

А. Ф. ВИШНЕВЕЦКИЙ

**ОРГАНИЗАЦИЯ
И ТАКТИКА
САНИТАРНОЙ
СЛУЖБЫ
КРАСНОЙ АРМИИ**



НАРКОМЗДРАВ СССР
МЕДГИЗ • 1941

Бригврач А. Ф. ВИШНЕВЕЦКИЙ

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ КРАСНОЙ АРМИИ

*КРАТКОЕ ПОСОБИЕ
ДЛЯ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ*

ОТВЕТСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР
ВОЕНВРАЧ I РАНГА
А. Н. СОКОЛОВ

2-Е ИСПРАВЛЕННОЕ ИЗДАНИЕ

*64 рисунка в тексте
и 1 рисунок на вклейке*

НАРКОМЗДРАВ СССР
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ «МЕДГИЗ»
МОСКВА — 1941 — ЛЕНИНГРАД

Редактор *А. Соколов*

Издание второе, исправленное

Подписано к печати 22/VII 1941 г.

Л123425

Печ. лист $11\frac{1}{4} + \frac{1}{4}$ (вкл.) Авт лист. 12,7.

Знаков в 1 п. л. 44 200

Цена 3 руб. 50 коп.

Типография «Красное знамя»,
Москва, Сушневская, 21. Заказ 2231.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Медицинский состав кадра и запаса нашей страны изучал и продолжает изучать основы организации и тактики санитарной службы по книге Б. К. Леонардова «Санитарная служба в войсковом районе».

Будучи единственным пособием, она являлась и руководством для студентов медицинских вузов при изучении основ военно-санитарного дела. Книга многим способствовала внедрению военно-санитарных знаний среди медицинского состава кадра и запаса Красной Армии.

Книга Б. К. Леонардова сейчас устарела и не может быть рекомендована в качестве основного руководства для изучения организации и тактики санитарной службы. Санитарная служба Красной Армии за последние годы обогатилась боевым опытом, изучала и продолжает изучать санитарное обеспечение боевых действий войск воюющих стран Западной Европы. На основе изучения этого опыта сделаны некоторые изменения в штатно-организационной структуре полевых подвижных санитарных учреждений. Это в свою очередь повлекло за собой частичные изменения в их назначении, а следовательно, и в тактике их использования. Наконец, за последнее время на основе анализа опыта боевых действий войск Красной Армии произошли резкие изменения в методах боевой подготовки и воспитания личного состава войск. Раз и навсегда изгнаны прочь из методического арсенала шаблон и условность, приносившие вред делу боевой готовности Красной Армии. Полевая подготовка войск во все времена года и при любой погоде, проводимая в обстановке, приближающейся к боевым условиям, признана главным и решающим методом подготовки личного состава кадра и запаса.

Краткое пособие по организации и тактике санитарной службы бригады врачей А. Ф. Вишневецкого, написанное с некоторым учетом опыта работы санитарной службы по обеспечению боевых действий войск и изменений в штатно-организационной структуре полевых подвижных санитарных учреждений, безусловно явится большим шагом вперед в подготовке медицинского состава запаса и кадра к работе в боевых условиях. Однако это пособие не может претендовать на безапелляционность изложения и содержания материала.

Интерес к литературе по вопросам организации и тактики санитарной службы за последние 2 года резко возрос. Подготовка медицинского состава кадра и запаса, особенно студентов медицинских институтов, требует выпуска подобного руководства. Дело чести руководящего состава

санитарной службы, особенно профессорско-преподавательского состава военно-медицинских академий и училищ, помочь автору своими замечаниями исправить (в следующем издании) недочеты, которые неизбежно будут иметь место в таком большом и важном деле, каким является составление пособия по организации и тактике санитарной службы.

В преподавании военных дисциплин очень часто прибегают к схемам. Этот методический прием чрезвычайно нужен: он облегчает обучение, он позволяет излагать материал нагляднее и доступнее для усвоения. Но никогда схема не была и не может быть готовым решением. Для принятия решения, например, на наступательный бой, наступательную операцию, требуется тщательное изучение сил противника, группировки его войск, средств вооружения и технического оснащения, рельефа местности, степени инженерно-химических заграждений, оборонительных сооружений и других элементов обороны. Далее, требуется подробно изучать свои войска и соседей, сделать анализ соотношения сил и средств вооружения, учесть время года и состояние погоды и только на основе всего этого принять решение, которое очень часто излагается в виде схемы. Следовательно, схема в данном случае является графическим изображением основных элементов решения, принятого на ведение *данного конкретного наступательного боя*. Точно так же для принятия решения о лечебно-эвакуационном и санитарно-эпидемиологическом обеспечении данного наступательного боя требуется детально изучить сумму элементов конкретной обстановки, влияющих на работу санитарной службы, и только на этой основе организуется санитарный тыл, распределяются средства усиления и развертываются санитарные учреждения, которые тоже излагаются в виде схемы. Но в военном деле нет и не было решения вообще на оборонительный или наступательный бой, нет и не было решения вообще о лечебно-эвакуационном обеспечении боевой деятельности войск, например, в оборонительном или наступательном бою. Каждый оборонительный или наступательный бой имеет свои особенности. Вот почему нет ничего вреднее в военном деле, как пользование схемой для принятия решения вместо тщательного и систематического изучения конкретной обстановки.

В практику преподавания военно-санитарного дела широко внедрилась методика изложения материала о штатно-организационной структуре санитарной службы частей и соединений в виде опять-таки схемы. Хорошая методика, слов нет, но когда эта методика приводит к тому, что слушатель начинает мыслить схемой, то вредность ее каждому очевидна. В штате санитарной службы стрелкового батальона сейчас нет врача. Батальонный медицинский пункт возглавляется фельдшером. Означает ли это, что батальонный пункт всегда будет работать без врача, под руководством фельдшера? Нет и еще раз нет. Там, где БМП вынужден нести функции ИМП, врач обязательно должен быть выделен из состава полка или из МСБ. В каких видах боя чаще всего придется прибегать к выделению на БМП врача? В подвижной обороне, в обороне на широком фронте, при преодолении батальоном участков инженерно-химических заграждений (борьба в предполье) и при получении батальоном особо важных задач. Следовательно, объем работы батальонного медицинского пункта определяется не штатной структурой санитарного взвода стрелкового батальона, а видом боевой деятельности батальона

и сложившейся конкретной лечебно-эвакуационной обстановкой в данном соединении. Штатно-организационная структура медико-санитарного батальона и средства хирургического усиления вышестоящих санитарных начальников позволяют нам всю хирургическую работу производить в войсковом тылу. И мы стоим именно на этом принципе и требуем, чтобы первичная обработка ран посредством скальпеля, как правило, проводилась в войсковом тылу. Означает ли это, что наше требование должно всегда и всюду выполняться в полном объеме? Нет, не означает. Я уже говорил о том, что объем работы определяется и боевой деятельностью войск.

Например, в подвижной обороне, при выходе из окружения, из боя, очень часто хирургическую работу в войсковом тылу придется сводить к жесткому минимуму, придется прибегать к быстрой эвакуации в район ГОЭП или ГБА для первичной хирургической обработки. Следовательно, и здесь схему нужно рассматривать как педагогический прием в руках преподавателя, начальника, а не как источник принятия решения о лечебно-эвакуационном обеспечении войска.

Задачи санитарной службы Красной Армии изложены в первой главе пособия. Успешное выполнение этих задач в огромной доле зависит от работы личного состава войскового тыла, от его медицинской грамотности и знания военно-санитарного дела. В основу штатно-организационной структуры санитарной службы и санитарной тактики положены принципы наиболее полного восстановления сил и здоровья бойцов для быстрейшего возвращения их в строй. Эти принципы полностью соответствуют тем патристическим чувствам, которыми обычно охвачены раненые бойцы Красной Армии, стремящиеся возвратиться в действующую армию для дальнейшей борьбы с врагами советского народа. Как показал боевой опыт санитарной службы Красной Армии, основная смертность из числа санитарных потерь имеет место именно в войсковом тылу, в звене рота — батальон — полк — дивизия. Анализ причин этой смертности путем патологоанатомических вскрытий свидетельствует о том, что большой процент этой смертности объясняется острой потерей крови, анемией жизненно важных органов. Следовательно, первой из главных задач личного состава санитарной службы войскового тыла, начиная с ротного санитаря и кончая руководящим хирургом медико-санитарного батальона, является своевременная и медицински грамотная борьба с острыми кровотечениями.

Второй из главных задач медицинского состава войскового тыла является борьба с инфекцией огнестрельных ран путем правильного наложения асептической повязки в ротном или батальонном районе и своевременного хирургического вмешательства в течение 4—8 часов после ранения на МСБ или в полевом госпитале.

У личного состава войск, в том числе и у медицинского состава, необходимо воспитать сознание о вреде смены повязок без показаний. Смена повязок должна производиться только в случаях, когда к этому имеются медицинские показания, и, как правило, при ревизии раны с первичной хирургической обработкой.

Твердо должна быть усвоена необходимость введения профилактических сывороток, иммобилизации поврежденных конечностей, запреще-

ния наложения глухого первичного шва без наличия жизненных показаний.

Успешная борьба в войсковом тылу с острым кровотечением и инфекцией огнестрельных ран до минимума сократит смертность и инвалидность среди санитарных потерь, а следовательно, увеличит процент возвращения в строй, а это и есть главная задача санитарной службы Красной Армии.

Начальник Санитарного управления Красной Армии
дивврач *Е. И. Смирнов*

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Предисловие</i>	3
<i>Глава I. Основные задачи санитарной службы Красной Армии и особенности ее работы в военное время</i>	9
Тактика санитарной службы	11
Система этапного лечения	13
Современные средства поражения и виды медицинской помощи	16
Основные вопросы хирургической работы в войсковом тылу	19
Противохимическая защита	20
Противоэпидемическая оборона	21
<i>Глава II. Основы боевой деятельности войск</i>	24
Организация войскового тыла	29
<i>Глава III. Санитарная служба стрелковой роты</i>	35
Обязанности санитаров и санитарного инструктора стрелковой роты	36
Средства санитарной службы стрелковой роты	37
Санитарное обеспечение роты в походном порядке	38
Санитарное обеспечение наступательного боя роты	41
Санитарное обеспечение роты в обороне	47
Санитарное обеспечение роты при выходе из боя	48
Санитарное обеспечение стрелковой роты в охранении	49
Санитарное обеспечение стрелковой роты в разведке	49
Выполнение заданий по санитарной разведке	50
<i>Глава IV. Санитарная служба стрелкового батальона</i>	52
Средства санитарной службы батальона	52
Управление и связь в работе санитарного взвода батальона	53
Пост санитарного транспорта	53
Общая характеристика работы санитарного взвода батальона	55
Санитарное обеспечение батальона на марше	57
Санитарное обеспечение батальона в наступлении	58
Санитарное обеспечение наступления батальона при преодолении водной преграды	61
Санитарное обеспечение батальона в обороне	63
Санитарное обеспечение выхода из боя	66
<i>Глава V. Санитарная служба стрелкового полка</i>	68
Организация и средства	68
Управление и связь старшего врача полка	70
Составление плана санитарного обеспечения	72
Полковой медицинский пункт	79
Санитарно-воспитательная работа	90

