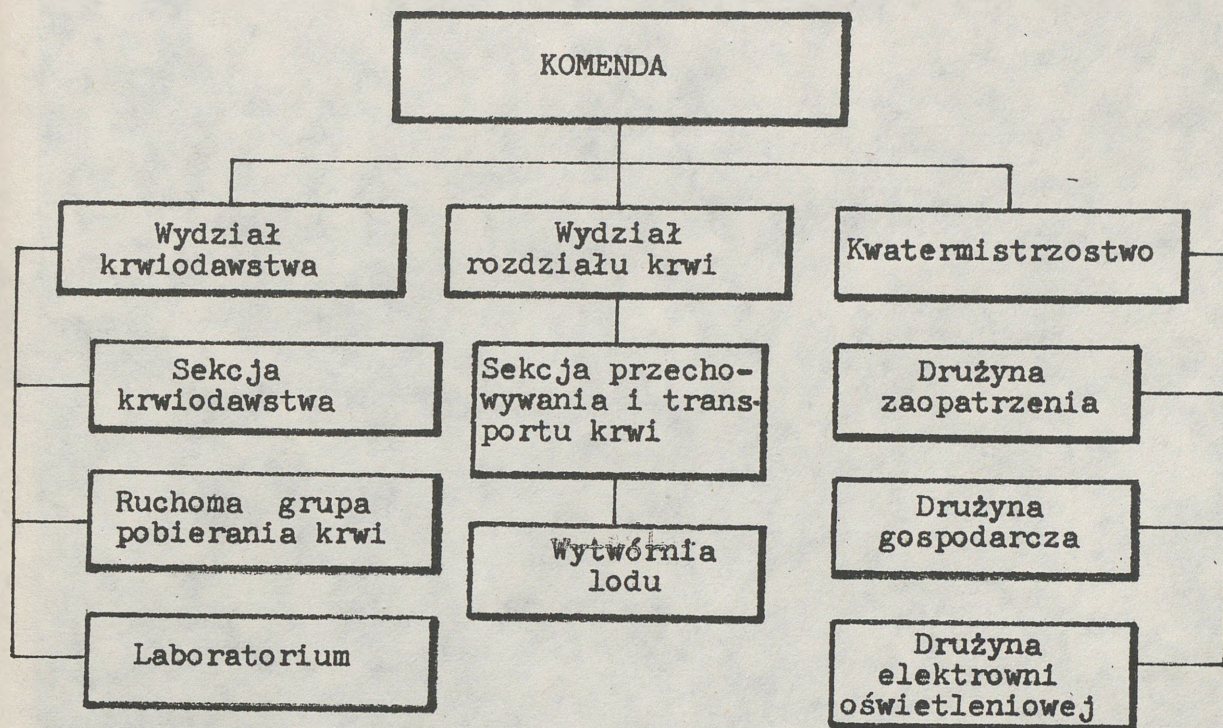


Rys. 16.

2.3. Stacja krwiodawstwa I kategorii /SKr. I kat/

Stacja krwiodawstwa I kategorii /rys. 17/ przeznaczona jest do opatrywania w. krew, preparaty krwiopochodne i inne materiały stacji krwiodawstwa II kategorii armii i baz szpitalnych frontu. W jej składzie występują dwa wydziały: krwiodawstwa i rozdziału krwi. Dysponuje ona 4 samochodami - chłodniami. Może ona przechowywać i przewozić około 2000 litrów krwi konserwowanej.

Struktura organizacyjna pozostałych jednostek służby zdrowia frontu /mbw, bpepid, kssan, ^{RG.125} ~~rgwet~~/ i ich przeznaczenie są podobne do odpowiedników na szczeblu armii. Miejsce ich działania - obszar tyłów frontu.



Rys. 17.

LITERATURA

- Gawryluk J. Kompendium lekarza jednostki. Warszawa 1978 r.
- Gawryluk J. Organizacja i zadania służby zdrowia frontu. Lekarz Wojskowy, tajny 1/1985.
- Gawryluk J. Struktura organizacyjna i przeznaczenie sił i środków służby zdrowia armii. Lekarz Wojskowy, tajny 1/1985.
- Instrukcja o organizacji i pracy batalionu medycznego dywizji, medycznego dywizji, medycznego batalionu wzmocnienia, oddziału wzmocnienia i segregacji armii i kompanii hospitalizacyjnej armii. Warszawa 1972.
- Instrukcja o organizacji i pracy batalionu przeciwepidemicznego. Warszawa 1975.
- Instrukcja o organizacji i pracy bazy szpitalnej frontu. Warszawa 1978.
- Instrukcja o organizacji i pracy kompanii samochodów sanitarnych i batalionu autobusów sanitarnych. Warszawa 1961.
- Instrukcja o organizacji i pracy oddziału zabezpieczenia medycznego armii. Warszawa 1982.
- Instrukcja o organizacji i pracy polowego składu sanitarnego armii /frontu/. Warszawa 1960

Instrukcja o organizacji i pracy stacji krwiodawstwa I i II kategorii
Warszawa 1972.

Jednolita doktryna **wojskowo-medyczna**. Szefostwo Służby Zdrowia
Głównego Kwatermistrzostwa WP. Warszawa 1982

Wydrukowano w 10 egz.

Egz. 1-10 Bibl.Nauk.DZS

Wyk. płk Gembicki

Druk. A.Wl.

Druk. ASG WP nr pf 19/pf 88/WW

Kor. R.C.