Организация амбулаторной и стационарной медицинской помощи	90
Организация медицинской помощи населению	92
Порядок снабжения медицинским имуществом	93
Пополнение запасов других видов имущества	95
Санитарное обеспечение перевозок стрелкового полка по железной дороге и автотранспортом	96
Санитарное обеспечение походного движения стрелкового полка	97
Санитарное обеспечение наступательного боя полка	99
Санитарное обеспечение полка в обороне	101
Глава VI. Санитарная служба стрелковой дивизии	101
Средства санитарной службы стрелковой дивизии	104
Медико-санитарный батальон	104
Дивизионный медицинский пункт	105
Войсковой подвижной госпиталь	113
Порядок эвакуации легко раненых и больных	115
Составление плана лечебно-эвакуационного обеспечения дивизии	119
Санитарная разведка и противоэпидемические мероприятия	125
Санитарное обеспечение стрелковой дивизии в походном движении	126
Санитарное обеспечение дивизии в наступлении	129
Санитарное обеспечение стрелковой дивизии в обороне	133
Глава VII. Особенности санитарного обеспечения специальных родов войск	138
Санитарное обеспечение частей военно-воздушных сил. Военврач I ранга <i>П. Б. Берлин</i>	138
Особенности санитарного обеспечения летной части <i>П. Б. Берлин</i>	140
Особенности санитарного обеспечения наземной базы <i>П. Б. Берлин</i>	143
Санитарное обеспечение парашютных и авиационных десантов. Военврач I ранга <i>П. Б. Берлин</i>	146
Санитарное обеспечение танковых войск	151
Санитарное обеспечение артиллерийских частей	157
Санитарное обеспечение кавалерийских частей	159
Глава VIII. Санитарное обеспечение действий войск в особых условиях	163
Ночные действия войск	163
Санитарное обеспечение действий войск в горах	164
Действия войск в лесах	166
Санитарное обеспечение действий войск зимой	168
Санитарное обеспечение действий войск в пустынных местностях	171
Санитарное обеспечение десантных действий войск	172
Приложения	175
Схемы ПМП, ДМП, ВПГ составлены военврачом I ранга С. М. Багдасарьян. Стр. 83, 114 и 130.	

Глава I

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ КРАСНОЙ АРМИИ И ОСОБЕННОСТИ ЕЕ РАБОТЫ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ

Санитарная служба призвана сохранять живую силу Красной Армии и этим способствовать ее победам. Во всех мероприятиях санитарной службы Красной Армии отражается сталинская забота о живом человеке; санитарная служба активно участвует в оздоровлении труда и быта бойца и командира.

В мирное время, когда основой деятельности всех родов войск Красной Армии является боевая подготовка, санитарная служба всесторонне участвует в этой подготовке. Она проводит лечебно-профилактические и противоэпидемические мероприятия, занимается санитарным воспитанием бойца и командира и интенсивно готовится к выполнению задач военного времени.

По сравнению с работой мирного времени задачи санитарной службы в военное время вырастают не только количественно, но и качественно.

Можно считать практически доказанным, что с ростом военной техники и усовершенствованием средств поражения значительно возросла тяжесть боевых травм (поражения огнестрельным оружием, энергетическими и химическими средствами борьбы). Следовательно, санитарная служба должна применять наиболее эффективные способы лечения боевых травм, использовать последние достижения науки и достигнуть наиболее совершенных форм организации лечебной помощи, чтобы в наиболее короткий срок и с наилучшим результатом восстанавливать боеспособность раненых, возвращать бойцов в ряды их частей.

Весьма серьезной задачей санитарной службы является также организация эвакуации раненых и больных; последняя тесно связана с организацией лечебной помощи.

Значительно повышается также объем и значение массовых противоэпидемических мероприятий, направленных к предупреждению заразных заболеваний.

Нельзя ни на минуту забывать, что вся сумма работ санитарной службы и каждое ее мероприятие в отдельности направлены к единственной и важнейшей цели — к достижению победы Красной Армии.

Поэтому каждое, даже незначительное мероприятие приобретает огромный смысл и значимость в общей системе укрепления обороноспособности и мощи нашей армии, а малейший промах, ошибка или организационный недочет перерастают в крупный ущерб для общего дела.

Задачи санитарной службы не только велики, но и почетны: нам доверяется самое ценное — человеческая жизнь; это доверие нужно уметь оправдать.

Начальник Санитарного управления Красной Армии дивврач Смирнов так определяет основные задачи санитарной службы в военное время:

1. Не менее 75% из числа пораженных в бою возвратить в кратчайшие сроки обратно на фронт.

2. Свести к минимуму смертность из числа санитарных потерь на этапах санитарной эвакуации.

3. Максимально уменьшить число инвалидов среди пораженных в бою.

4. Не допустить возникновения эпидемических заболеваний.

Выполнение весьма ответственных и больших задач играет исключительно важную роль в системе обороны социалистического государства.

Чтобы должным образом их выполнить, нужна исчерпывающая, разносторонняя подготовка всех звеньев санитарной службы снизу доверху: нужно работать, не покладая рук, над практической подготовкой наших кадров, над совершенствованием оснащения и снабжения санитарной службы, над уточнением и развитием методики действий санитарной службы в боевой обстановке.

Особое значение приобретают эти вопросы теперь, когда все больше разгорается пожар второй империалистической войны, когда усложняется международная обстановка.

Перед нами поставлена задача добиться победы «малой кровью»: ни одна жизнь в бою не должна быть затрачена напрасно и ни одна возможность сберечь драгоценную жизнь бойца Красной Армии не должна быть упущена.

Эта ответственная и почетная задача будет выполняться всеми командирами, политработниками, начальниками и всем составом санитарной службы Красной Армии.

Статистический материал прошлых войн показывает, что от четкости и организованности работы санитарной службы зависит сохранение сотен тысяч человеческих жизней.

Во время первой империалистической войны санитарная служба французской армии, считавшаяся лучшей, добилась возвращения в строй 75% всех раненых.

Во время боев с белофиннами санитарная служба достигла весьма высоких показателей, повысив процент раненых бойцов, возвращенных в строй через короткий срок с полным восстановлением боеспособности.

В войне с кровавым фашизмом Советская страна предъявляет еще более высокие требования к санитарной службе. Лучшая в мире армия должна иметь и лучшую санитарную службу. При современном состоянии медицинской науки она должна и может добиться восстановления боеспособности максимально большого числа раненых.

Успешность работы санитарной службы определяется принципиально, чем в капиталистических армиях, отношением к бойцу — строителю и защитнику коммунистического общества.

Сталинская забота о человеке, о сохранении его здоровья проявляется во всех без исключения действиях начальствующего состава, а также и в организации и использовании санитарной службы.

Десятки тысяч квалифицированных медицинских работников, лучшие лечебные учреждения нашей страны, огромные материальные ресурсы — все это будет служить интересам обороны Советского Союза. Однако, чтобы достигнуть той мобилизационной готовности, которой требует наш мудрый вождь и учитель товарищ Сталин, необходима повседневная тщательная военно-санитарная подготовка людей, учреждений и материально-технических средств.

Придавая большое значение организационной работе, маршал Советского Союза товарищ Ворошилов указывает: «Нам нужен высококвалифицированный врач. Вместе с тем он должен обязательно обладать и качествами организатора, который в сложных условиях военной обстановки умел бы не только лечить, но и правильно организовать все сложное дело санитарного обслуживания войск; не только лечить бы людей, но и умел бы о них заботиться, знал, как это нужно делать».

Умение правильно использовать имеющиеся ресурсы обеспечивает хорошую организацию медицинской помощи в боевой обстановке, и, наоборот, неумелое руководство и неправильная расстановка сил могут грозить гибелью сотням человеческих жизней даже там, где есть полная возможность их спасти.

Поэтому для каждого работника санитарной службы вопросы организации приобретают особую важность и заслуживают специального изучения.

Тактика санитарной службы

В понятие тактики санитарной службы входит правильная оценка боевой обстановки, учет всех обстоятельств, могущих повлиять на ход работы, знание сил и средств, которые могут быть брошены на выполнение поставленной задачи, правильный выбор наиболее важных объектов, на которых должны быть сконцентрированы наши усилия. Решение, принимаемое на основе учета всех указанных выше моментов, является тактическим решением.

В основе каждого решения по санитарному обеспечению боевых действий должно лежать осуществление четырех задач (о которых было сказано выше) в условиях данной конкретной обстановки. Для достижения этого необходимо четкое управление санитарной службой, а также правильная расстановка и использование ее сил и средств (маневр санитарными средствами). Из этих понятий складывается определение тактики санитарной службы как учения об управлении и маневре силами и средствами санитарной службы, обеспечивающими боевые действия войск.

Если проанализировать комплекс вопросов, разбираемых тактикой санитарной службы, то из них легко можно выделить два основных момента, влияющих на принимаемое решение: а) оценку сложившейся обстановки (характер боевых действий, местность, имеющиеся ресурсы) и б) выполнение специальных мероприятий (например, при оказании хирургической помощи раненым, при проведении противоэпидемических мероприятий и т. д.), соответствующих современному состоянию науки.

Совершенно очевидно, что решение санитарного начальника строится на основе синтеза отдельных выводов; прибегая к несколько грубой аналогии, это решение можно сравнить с действиями врача у постели больного (сначала определение отдельных симптомов заболевания, затем синтез этих симптомов в виде диагноза болезни и, наконец, принятие решения о необходимом лечении).

Подобная аналогия допустима лишь до известных пределов, потому что в санитарно-тактическом решении приходится оценивать и взвешивать самые различные моменты.

Задача изучения тактики санитарной службы состоит в том, чтобы научиться принимать правильное решение, научиться правильно тактически мыслить, чтобы в данной тактической обстановке уметь наилучшим образом организовать оказание медицинской помощи пораженным в бою.

Освоение тактики санитарной службы возможно лишь на основе практического знания всех мероприятий, выполняемых в боевых условиях.

Эти мероприятия являются содержанием ряда научных дисциплин, неразрывно связанных с тактикой санитарной службы. К ним в первую очередь относятся военно-полевая хирургия, санитарно-химическая защита, военная эпидемиология, военная гигиена, знание оснащения и снабжения санитарной службы.

Эти дисциплины тесно связаны с тактикой санитарной службы. В боевой обстановке нельзя осуществить, например, мероприятия по санитарно-химической защите войск в отрыве от санитарно-тактических построений. Точно так же тактическое решение по санитарному обеспечению войск, принятое без учета требований полевой хирургии (в отношении медицинской помощи раненым), санитарно-химической защиты (в условиях применения противником средств химической борьбы) или военной эпидемиологии, будет необоснованным и неправильным. Особо следует отметить связь санитарной службы с военно-полевой хирургией. Без знакомства с основами этой дисциплины, без знания хирургической организации армии медицинский работник не будет в состоянии принимать правильные санитарно-тактические решения. Поэтому правильное понимание положений тактики санитарной службы заключается в учете всего комплекса вопросов и в умении избрать всесторонне обоснованный способ действий.

Не следует думать, что тактика санитарной службы (как и тактика войск) есть собрание готовых схем и рецептов, пригодных для всех случаев боевой действительности.

Положения тактики санитарной службы дают лишь общее направление работникам этой службы; чем детальнее изучена обстановка, чем

более обоснованы сделанные выводы, тем правильнее будет и решение, хотя бы оно и отличалось от общей схемы, принятой для подобных случаев.

Тактика санитарной службы не может оставаться стабильной на протяжении многих лет потому, что она тоже подчинена общим законам развития. С каждым годом растет и совершенствуется вооружение, вводятся новые средства нападения и защиты, расширяются средства поражения, изменяется тактика войск, совершенствуется организация тыла, обеспечивающего войска всем необходимым для боевой деятельности. Эти изменения отражаются на системе санитарного обеспечения войск.

Меняется не только обстановка боевой работы санитарной службы, но и характер мероприятий по отношению к отдельно взятому раненому или больному: санитарная служба обязана в своей работе применять новейшие испытанные методы лечения и профилактики.

Из изложенного следует, что в основу санитарного обеспечения войск должна быть положена система, отвечающая современному уровню тактики и вооружения войск и обеспечивающая вместе с тем использование наиболее эффективных средств лечения и профилактики. Возможность применения последних обеспечивается соответствующим воспитанием и подготовкой личного состава санитарной службы кадра, и запаса Красной Армии, достаточным и высококачественным материально-техническим оснащением и постоянным совершенствованием тактических положений санитарной службы.

Система этапного лечения

На данном этапе развития изложенным выше требованиям отвечает принятая в Красной Армии система этапного лечения с эвакуацией по назначению.

В основу этой системы положены следующие принципиальные положения:

1. Каждый раненый¹ в бою или больной должен быть обеспечен своевременной медицинской помощью (своевременность медицинской помощи).

2. Оказание медицинской помощи раненым в бою и больным органически связано с мероприятиями по удалению их из боевой зоны (санитарная эвакуация).

3. Медицинская помощь раненым в бою и больным оказывается санитарными учреждениями, на которые одновременно возлагается санитарная эвакуация (этапы санитарной эвакуации)².

Примечания редактора.

¹ Под ранеными понимаются все получившие поражения от различных боевых средств противника: ранения, контузии, поражения отравляющими веществами, ожоги и т. п. Однако при специальных медицинских донесениях все эти категории должны показываться отдельно, в соответствии с формами донесений.

² Силы и средства санитарной службы, развернутые на оборудованном участке местности для оказания медицинской помощи, лечения и эвакуации, образуют этап санитарной эвакуации.

4. В боевой обстановке медицинская помощь расчленяется и распределяется в определенной последовательности между санитарными учреждениями, и каждое из них имеет определенный в данной обстановке объем работы и уровень квалификации оказываемой помощи. Все эти учреждения (этапы санитарной эвакуации) обязательно должны иметь постоянную связь между собой и дополнять друг друга в оказании медицинской помощи, в которой нуждается каждый раненый в бою или больной (преимущественность медицинской помощи).

5. По отношению к каждому раненому в бою или больному, прибывающему в данное санитарное учреждение, принимается определенное решение.

Это решение должно отвечать на вопросы: в какой именно медицинской помощи нуждается данный раненый (больной); в какой мере эта помощь может быть оказана данным учреждением (пунктом медицинской помощи, госпиталем); требуется ли немедленная госпитализация данного раненого; куда должен быть направлен после оказания медицинской помощи данный больной или раненый; какими средствами и в каком положении (пешком, сидя, лежа) он должен быть в дальнейшем эвакуирован.

На основе таких индивидуальных решений происходит деление на группы всех контингентов, прибывающих на данный этап санитарной эвакуации [по очередности, характеру и объему необходимой медицинской помощи; по определению места, куда должен быть эвакуирован раненый (больной) для дальнейшей медицинской помощи или лечения; по способу транспортировки].

Этот процесс, обязательный для каждого этапа санитарной эвакуации, носит название сортировки.

6. Этапы санитарной эвакуации располагаются в тылу войск с эшелонированием их в глубину; по мере удаления данного этапа санитарной эвакуации от полосы непосредственного соприкосновения с противником степень оказываемой медицинской помощи возрастает.

Эвакуация каждого раненого или больного должна строиться прежде всего на медицинских показаниях, которые в свою очередь вытекают из состояния здоровья лица, подлежащего эвакуации.

Так, например, после операции раненый нуждается в помещении на стационарное лечение ввиду наличия угрожающих явлений (ослабление сердечной деятельности, значительная кровопотеря и т. п.). В этом случае единственно правильным решением будет немедленное помещение данного раненого в ближайшее учреждение, которое может обеспечить необходимое ему стационарное лечение. Наоборот, ошибочным и угрожающим жизни раненого было бы в данном случае решение об эвакуации его на далекое расстояние, хотя бы там и находился такой этап санитарной эвакуации, который мог бы обеспечить раненому лучшие условия ухода и лучшую медицинскую помощь, чем ближайший.

Нужно твердо уяснить, что только эвакуация, основанная на правильном индивидуальной оценке состояния раненого или больного, увязанная неразрывным образом со своевременной госпитализацией раненого, может считаться отвечающей современным требованиям.

Эвакуация раненых производится в те санитарные учреждения, где им по характеру ранения могут быть обеспечены необходимая помощь

и лечение, минуя промежуточные этапы санитарной эвакуации (эвакуация по назначению).

Медицинская помощь в боевых условиях должна быть построена так, чтобы при наиболее полном обслуживании каждого раненого в бою она в то же время охватывала весь без исключения контингент пуждающихся в помощи.

Даже весьма простое само по себе мероприятие, как например, перевязка, в связи с массовостью таких случаев и кратким сроком для проведения его становится весьма сложным, требующим организованности и правильной расстановки сил.

Первостепенное значение имеет вопрос о сроках оказания необходимой медицинской помощи. От этого часто зависит сохранение жизни и работоспособности бойца.

Например, при каждом ранении одной из наиболее серьезных угроз является раневая инфекция. Известно, что раневую инфекцию можно предотвратить, если вскоре после ранения (в течение первых 6—12 часов) раненому будет оказана квалифицированная врачебная, в первую очередь хирургическая, помощь.

Отсюда возникает требование о максимальном приближении к квалифицированной помощи во времени.

Практически можно решить этот вопрос двумя путями: либо непосредственно приблизить к линии боя соответствующие медицинские пункты, либо организовать надежную и быструю доставку раненого на тот медицинский пункт, где ему будет обеспечено все необходимое.

Крайне важно, чтобы каждый раненый в бою или больной был эвакуирован именно на тот этап санитарной эвакуации, где он сможет получить необходимую ему медицинскую помощь и быстро восстановить здоровье, что имеет первостепенное значение для обеспечения боеспособности армии. Это важно и для самого раненого или больного бойца, который в этом случае избавляется от излишних передвижений и ожиданий.

Система этапного лечения с эвакуацией по назначению, сочетая оказание медицинской помощи, устанавливает известную зависимость между тяжестью поражения (заболевания) и глубиной расположения в тылу того этапа санитарной эвакуации, на котором данный раненый или больной получит медицинскую помощь, соответствующую тяжести поражения.

Легко раненый, для восстановления боеспособности которого достаточно лечения в течение нескольких дней, получит необходимую ему помощь в ближайшем санитарном учреждении войскового тыла. Тяжело раненого, которому необходимо длительное специальное лечение и уход, не будут задерживать в войсковом тылу, а направлять в одно из специальных лечебных учреждений глубокого тыла.

Совершенно очевидно, какое огромное значение имеет такая постановка санитарного обеспечения для современных войск и в особенности для пашей Красной Армии, каждый боец которой является квалифицированным специалистом; чем скорее он займет вновь свое место в строю, тем полнее и быстрее будет обеспечена победа над противником.

Современные средства поражения и виды медицинской помощи

Боевые потери в современной войне вызываются разнообразными средствами поражения, которые можно свести к механическим, химическим, энергетическим и биологическим.

Наиболее распространены механические средства поражения, причем до двух третей всех поражений дает огнестрельное оружие: ружейно-пулеметный, артиллерийский огонь и т. д. Характер огнестрельных ранений в современной войне значительно изменился по сравнению с теми соотношениями, которые наблюдались во время войн XIX и начала XX столетия.

Тогда (например, во время русско-японской войны 1904—1905 гг.) преобладающий процент ранений относился к ранениям пулевым (до 70—75%) и лишь небольшое число ранений относилось к осколчатым (результат разрыва артиллерийских снарядов, ручных и ружейных гранат, мин).

Войны последних лет показали обратное соотношение: преобладают осколчатые огнестрельные ранения, что легко объясняется большим насыщением современных армий артиллерией, минометами, использованием гранат и действиями бомбардировочной авиации.

Происхождение большинства огнестрельных ранений тесно связано с их характером, степенью тяжести и размером причиняемых организму разрушений. Осколчатые ранения, преобладающие в современной войне, почти всегда связаны с наличием большой зоны повреждения и с возможностью развития раневой инфекции.

Химические вещества к концу первой империалистической войны являлись причиной поражений в одной трети случаев.

С тех пор химическая промышленность непрерывно развивается, и, несмотря на существование международных договоров, осуждающих применение химических средств, капиталистические страны не отказываются от их применения.

Красная Армия применит средства химического нападения лишь в том случае, если наши враги применят их первыми против нас. К химическим веществам относят отравляющие вещества (ОВ), дымообразующие вещества (ДВ) и зажигательные вещества (ЗВ).

К энергетическим средствам поражения относят применение электрического тока (например, электризация проволочных заграждений) и разного рода световых и звуковых волн, о которых имеются сведения в литературе капиталистических стран.

Распространение среди бойцов и животных заразных заболеваний является биологическим средством поражения, которое буржуазными специалистами считается «самым дешевым». Возбудители большинства заразных заболеваний известны, свойства их хорошо изучены и применение культур заразных микробов, по их мнению, не составляет труда. Этот способ известен под названием «бактериальной войны».

Метод бактериальной войны таит в себе огромную угрозу распространения эпидемической волны на территорию, население и войска применившей этот метод. Поэтому до настоящего времени со стороны буржуазных государств еще не было попыток использовать этот метод в широком масштабе.

БРИГВРАЧ А. Ф. ВИШНЕВЕЦКИЙ

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ КРАСНОЙ АРМИИ

*КРАТКОЕ ПОСОБИЕ
ДЛЯ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ*

ОТВЕТСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР
ВОЕНВРАЧ I РАНГА
А. Н. СОКОЛОВ

2-Е ИСПРАВЛЕННОЕ ИЗДАНИЕ

*64 рисунка в тексте
и 1 рисунок на вклейке*

НАРКОМЗДРАВ СССР
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ «МЕДГИЗ»
МОСКВА — 1941 — ЛЕНИНГРАД

Редактор *А. Соколов*

Издание второе, исправленное

Подписано к печати 22/VII 1941 г.

Л123425

Печ. лист $11\frac{1}{4} + \frac{1}{4}$ (вкл.) Авт лист. 12,7.

Знаков в 1 п. л. 44 200

Цена 3 руб. 50 коп.

Типография «Красное знамя»,

Москва, Сушевская, 21. Заказ 2231.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Медицинский состав кадра и запаса нашей страны изучал и продолжает изучать основы организации и тактики санитарной службы по книге Б. К. Леонардова «Санитарная служба в войсковом районе».

Будучи единственным пособием, она являлась и руководством для студентов медицинских вузов при изучении основ военно-санитарного дела. Книга многим способствовала внедрению военно-санитарных знаний среди медицинского состава кадра и запаса Красной Армии.

Книга Б. К. Леонардова сейчас устарела и не может быть рекомендована в качестве основного руководства для изучения организации и тактики санитарной службы. Санитарная служба Красной Армии за последние годы обогатилась боевым опытом, изучала и продолжает изучать санитарное обеспечение боевых действий войск воюющих стран Западной Европы. На основе изучения этого опыта сделаны некоторые изменения в штатно-организационной структуре полевых подвижных санитарных учреждений. Это в свою очередь повлекло за собой частичные изменения в их назначении, а следовательно, и в тактике их использования. Наконец, за последнее время на основе анализа опыта боевых действий войск Красной Армии произошли резкие изменения в методах боевой подготовки и воспитания личного состава войск. Раз и навсегда изгнаны прочь из методического арсенала шаблон и условность, приносившие вред делу боевой готовности Красной Армии. Полевая подготовка войск во все времена года и при любой погоде, проводимая в обстановке, приближающейся к боевым условиям, признана главным и решающим методом подготовки личного состава кадра и запаса.

Краткое пособие по организации и тактике санитарной службы бригады врачей А. Ф. Вишневецкого, написанное с некоторым учетом опыта работы санитарной службы по обеспечению боевых действий войск и изменений в штатно-организационной структуре полевых подвижных санитарных учреждений, безусловно явится большим шагом вперед в подготовке медицинского состава запаса и кадра к работе в боевых условиях. Однако это пособие не может претендовать на безапелляционность изложения и содержания материала.

Интерес к литературе по вопросам организации и тактики санитарной службы за последние 2 года резко возрос. Подготовка медицинского состава кадра и запаса, особенно студентов медицинских институтов, требует выпуска подобного руководства. Дело чести руководящего состава

санитарной службы, особенно профессорско-преподавательского состава военно-медицинских академий и училищ, помочь автору своими замечаниями исправить (в следующем издании) недочеты, которые неизбежно будут иметь место в таком большом и важном деле, каким является составление пособия по организации и тактике санитарной службы.

В преподавании военных дисциплин очень часто прибегают к схемам. Этот методический прием чрезвычайно нужен: он облегчает обучение, он позволяет излагать материал нагляднее и доступнее для усвоения. Но никогда схема не была и не может быть готовым решением. Для принятия решения, например, на наступательный бой, наступательную операцию, требуется тщательное изучение сил противника, группировки его войск, средств вооружения и технического оснащения, рельефа местности, степени инженерно-химических заграждений, оборонительных сооружений и других элементов обороны. Далее, требуется подробно изучить свои войска и соседей, сделать анализ соотношения сил и средств вооружения, учесть время года и состояние погоды и только на основе всего этого принять решение, которое очень часто излагается в виде схемы. Следовательно, схема в данном случае является графическим изображением основных элементов решения, принятого на ведение *данного конкретного наступательного боя*. Точно так же для принятия решения о лечебно-эвакуационном и санитарно-эпидемиологическом обеспечении данного наступательного боя требуется детально изучить сумму элементов конкретной обстановки, влияющих на работу санитарной службы, и только на этой основе организуется санитарный тыл, распределяются средства усиления и развертываются санитарные учреждения, которые тоже излагаются в виде схемы. Но в военном деле нет и не было решения вообще на оборонительный или наступательный бой, нет и не было решения вообще о лечебно-эвакуационном обеспечении боевой деятельности войск, например, в оборонительном или наступательном бою. Каждый оборонительный или наступательный бой имеет свои особенности. Вот почему нет ничего вреднее в военном деле, как пользование схемой для принятия решения вместо тщательного и систематического изучения конкретной обстановки.

В практику преподавания военно-санитарного дела широко внедрилась методика изложения материала о штатно-организационной структуре санитарной службы частей и соединений в виде опять-таки схемы. Хорошая методика, слов нет, но когда эта методика приводит к тому, что слушатель начинает мыслить схемой, то вредность ее каждому очевидна. В штате санитарной службы стрелкового батальона сейчас нет врача. Батальонный медицинский пункт возглавляется фельдшером. Означает ли это, что батальонный пункт всегда будет работать без врача, под руководством фельдшера? Нет и еще раз нет. Там, где БМП вынужден нести функции ПМП, врач обязательно должен быть выделен из сапчасти полка или из МСБ. В каких видах боя чаще всего придется прибегать к выделению на БМП врача? В подвижной обороне, в обороне на широком фронте, при преодолении батальоном участков инженерно-химических заграждений (борьба в предполье) и при получении батальоном особо важных задач. Следовательно, объем работы батальонного медицинского пункта определяется не штатной структурой санитарного взвода стрелкового батальона, а видом боевой деятельности батальона

и сложившейся конкретной лечебно-эвакуационной обстановкой в данном соединении. Штабно-организационная структура медико-санитарного батальона и средства хирургического усиления вышестоящих санитарных начальников позволяют нам всю хирургическую работу производить в войсковом тылу. И мы стоим именно на этом принципе и требуем, чтобы первичная обработка ран посредством скальпеля, как правило, проводилась в войсковом тылу. Означает ли это, что наше требование должно всегда и всюду выполняться в полном объеме? Нет, не означает. Я уже говорил о том, что объем работы определяется и боевой деятельностью войск.

Например, в подвижной обороне, при выходе из окружения, из боя, очень часто хирургическую работу в войсковом тылу придется сводить к жесткому минимуму, придется прибегать к быстрой эвакуации в район ГОПЭП или ГБА для первичной хирургической обработки. Следовательно, и здесь схему нужно рассматривать как педагогический прием в руках преподавателя, начальника, а не как источник принятия решения о лечебно-эвакуационном обеспечении войска.

Задачи санитарной службы Красной Армии изложены в первой главе пособия. Успешное выполнение этих задач в огромной доле зависит от работы личного состава войскового тыла, от его медицинской грамотности и знания военно-санитарного дела. В основу штабно-организационной структуры санитарной службы и санитарной тактики положены принципы наиболее полного восстановления сил и здоровья бойцов для быстрейшего возвращения их в строй. Эти принципы полностью соответствуют тем патристическим чувствам, которыми обычно охвачены раненые бойцы Красной Армии, стремящиеся возвратиться в действующую армию для дальнейшей борьбы с врагами советского народа. Как показал боевой опыт санитарной службы Красной Армии, основная смертность из числа санитарных потерь имеет место именно в войсковом тылу, в звене рота — батальон — полк — дивизия. Анализ причин этой смертности путем патологоанатомических вскрытий свидетельствует о том, что большой процент этой смертности объясняется острой потерей крови, анемией жизненно важных органов. Следовательно, первой из главных задач личного состава санитарной службы войскового тыла, начиная с ротного санитаря и кончая руководящим хирургом медико-санитарного батальона, является своевременная и медицински грамотная борьба с острыми кровотечениями.

Второй из главных задач медицинского состава войскового тыла является борьба с инфекцией огнестрельных ран путем правильного наложения асептической повязки в ротном или батальонном районе и своевременного хирургического вмешательства в течение 4—8 часов после ранения на МСБ или в полевом госпитале.

У личного состава войск, в том числе и у медицинского состава, необходимо воспитать сознание о вреде смены повязок без показаний. Смена повязок должна производиться только в случаях, когда к этому имеются медицинские показания, и, как правило, при ревизии раны с первичной хирургической обработкой.

Твердо должна быть усвоена необходимость введения профилактических сывороток, иммобилизации поврежденных конечностей, запреще-

ния наложения глухого первичного шва без паличия жизненных показаний.

Успешная борьба в войсковом тылу с острым кровотечением и инфекцией огнестрельных ран до минимума сократит смертность и инвалидность среди санитарных потерь, а следовательно, увеличит процент возвращения в строй, а это и есть главная задача санитарной службы Красной Армии.

Начальник Санитарного управления Красной Армии
дивврач *Е. И. Смирнов*

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Предисловие</i>	3
<i>Глава I. Основные задачи санитарной службы Красной Армии и особенности ее работы в военное время</i>	9
Тактика санитарной службы	11
Система этапного лечения	13
Современные средства поражения и виды медицинской помощи . .	16
Основные вопросы хирургической работы в войсковом тылу . . .	19
Противохимическая защита	20
Противоэпидемическая оборона	21
<i>Глава II. Основы боевой деятельности войск</i>	24
Организация войскового тыла	29
<i>Глава III. Санитарная служба стрелковой роты</i>	35
Обязанности санитаров и санитарного инструктора стрелковой роты	36
Средства санитарной службы стрелковой роты	37
Санитарное обеспечение роты в походном порядке	38
Санитарное обеспечение наступательного боя роты	41
Санитарное обеспечение роты в обороне	47
Санитарное обеспечение роты при выходе из боя	48
Санитарное обеспечение стрелковой роты в охранении	49
Санитарное обеспечение стрелковой роты в разведке	49
Выполнение заданий по санитарной разведке	50
<i>Глава IV. Санитарная служба стрелкового батальона</i>	52
Средства санитарной службы батальона	52
Управление и связь в работе санитарного взвода батальона	53
Пост санитарного транспорта	53
Общая характеристика работы санитарного взвода батальона . . .	55
Санитарное обеспечение батальона на марше	57
Санитарное обеспечение батальона в наступлении	58
Санитарное обеспечение наступления батальона при преодолении водной преграды	61
Санитарное обеспечение батальона в обороне	63
Санитарное обеспечение выхода из боя	66
<i>Глава V. Санитарная служба стрелкового полка</i>	68
Организация и средства	68
Управление и связь старшего врача полка	70
Составление плана санитарного обеспечения	72
Полковой медицинский пункт	79
Санитарно-воспитательная работа	90

Организация амбулаторной и стационарной медицинской помощи	90
Организация медицинской помощи населению	92
Порядок снабжения медицинским имуществом	93
Пополнение запасов других видов имущества	95
Санитарное обеспечение перевозок стрелкового полка по железной дороге и автотранспортом	96
Санитарное обеспечение походного движения стрелкового полка	97
Санитарное обеспечение наступательного боя полка	99
Санитарное обеспечение полка в обороне	101
Глава VI. Санитарная служба стрелковой дивизии	101
Средства санитарной службы стрелковой дивизии	104
Медико-санитарный батальон	104
Дивизионный медицинский пункт	105
Войсковой подвижной госпиталь	113
Порядок эвакуации легко раненых и больных	115
Составление плана лечебно-эвакуационного обеспечения дивизии	119
Санитарная разведка и противоэпидемические мероприятия	125
Санитарное обеспечение стрелковой дивизии в походном движении	126
Санитарное обеспечение дивизии в наступлении	129
Санитарное обеспечение стрелковой дивизии в обороне	133
Глава VII. Особенности санитарного обеспечения специальных родов войск	138
Санитарное обеспечение частей военно-воздушных сил. Военврач I ранга <i>П. Б. Берлин</i>	138
Особенности санитарного обеспечения летной части <i>П. Б. Берлин</i>	140
Особенности санитарного обеспечения наземной базы <i>П. Б. Берлин</i>	143
Санитарное обеспечение парашютных и авиационных десантов. Военврач I ранга <i>П. Б. Берлин</i>	146
Санитарное обеспечение танковых войск	151
Санитарное обеспечение артиллерийских частей	157
Санитарное обеспечение конницы	159
Глава VIII. Санитарное обеспечение действий войск в особых условиях	163
Ночные действия войск	163
Санитарное обеспечение действий войск в горах	164
Действия войск в лесах	166
Санитарное обеспечение действий войск зимой	168
Санитарное обеспечение действий войск в пустынных местностях	171
Санитарное обеспечение десантных действий войск	172
<i>Приложения</i>	175
Схемы ПМП, ДМП, ВПГ составлены военврачом I ранга С. М. Багдасарьян. Стр. 83, 114 и 130.	

Глава I

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ КРАСНОЙ АРМИИ И ОСОБЕННОСТИ ЕЕ РАБОТЫ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ

Санитарная служба призвана сохранять живую силу Красной Армии и этим способствовать ее победам. Во всех мероприятиях санитарной службы Красной Армии отражается сталинская забота о живом человеке; санитарная служба активно участвует в оздоровлении труда и быта бойца и командира.

В мирное время, когда основой деятельности всех родов войск Красной Армии является боевая подготовка, санитарная служба всесторонне участвует в этой подготовке. Она проводит лечебно-профилактические и противоэпидемические мероприятия, занимается санитарным воспитанием бойца и командира и интенсивно готовится к выполнению задач военного времени.

По сравнению с работой мирного времени задачи санитарной службы в военное время вырастают не только количественно, но и качественно.

Можно считать практически доказанным, что с ростом военной техники и усовершенствованием средств поражения значительно возросла тяжесть боевых травм (поражения огнестрельным оружием, энергетическими и химическими средствами борьбы). Следовательно, санитарная служба должна применять наиболее эффективные способы лечения боевых травм, использовать последние достижения науки и достигнуть наиболее совершенных форм организации лечебной помощи, чтобы в наиболее короткий срок и с наилучшим результатом восстанавливать боеспособность раненых, возвращать бойцов в ряды их частей.

Весьма серьезной задачей санитарной службы является также организация эвакуации раненых и больных; последняя тесно связана с организацией лечебной помощи.

Значительно повышается также объем и значение массовых противоэпидемических мероприятий, направленных к предупреждению заразных заболеваний.

Нельзя ни на минуту забывать, что вся сумма работ санитарной службы и каждое ее мероприятие в отдельности направлены к единственной и важнейшей цели — к достижению победы Красной Армии.

Поэтому каждое, даже незначительное мероприятие приобретает огромный смысл и значимость в общей системе укрепления обороноспособности и мощи нашей армии, а малейший промах, ошибка или организационный недочет перерастают в крупный ущерб для общего дела.

Задачи санитарной службы не только велики, но и почетны: нам доверится самое ценное — человеческая жизнь; это доверие нужно уметь оправдать.

Начальник Санитарного управления Красной Армии дивврач Смирнов так определяет основные задачи санитарной службы в военное время:

1. Не менее 75% из числа пораженных в бою возвратить в кратчайшие сроки обратно на фронт.

2. Свести к минимуму смертность из числа санитарных потерь на этапах санитарной эвакуации.

3. Максимально уменьшить число инвалидов среди пораженных в бою.

4. Не допустить возникновения эпидемических заболеваний.

Выполнение весьма ответственных и больших задач играет исключительно важную роль в системе обороны социалистического государства.

Чтобы должным образом их выполнить, нужна истощающая, разносторонняя подготовка всех звеньев санитарной службы снизу доверху; нужно работать, не покладая рук, над практической подготовкой наших кадров, над совершенствованием оснащения и снабжения санитарной службы, над уточнением и развитием методики действий санитарной службы в боевой обстановке.

Особое значение приобретают эти вопросы теперь, когда все больше разгорается пожар второй империалистической войны, когда усложняется международная обстановка.

Перед нами поставлена задача добиться победы «малой кровью»: ни одна жизнь в бою не должна быть затрачена напрасно и ни одна возможность сберечь драгоценную жизнь бойца Красной Армии не должна быть упущена.

Эта ответственная и почетная задача будет выполняться всеми командирами, политработниками, начальниками и всем составом санитарной службы Красной Армии.

Статистический материал прошлых войн показывает, что от четкости и организованности работы санитарной службы зависит сохранение сотен тысяч человеческих жизней.

Во время первой империалистической войны санитарная служба французской армии, считавшаяся лучшей, добилась возвращения в строй 75% всех раненых.

Во время боев с белофиннами санитарная служба достигла весьма высоких показателей, повысив процент раненых бойцов, возвращенных в строй через короткий срок с полным восстановлением боеспособности.

В войне с кровавым фашизмом Советская страна предъявляет еще более высокие требования к санитарной службе. Лучшая в мире армия должна иметь и лучшую санитарную службу. При современном состоянии медицинской науки она должна и может добиться восстановления боеспособности максимально большого числа раненых.

Успешность работы санитарной службы определяется принципиально новым, чем в капиталистических армиях, отношением к бойцу — строителю и защитнику коммунистического общества.

Сталинская забота о человеке, о сохранении его здоровья проявляется во всех без исключения действиях начальствующего состава, а также и в организации и использовании санитарной службы.

Десятки тысяч квалифицированных медицинских работников, лучшие лечебные учреждения нашей страны, огромные материальные ресурсы — все это будет служить интересам обороны Советского Союза. Однако, чтобы достигнуть той мобилизационной готовности, которой требует наш мудрый вождь и учитель товарищ Сталин, необходима повседневная тщательная военно-санитарная подготовка людей, учреждений и материально-технических средств.

Придавая большое значение организационной работе, маршал Советского Союза товарищ Ворошилов указывает: «Нам нужен высококвалифицированный врач. Вместе с тем он должен обязательно обладать и качествами организатора, который в сложных условиях военной обстановки умел бы не только лечить, но и правильно организовать все сложное дело санитарного обслуживания войск; не только лечить бы людей, но и умел бы о них заботиться, знал, как это нужно делать».

Умение правильно использовать имеющиеся ресурсы обеспечивает хорошую организацию медицинской помощи в боевой обстановке, и, наоборот, неумелое руководство и неправильная расстановка сил могут грозить гибелью сотням человеческих жизней даже там, где есть полная возможность их спасти.

Поэтому для каждого работника санитарной службы вопросы организации приобретают особую важность и заслуживают специального изучения.

Тактика санитарной службы

В понятие тактики санитарной службы входит правильная оценка боевой обстановки, учет всех обстоятельств, могущих повлиять на ход работы, знание сил и средств, которые могут быть брошены на выполнение поставленной задачи, правильный выбор наиболее важных объектов, на которых должны быть сконцентрированы наши усилия. Решение, принимаемое на основе учета всех указанных выше моментов, является тактическим решением.

В основе каждого решения по санитарному обеспечению боевых действий должно лежать осуществление четырех задач (о которых было сказано выше) в условиях данной конкретной обстановки. Для достижения этого необходимо четкое управление санитарной службой, а также правильная расстановка и использование ее сил и средств (маневр санитарными средствами). Из этих понятий складывается определение тактики санитарной службы как учения об управлении и маневре силами и средствами санитарной службы, обеспечивающими боевые действия войск.

Если проанализировать комплекс вопросов, разбираемых тактикой санитарной службы, то из них легко можно выделить два основных момента, влияющих на принимаемое решение: а) оценку сложившейся обстановки (характер боевых действий, местность, имеющиеся ресурсы) и б) выполнение специальных мероприятий (например, при оказании хирургической помощи раненым, при проведении противоэпидемических мероприятий и т. д.), соответствующих современному состоянию науки.

Совершенно очевидно, что решение санитарного начальника строится на основе синтеза отдельных выводов; прибегая к несколько грубой аналогии, это решение можно сравнить с действиями врача у постели больного (сначала определение отдельных симптомов заболевания, затем синтез этих симптомов в виде диагноза болезни и, наконец, принятие решения о необходимом лечении).

Подобная аналогия допустима лишь до известных пределов, потому что в санитарно-тактическом решении приходится оценивать и взвешивать самые различные моменты.

Задача изучения тактики санитарной службы состоит в том, чтобы научиться принимать правильное решение, научиться правильно тактически мыслить, чтобы в данной тактической обстановке уметь наилучшим образом организовать оказание медицинской помощи пораженным в бою.

Освоение тактики санитарной службы возможно лишь на основе практического знания всех мероприятий, выполняемых в боевых условиях.

Эти мероприятия являются содержанием ряда научных дисциплин, неразрывно связанных с тактикой санитарной службы. К ним в первую очередь относятся военно-полевая хирургия, санитарно-химическая защита, военная эпидемиология, военная гигиена, знание оснащения и снабжения санитарной службы.

Эти дисциплины тесно связаны с тактикой санитарной службы. В боевой обстановке нельзя осуществить, например, мероприятия по санитарно-химической защите войск в отрыве от санитарно-тактических построений. Точно так же тактическое решение по санитарному обеспечению войск, принятое без учета требований полевой хирургии (в отношении медицинской помощи раненым), санитарно-химической защиты (в условиях применения противником средств химической борьбы) или военной эпидемиологии, будет необоснованным и неправильным. Особо следует отметить связь санитарной службы с военно-полевой хирургией. Без знакомства с основами этой дисциплины, без знания хирургической организации армии медицинский работник не будет в состоянии принимать правильные санитарно-тактические решения. Поэтому правильное понимание положений тактики санитарной службы заключается в учете всего комплекса вопросов и в умении избрать всесторонне обоснованный способ действий.

Не следует думать, что тактика санитарной службы (как и тактика войск) есть собрание готовых схем и рецептов, пригодных для всех случаев боевой действительности.

Положения тактики санитарной службы дают лишь общее направление работникам этой службы; чем детальнее изучена обстановка, чем

более обоснованы сделанные выводы, тем правильнее будет и решение. Хотя бы оно и отличалось от общей схемы, принятой для подобных случаев.

Тактика санитарной службы не может оставаться стабильной на протяжении многих лет потому, что она тоже подчинена общим законам развития. С каждым годом растет и совершенствуется вооружение, вводятся новые средства нападения и защиты, расширяются средства поражения, изменяется тактика войск, совершенствуется организация тыла, обеспечивающего войска всем необходимым для боевой деятельности. Эти изменения отражаются на системе санитарного обеспечения войск.

Меняется не только обстановка боевой работы санитарной службы, но и характер мероприятий по отношению к отдельно взятому раненому или больному: санитарная служба обязана в своей работе применять новейшие испытанные методы лечения и профилактики.

Из изложенного следует, что в основу санитарного обеспечения войск должна быть положена система, отвечающая современному уровню тактики и вооружения войск и обеспечивающая вместе с тем использование наиболее эффективных средств лечения и профилактики. Возможность применения последних обеспечивается соответствующим воспитанием и подготовкой личного состава санитарной службы, кадром и запасом Красной Армии, достаточным и высококачественным материально-техническим оснащением и постоянным совершенствованием тактических положений санитарной службы.

Система этапного лечения

На данном этапе развития изложенным выше требованиям отвечает принятая в Красной Армии система этапного лечения с эвакуацией по назначению.

В основу этой системы положены следующие принципиальные положения:

1. Каждый раненый¹ в бою или больной должен быть обеспечен своевременной медицинской помощью (своевременность медицинской помощи).
2. Оказание медицинской помощи раненым в бою и больным органически связано с мероприятиями по удалению их из боевой зоны (санитарная эвакуация).
3. Медицинская помощь раненым в бою и больным оказывается санитарными учреждениями, на которые одновременно возлагается санитарная эвакуация (этапы санитарной эвакуации)².

Примечания редактора.

¹ Под ранеными понимаются все получившие поражения от различных боевых средств противника: ранения, контузии, поражения отравляющими веществами, ожоги и т. п. Однако при специальных медицинских донесениях все эти категории должны показываться отдельно, в соответствии с формами донесений.

² Силы и средства санитарной службы, развернутые на оборудованном участке местности для оказания медицинской помощи, лечения и эвакуации, образуют этап санитарной эвакуации.

4. В боевой обстановке медицинская помощь расчленяется и распределяется в определенной последовательности между санитарными учреждениями, и каждое из них имеет определенный в данной обстановке объем работы и уровень квалификации оказываемой помощи. Все эти учреждения (этапы санитарной эвакуации) обязательно должны иметь постоянную связь между собой и дополнять друг друга в оказании медицинской помощи, в которой нуждается каждый раненый в бою или больной (преимущественность медицинской помощи).

5. По отношению к каждому раненому в бою или больному, прибывающему в данное санитарное учреждение, принимается определенное решение.

Это решение должно отвечать на вопросы: в какой именно медицинской помощи нуждается данный раненый (больной); в какой мере эта помощь может быть оказана данным учреждением (пунктом медицинской помощи, госпиталем); требуется ли немедленная госпитализация данного раненого; куда должен быть направлен после оказания медицинской помощи данный больной или раненый; какими средствами и в каком положении (пешком, сидя, лежа) он должен быть в дальнейшем эвакуирован.

На основе таких индивидуальных решений происходит деление на группы всех контингентов, прибывающих на данный этап санитарной эвакуации [по очередности, характеру и объему необходимой медицинской помощи; по определению места, куда должен быть эвакуирован раненый (больной) для дальнейшей медицинской помощи или лечения; по способу транспортировки].

Этот процесс, обязательный для каждого этапа санитарной эвакуации, носит название сортировки.

6. Этапы санитарной эвакуации располагаются в тылу войск с эшелонированием их в глубину; по мере удаления данного этапа санитарной эвакуации от полосы непосредственного соприкосновения с противником степень оказываемой медицинской помощи возрастает.

Эвакуация каждого раненого или больного должна строиться прежде всего на медицинских показаниях, которые в свою очередь вытекают из состояния здоровья лица, подлежащего эвакуации.

Так, например, после операции раненый нуждается в помещении на стационарное лечение ввиду наличия угрожающих явлений (ослабление сердечной деятельности, значительная кровопотеря и т. п.). В этом случае единственно правильным решением будет немедленное помещение данного раненого в ближайшее учреждение, которое может обеспечить необходимое ему стационарное лечение. Наоборот, ошибочным и угрожающим жизни раненого было бы в данном случае решение об эвакуации его на далекое расстояние, хотя бы там и находился такой этап санитарной эвакуации, который мог бы обеспечить раненому лучшие условия ухода и лучшую медицинскую помощь, чем ближайший.

Нужно твердо уяснить, что только эвакуация, основанная на принципе индивидуальной оценки состояния раненого или больного, увязанная неразрывным образом со своевременной госпитализацией раненого, может считаться отвечающей современным требованиям.

Эвакуация раненых производится в те санитарные учреждения, где им по характеру ранения могут быть обеспечены необходимая помощь

и лечение, минуя промежуточные этапы санитарной эвакуации (эвакуация по назначению).

Медицинская помощь в боевых условиях должна быть построена так, чтобы при наиболее полном обслуживании каждого раненого в бою она в то же время охватывала весь без исключения контингент пуждающихся в помощи.

Даже весьма простое само по себе мероприятие, как например, перевязка, в связи с массовостью таких случаев и кратким сроком для проведения его становится весьма сложным, требующим организованности и правильной расстановки сил.

Первостепенное значение имеет вопрос о сроках оказания необходимой медицинской помощи. От этого часто зависит сохранение жизни и работоспособности бойца.

Например, при каждом ранении одной из наиболее серьезных угроз является раневая инфекция. Известно, что раневую инфекцию можно предотвратить, если вскоре после ранения (в течение первых 6—12 часов) раненому будет оказана квалифицированная врачебная, в первую очередь хирургическая, помощь.

Отсюда возникает требование о максимальном приближении квалифицированной помощи во времени.

Практически можно решить этот вопрос двумя путями: либо непосредственно приблизить к линии боя соответствующие медицинские пункты, либо организовать надежную и быструю доставку раненого на тот медицинский пункт, где ему будет обеспечено все необходимое.

Крайне важно, чтобы каждый раненый в бою или больной был эвакуирован именно на тот этап санитарной эвакуации, где он сможет получить необходимую ему медицинскую помощь и быстро восстановить здоровье, что имеет первостепенное значение для обеспечения боеспособности армии. Это важно и для самого раненого или больного бойца, который в этом случае избавляется от излишних передвижений и ожиданий.

Система этапного лечения с эвакуацией по назначению, сочетая оказание медицинской помощи, устанавливает известную зависимость между тяжестью поражения (заболевания) и глубиной расположения в тылу того этапа санитарной эвакуации, на котором данный раненый или больной получит медицинскую помощь, соответствующую тяжести поражения.

Легко раненый, для восстановления боеспособности которого достаточно лечения в течение нескольких дней, получит необходимую ему помощь в ближайшем санитарном учреждении войскового тыла. Тяжело раненого, которому необходимо длительное специальное лечение и уход, не будут задерживать в войсковом тылу, а направлять в одно из специальных лечебных учреждений глубокого тыла.

Совершенно очевидно, какое огромное значение имеет такая поставка санитарного обеспечения для современных войск и в особенности для нашей Красной Армии, каждый боец которой является квалифицированным специалистом; чем скорее он займет вновь свое место в строю, тем полнее и быстрее будет обеспечена победа над противником.

Современные средства поражения и виды медицинской помощи

Боевые потери в современной войне вызываются разнообразными средствами поражения, которые можно свести к механическим, химическим, энергетическим и биологическим.

Наиболее распространены механические средства поражения, причем до двух третей всех поражений дает огнестрельное оружие: ружейно-пулеметный, артиллерийский огонь и т. д. Характер огнестрельных ранений в современной войне значительно изменился по сравнению с теми соотношениями, которые наблюдались во время войн XIX и начала XX столетия.

Тогда (например, во время русско-японской войны 1904—1905 гг.) преобладающий процент ранений относился к ранениям пулевым (до 70—75%) и лишь небольшое число ранений относилось к осколчатым (результат разрыва артиллерийских снарядов, ручных и ружейных гранат, мин).

Войны последних лет показали обратное соотношение: преобладают осколчатые огнестрельные ранения, что легко объясняется большим насыщением современных армий артиллерией, минометами, использованием гранат и действиями бомбардировочной авиации.

Происхождение большинства огнестрельных ранений тесно связано с их характером, степенью тяжести и размером причиняемых организму разрушений. Осколчатые ранения, преобладающие в современной войне, почти всегда связаны с наличием большой зоны повреждения и с возможностью развития раневой инфекции.

Химические вещества к концу первой империалистической войны являлись причиной поражений в одной трети случаев.

С тех пор химическая промышленность непрерывно развивается, и, несмотря на существование международных договоров, осуждающих применение химических средств, капиталистические страны не отказываются от их применения.

Красная Армия применит средства химического нападения лишь в том случае, если наши враги применят их первыми против нас. К химическим веществам относят отравляющие вещества (ОВ), дымообразующие вещества (ДВ) и зажигательные вещества (ЗВ).

К энергетическим средствам поражения относят применение электрического тока (например, электризация проволочных заграждений) и разного рода световых и звуковых волн, о которых имеются сведения в литературе капиталистических стран.

Распространение среди бойцов и животных заразных заболеваний является биологическим средством поражения, которое буржуазными специалистами считается «самым дешевым». Возбудители большинства заразных заболеваний известны, свойства их хорошо изучены и применение культур заразных микробов, по их мнению, не составляет труда. Этот способ известен под названием «бактериальной войны».

Метод бактериальной войны таит в себе огромную угрозу распространения эпидемической волны на территорию, население и войска применившей этот метод. Поэтому до настоящего времени со стороны буржуазных государств еще не было попыток использовать этот метод в широком масштабе.

Боевая обстановка заставляет нас расчленить медицинскую помощь раненым в бою или больным на ряд отдельных мероприятий.

Основным видом первой помощи является самопомощь (оказание помощи самому себе) и взаимопомощь (оказание помощи товарищу).

Для само- и взаимопомощи пользуются индивидуальными перевязочными и противохимическими пакетами и средствами.

Во времени само- и взаимопомощи наиболее близки к моменту ранения; от того, насколько правильно она оказана, в ряде случаев зависит сохранение жизни и здоровья раненого в бою. Поэтому важнейшими задачами санитарной службы являются обучение каждого бойца и командира правильному использованию имеющихся у него индивидуальных средств и безотказное снабжение ими в должном количестве.

Доврачебная помощь на поле боя раненому в бою оказывается лицами младшего и среднего медицинского состава (санитарный инструктор, фельдшер). Эти лица, работающие непосредственно в подразделениях частей, должны оказать раненому первую медицинскую помощь в пределах своих возможностей (что определяется обстановкой, степенью специальной подготовленности и имеющимся оснащением).

При этом необходимо помнить следующее:

а) доврачебная помощь раненому должна быть оказана немедленно и в любых условиях боевой обстановки;

б) доврачебная помощь должна предотвратить имеющуюся угрозу для жизни раненого, защитить его от возможности вторичного ранения и обеспечить принятие мер к наиболее быстрому оказанию необходимых видов врачебной помощи.

Первую врачебную помощь врач оказывает на наиболее приближенных к войскам медицинских пунктах. Понятие неотложности играет решающую роль в определении объема оказываемой медицинской помощи; огромное влияние на объем помощи оказывает также боевая обстановка.

Врач, работающий на медицинском пункте, располагает обычно вполне достаточным количеством инструментов, приборов, медикаментов и перевязочных средств в виде портативных комплектов. Однако далеко не во всех случаях приходится использовать все это оснащение. Врач полкового пункта оказывает раненому в бою необходимую неотложную медицинскую помощь в пределах своих возможностей. В порядке сортировки принимает решение, ведущее к наиболее быстрому и надежному обеспечению раненого необходимой квалифицированной врачебной помощью.

На объем медицинской помощи на данном пункте решающее влияние оказывает количество людей, которые должны быть обеспечены медицинской помощью. При значительном количестве раненых и необходимости обеспечить медицинской помощью всех раненых в короткий срок нельзя тратить много времени на то, чтобы оказать законченную медицинскую помощь одному раненому (например, произвести сложную хирургическую операцию); ведь в то же самое время останутся необслуженными остальные раненые, нуждающиеся в помощи.

Поэтому вопрос о возможности и объеме хирургического вмешательства на передовых этапах санитарной эвакуации решается всегда и д

вид у а л ь н о в отношении каждого раненого с целью выполнить именно то, что необходимо для предотвращения грозящей ему опасности.

Врач в бою не только сам оказывает медицинскую помощь, но и непосредственно руководит подчиненным ему медицинским персоналом.

К в а л и ф и ц и р о в а н н у ю в р а ч е б н у ю п о м о щ ь оказывают врачи-специалисты на дивизионных (бригадных) медицинских пунктах и в госпиталиях. На этих этапах санитарной эвакуации имеются лучшие условия для работы, обеспечивающие возможность полнее использовать знания и опыт специалистов и имеющееся оснащение. Однако и здесь объем оказываемой медицинской помощи зависит от количества поступающих на данном отрезке времени раненых и от характера боевых действий.

К в а л и ф и ц и р о в а н н у ю в р а ч е б н у ю п о м о щ ь также необходимо приближать во времени к моменту ранения: результаты бывают тем лучше, чем раньше оказана помощь. Поэтому при выборе места для учреждений, оказывающих эту помощь, всегда необходимо предусматривать оба момента: приближение помощи во времени и создание таких условий, которые необходимы для полного развертывания работы этих этапов санитарной эвакуации.

Понятие о квалифицированной медицинской помощи неразрывно связано с организацией стационарного лечения в тех случаях, когда в этом есть необходимость. Без этого утрачивается эффективность и значение квалифицированной медицинской помощи.

Пр и м е р. На дивизионном медицинском пункте раненому в живот произведена лапаротомия. Если после этой операции раненый не остается в условиях стационара с должным уходом и врачебным наблюдением, ему грозит гибель, особенно в случае длительной перевозки, сопровождающейся тряской, толчками и т. п.

Значит, если после правильно произведенной операции лапаротомии врач принял явно неправильное решение об эвакуации данного раненого, то тем самым он свел к нулю все значение выполненной квалифицированной медицинской помощи и не решил основных задач, поставленных перед санитарной службой.

Взаимная связь между понятиями о квалифицированной медицинской помощи и стационарном лечении, разумеется, применима также и к тем этапам санитарной эвакуации, основной функцией которых является стационарное лечение (госпитали). Каждый прибывший в госпиталь раненый или больной, нуждающийся в квалифицированной медицинской помощи, должен немедленно ее получить.

Все перечисленные выше виды медицинской помощи только в том случае дают нужный результат, если они взаимно друг друга дополняют, т. е. если каждый последующий этап санитарной эвакуации в отношении данного раненого в бою или больного выполняет все то, что не мог сделать предыдущий этап и что вполне осуществимо в обстановке работы данного учреждения. Последующий этап дополняет, но ни в коем случае не повторяет по отношению к данному раненому или больному те мероприятия, которые уже сделали раньше и повторения не требуют.

Взаимодействие этапов санитарной эвакуации гарантирует раненому всю полноту мероприятий медицинской помощи и может быть графиче-

ски изображено в виде кругов, наложенных друг на друга крайними сегментами (рис. 1).

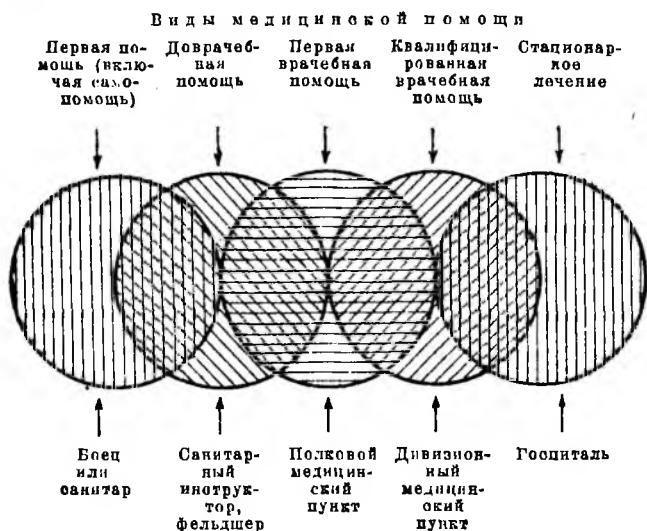


Рис. 1. Схема взаимодействия различных видов медицинской помощи.

Это взаимодействие обеспечивается основным документом, сопровождающим раненого в бою или большого медицинской карточкой передового района (рис. 43).

Основные вопросы хирургической работы в войсковом тылу

Войсковому врачу придется оказывать помощь раненым в любых условиях боевой деятельности.

Не углубляясь в рассмотрение всей этой многогранной и сложной работы (поскольку она составляет предмет военно-полевой хирургии), следует отметить здесь несколько наиболее существенных задач.

Своевременная правильная остановка кровотечения является первой важнейшей задачей.

Каждое, даже сравнительно простое мероприятие в этой области (тампонада, наложение жгута) требует особого внимания врача, так как часто здесь допускают грубые ошибки, угрожающие жизни и здоровью раненого.

Каждый санитар должен уметь наложить жгут, когда он показан, но вместе с тем каждый случай наложения жгута должен быть проверен врачом. Только путем тщательной и быстрой проверки можно избежать кровопотери или повреждения нервных стволов, что может произойти вследствие неправильного наложения жгута.

Опыт работы санитарной службы испанской республиканской армии так же, как и опыт санитарного обеспечения боев у озера Хасап, показал, что жгутом злоупотребляют. Жгут необходимо накладывать лишь тогда, когда все другие средства недействительны.

виду а л ь н о в отношении каждого раненого с целью выполнить именно то, что необходимо для предотвращения грозящей ему опасности.

Врач в бою не только сам оказывает медицинскую помощь, но и непосредственно руководит подчиненным ему медицинским персоналом.

К в а л и ф и ц и р о в а н н у ю в р а ч е б н у ю п о м о щ ь оказывают врачи-специалисты на дивизионных (бригадных) медицинских пунктах и в госпиталях. На этих этапах санитарной эвакуации имеются лучшие условия для работы, обеспечивающие возможность полнее использовать знания и опыт специалистов и имеющееся оснащение. Однако и здесь объем оказываемой медицинской помощи зависит от количества поступающих на данном отрезке времени раненых и от характера боевых действий.

Квалифицированную врачебную помощь также необходимо приближать во времени к моменту ранения: результаты бывают тем лучше, чем раньше оказана помощь. Поэтому при выборе места для учреждений, оказывающих эту помощь, всегда необходимо предусматривать оба момента: приближение помощи во времени и создание таких условий, которые необходимы для полного развертывания работы этих этапов санитарной эвакуации.

Понятие о квалифицированной медицинской помощи неразрывно связано с организацией стационарного лечения в тех случаях, когда в этом есть необходимость. Без этого утрачивается эффективность и значение квалифицированной медицинской помощи.

Пр и м е р. На дивизионном медицинском пункте раненому в живот произведена лапаротомия. Если после этой операции раненый не остается в условиях стационара с должным уходом и врачебным наблюдением, ему грозит гибель, особенно в случае длительной перевозки, сопровождающейся тряской, толчками и т. п.

Значит, если после правильно произведенной операции лапаротомии врач принял явно неправильное решение об эвакуации данного раненого, то тем самым он свел к нулю все значение выполненной квалифицированной медицинской помощи и не решил основных задач, поставленных перед санитарной службой.

Взаимная связь между понятиями о квалифицированной медицинской помощи и стационарном лечении, разумеется, применима также и к тем этапам санитарной эвакуации, основной функцией которых является стационарное лечение (госпитали). Каждый прибывший в госпиталь раненый или больной, нуждающийся в квалифицированной медицинской помощи, должен немедленно ее получить.

Все перечисленные выше виды медицинской помощи только в том случае дают нужный результат, если они взаимно друг друга дополняют, т. е. если каждый последующий этап санитарной эвакуации в отношении данного раненого в бою или больного выполняет все то, что не мог сделать предыдущий этап и что вполне осуществимо в обстановке работы данного учреждения. Последующий этап дополняет, но ни в коем случае не повторяет по отношению к данному раненому или больному те мероприятия, которые уже сделаны раньше и повторения не требуют.

Взаимодействие этапов санитарной эвакуации гарантирует раненому всю полноту мероприятий медицинской помощи и может быть графиче-

ски изображено в виде кругов, наложенных друг на друга крайними сегментами (рис. 1).

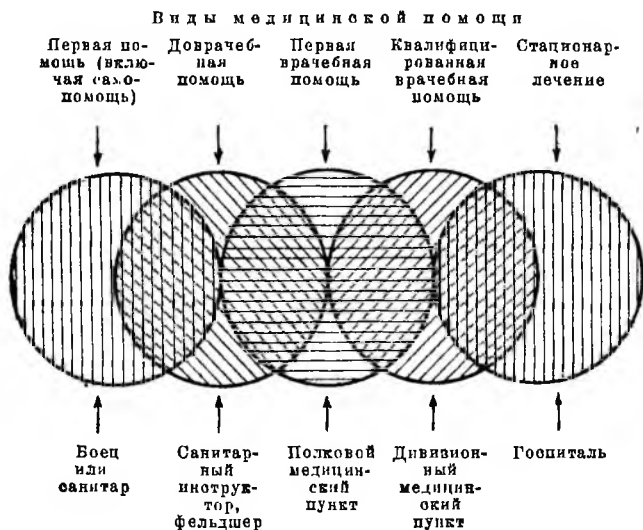


Рис. 1. Схема взаимодействия различных видов медицинской помощи.

Это взаимодействие обеспечивается основным документом, сопровождающим раненого в бою или больного медицинской карточкой передового района (рис. 43).

Основные вопросы хирургической работы в войсковом тылу

Войсковому врачу придется оказывать помощь раненым в любых условиях боевой деятельности.

Не углубляясь в рассмотрение всей этой многогранной и сложной работы (поскольку она составляет предмет военно-полевой хирургии), следует отметить здесь несколько наиболее существенных задач.

Своевременная правильная остановка кровотечения является первой важнейшей задачей.

Каждое, даже сравнительно простое мероприятие в этой области (тампопада, наложение жгута) требует особого внимания врача, так как часто здесь допускают грубые ошибки, угрожающие жизни и здоровью раненого.

Каждый санитар должен уметь наложить жгут, когда он показан, но вместе с тем каждый случай наложения жгута должен быть проверен врачом. Только путем тщательной и быстрой проверки можно избежать кровопотери или повреждения нервных стволов, что может произойти вследствие неправильного наложения жгута.

Опыт работы санитарной службы испанской республиканской армии так же, как и опыт санитарного обеспечения боев у озера Хасап, показал, что жгутом злоупотребляют. Жгут необходимо накладывать лишь тогда, когда все другие средства недействительны.

Предупреждение раневой инфекции — вторая важнейшая задача.

Предупредить массовое развитие раневой инфекции можно в первую очередь приближением квалифицированной медицинской помощи к раненому, своевременной хирургической обработкой раны. Чем раньше будет оказана эта помощь раненому, тем больше шансов на предотвращение инфекции раны. Следовательно, это соображение должно определять выбор места для развертывания медицинских пунктов, а также систему выноса и вывоза раненых.

Широкое применение профилактического введения противостолбнячной и противогангренозной сыворотки также имеет большое значение.

Правильное применение иммобилизации при переломах — третья важнейшая задача.

Статистические данные последних войн указывают на преобладание ранений конечностей (до 70% всех ранений). Резко повысился также по сравнению с прошлыми войнами процент огнестрельных переломов. Если при этом учесть боевую обстановку, в которой раненому оказывается медицинская помощь, учесть переноску и перевозку раненого на сравнительно дальние расстояния, то роль иммобилизации становится вполне очевидной. При этом должны быть использованы самые простые, портативные и надежные иммобилизационные приспособления (шины). Необходимо так подготовить санитарного инструктора и фельдшера, чтобы правильное наложение шины при переломах прочно вошло в обиход оказываемой доврачебной помощи.

Предупреждение травматического шока и борьба с уже появившимися его симптомами тоже представляют собой важную задачу. На первом месте стоит согревание раненого (горячий чай, алкоголь, одеяла).

Войсковой врач должен также уделить внимание и переливанию крови, которое следует применять возможно шире. Важно также оберегать раненого от толчков при переноске или перевозке.

Эти основные задачи оказания помощи раненым ни на момент не должны ускользать из сферы внимания санитарного начальника. Каждый войсковой врач должен уметь правильно решать их в любой обстановке и научить этому своих подчиненных.

Противохимическая защита

Основные тактические свойства химического оружия — внезапность и массовый характер воздействия на противника — выдвигают на первый план необходимость постоянной готовности санитарной службы к развертыванию мероприятий по противохимической защите, помощи пораженным ОВ и их лечению.

Нет и не может быть ни одного санитарного учреждения, ни одного этапа санитарной эвакуации, который, помимо оказания медицинской помощи раненым, не располагал бы всем необходимым для выполнения мероприятий противохимической защиты и помощи пораженным ОВ.

Эти мероприятия состоят в следующем:

1. Каждый этап санитарной эвакуации должен располагать всем необходимым, чтобы защитить находящихся на его попечении раненых и больных от действия ОВ, а также защитить свой личный состав.

Поэтому мероприятия по противохимической защите готовятся и проводятся наравне с другими мероприятиями обороны и защиты против наземного и воздушного нападения (ПВО, ПТО).

2. На каждом этапе санитарной эвакуации всегда должны иметься средства помощи пораженному ОВ: кислород, специальные комплекты, растворы для нейтрализации ОВ.

Элемент времени в противохимической защите играет решающую роль: помощь пораженному ОВ, оказанная в первые минуты после поражения, принесет ему во много раз больше пользы, чем высококвалифицированная, но запоздавшая помощь. Поэтому каждое санитарно-тактическое решение должно предусматривать вопросы противохимической защиты и обеспечить полную готовность для оказания помощи также пораженным ОВ.

Мероприятия противохимической защиты проводятся санитарной службой в тесном взаимодействии с органами химической службы.

Санитарная служба принимает активное участие в химической подготовке войск: ее обязанность — научить оказывать самопомощь и взаимопомощь при поражении ОВ путем использования индивидуального противохимического пакета и подручных средств.

Дезгазация пораженного ОВ бойца и всего, с чем он соприкасается (обмундирование, снаряжение, оружие, транспорт), обеспечивается химической и санитарной службой. При этом дезгазацию кожи и слизистых оболочек выполняет санитарная служба, а дезгазацию обмундирования, оружия и пр. — химическая служба.

Все звенья санитарной службы должны быть подготовлены к определению ОВ в воде и продуктах. Химическая служба со своей стороны определяет наличие ОВ в воздухе и на поверхности земли и принимает меры к уничтожению следов ОВ.

Умелыми и своевременными мероприятиями санитарный инструктор роты может предупредить развитие угрожающего поражения ОВ. Не меньшее значение имеет в этом отношении четкость и организованность работы батальонных и полковых медицинских пунктов.

Дивизионные медицинские пункты, войсковые подвижные госпитали также обязаны в любое время оказывать первую помощь при поражениях ОВ, которые могут быть и в тылу.

Противоэпидемическая оборона

В условиях боевой обстановки первостепенное значение имеют меры противэпидемической обороны.

Этим термином мы обозначаем всю сумму предупредительных мероприятий, проводимых в войсках и среди населения, включая мероприятия по ликвидации возникших инфекционных заболеваний и по предупреждению их дальнейшего распространения.

На примере прошлых войн легко убедиться, что людские потери армий от заболеваний были значительно выше, чем от ранений в боях. Из наиболее близкого прошлого следует вспомнить эпидемию паразитарных тифов 1919—1921 гг., потери от которых были значительно больше, чем потери от наседавших со всех сторон белогвардейских банд.

Внимательный анализ причин возникновения и распространения этих

эпидемий устанавливает, что эти причины вполне устранимы и возможность успешной борьбы с возникновением эпидемий вполне реальна.

В самом деле, в результате твердо и последовательно проводимой системы мероприятий по ликвидации вшивости всегда исчезают заболевания паразитарными тифами; тщательный санитарный надзор за питанием, водоснабжением и размещением войск гарантирует нас полностью от возникновения острых желудочно-кишечных заболеваний.

Однако нельзя допускать беспечности и упрощенчества в понимании задач противоэпидемической обороны.

В развернувшейся второй империалистической войне возможно использование умирающим капитализмом наиболее грозного вида оружия — средств бактериальной войны.

В связи с этим нужно твердо усвоить, что применение противником средств бактериальной войны не сможет увенчаться успехом при наличии стройной, повседневно проводимой системы мероприятий противоэпидемической обороны.

Должная постановка санитарной разведки, всесторонняя и своевременная информация каждого санитарного начальника об эпидемиологическом состоянии войск и населения, быстрота и точность распознавания появляющихся случаев заболеваний — важнейшие условия этой системы. Нет и не может быть такой обстановки, которая не требовала бы постоянной санитарной разведки. Данные этой разведки и санитарно-эпидемиологического наблюдения должны освещать санитарное состояние окружающей войска среды, а следовательно, эти данные всегда будут являться исходными для противоэпидемических и предупредительных мероприятий.

Санитарный надзор, вникающий во все детали труда и быта войск, является важной составной частью системы мероприятий по противоэпидемической обороне.

Устранение факторов, могущих неблагоприятно влиять на отдельных бойцов и на весь коллектив, является задачей санитарного надзора. Сюда входит надзор за водоснабжением и питанием, за условиями размещения, за соблюдением правил личной гигиены, за состоянием обуви, обмундирования и снаряжения.

Каждый работник санитарной службы, осуществляющий санитарный надзор, должен помнить, что на нем лежит ответственность за здоровье обслуживаемых бойцов и командиров. Вот почему в этой области особенно недопустимо формальное отношение к делу, примиренчество по отношению к замеченным ненормальностям санитарного состояния и пассивность в принятии предупредительных мер.

Чтобы проводимые противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия дали нужные результаты, необходимо располагать исчерпывающими данными, характеризующими личный состав данной части.

Пример. Правильную борьбу с распространением малярии можно вести, лишь зная всех носителей малярийных плазмодиев, располагая данными их точного учета и начиная свои мероприятия с лечения и обезвреживания маляриков.

Опыт показывает, что распространение тех или иных заболеваний всегда является результатом неполного или непоследовательного прове-

чения предупредительных мероприятий. Поэтому четкое, быстрое и энергичное проведение всех мер, направленных к предупреждению и ликвидации заболеваний, является основой системы. В любой обстановке, при любых масштабах и условиях действий войск санитарный начальник обязан организовать и настойчиво проводить соответствующие профилактические мероприятия, предохранительные прививки, противомаларийные и противовенерические мероприятия и требовать своевременного санитарно-врачебного обслуживания.

Если появились заразные заболевания, нельзя медлить и ограничиваться полумерами. Все силы и средства должны быть брошены на ликвидацию эпидемического очага для полного его уничтожения. При этом нужно иметь в виду, что противоэпидемические мероприятия, проводимые только в войсках, не дадут должного результата; этими мероприятиями в равной мере должно быть охвачено соприкасающееся с войсками местное население, и только в этом случае действия могут считаться целеустремленными и правильными.

Основой всей системы предупредительных и противоэпидемических мероприятий является высокий общекультурный уровень и санитарная подготовленность бойца и командира Красной Армии.

Путем санитарного воспитания бойца и командира Красной Армии мы приобретаем наиболее мощное и действенное оружие для предупреждения эпидемических заболеваний.

Г л а в а II

ОСНОВЫ БОЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОЙСК

Боевые действия Красной Армии будут иметь целью полный разгром противника и достижение решительной победы малой кровью.

Единственное средство для достижения победы есть бой. Наступательный бой есть основной вид действий Красной Армии.

Быть всюду сильным нельзя. Победа достигается решительным превосходством над противником на главном направлении. Поэтому подавляющая часть сил и средств в наступательном бою применяется на направлении главного удара, причем взаимодействие всех родов войск является основным условием успеха в бою. Пехота является главным родом войск. Она выполняет главную роль в бою. Взаимодействие всех родов войск организуется в интересах пехоты.

Своим решительным продвижением в наступлении и упорным сопротивлением в обороне пехота в тесном взаимодействии с артиллерией, танками и авиацией решает исход боя.

В полном соответствии с приведенными уставными положениями о роли пехоты в бою строится и ее санитарное обеспечение.

Стрелковые части и соединения обладают наиболее мощными санитарными учреждениями и средствами. На эти санитарные учреждения в ряде случаев базируются также части других родов войск, ведущие бой во взаимодействии с пехотой.

К огневым средствам пехоты относятся: станковый пулемет, ручной пулемет, винтовка, ружейная граната, ручная граната.

Особое значение в последнее время приобрели ручные гранаты как мощное средство ближнего боя («карманная артиллерия»); использование ручных гранат, ружейно-пулеметного огня и штыкового удара при переходе в атаку придает особую мощь удару живой силой, который наносит противнику пехота.

Кроме того, пехота вооружена минометами и противотанковыми пушками.

Успех боя пехоты зависит от умелого применения ею движения, огня и их сочетания — маневра; высокая маневренность действий пехоты характерна для современного боя.

Наибольшую эффективность в бою дают действия пехоты в сочетании с другими родами войск; это тактическое правило имеет свое отражение в организации стрелковых частей и соединений Красной Армии.

Стрелковые части включают в свой состав артиллерию, подразделения связи, инженерные и др.

Батальон состоит из рот; роты делятся на взводы, а последние в свою очередь состоят из отделений.

Стрелковый полк состоит из трех батальонов; несколько стрелковых полков составляют дивизию, включающую в себя, кроме того, ряд специальных частей других родов войск (артиллерия, танковые части, инженерные войска, войска связи) и службы.

Несколько дивизий объединяются в один стрелковый корпус.

«Типовой стрелковый корпус Красной Армии представляет собой довольно внушительную единицу: он имеет около 60 000 бойцов и соответствующее артиллерийское, танковое и прочее вооружение со всевозможными средствами обслуживания и автотранспорт» (Ворошилов).

Войска могут действовать в резервном, походном и боевом порядке.

Походный порядок, принимаемый войсками при передвижении к назначенному пункту или району, не исключает вместе с тем постоян-

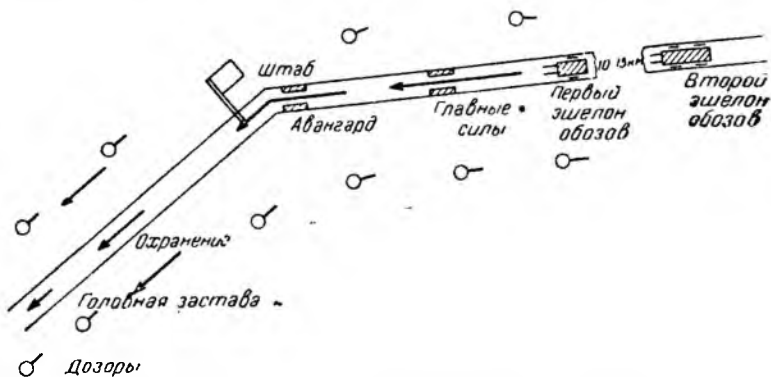


Рис. 2. Походный порядок стрелкового полка.

ной готовности отразить нападение противника: при встрече с противником войска развертываются в боевой порядок.

Походное движение (марш) совершается войсками с соблюдением мер предосторожности, так как в любой момент можно ожидать нападения противника с земли или с воздуха.

Поэтому необходимыми мерами боевого обеспечения походного движения являются заблаговременная высылка разведки по маршруту движения и меры противотанковой (ПТО) и противовоздушной обороны (ПВО), а также противохимической защиты (ПХЗ).

В целях наилучшего боевого обеспечения и наибольших удобств развертывания походный порядок стрелковых войск состоит из разведки, головных застав, дозоров, подвижного охранения, авангарда, главных сил, первого эшелона обозов, второго эшелона обозов (рис. 2).

Войсковые части, одновременно двигающиеся по одной и той же дороге и объединяемые общим командованием, составляют колонну.

В походную колонну стрелковых войск обязательно включается артиллерия, причем часть артиллерии включается в состав авангарда, а часть — в состав главных сил.

Принятые нормы походного движения пехоты следующие:

- а) скорость движения в час — 4 км, при облегчении нагрузки бойцов — 5 км. Предельная дистанция броска для подразделений не свыше батальона с облегченной нагрузкой — до 8 км в течение одного часа;
- б) после 50 минут движения дается 10 минут отдыха (малый привал);
- в) нормальный суточный переход — 32 км;
- г) после половины перехода обычно дается 2—3 часа отдыха (большой привал).

При движении ночью скорость движения обычно уменьшается, и большого привала не бывает.

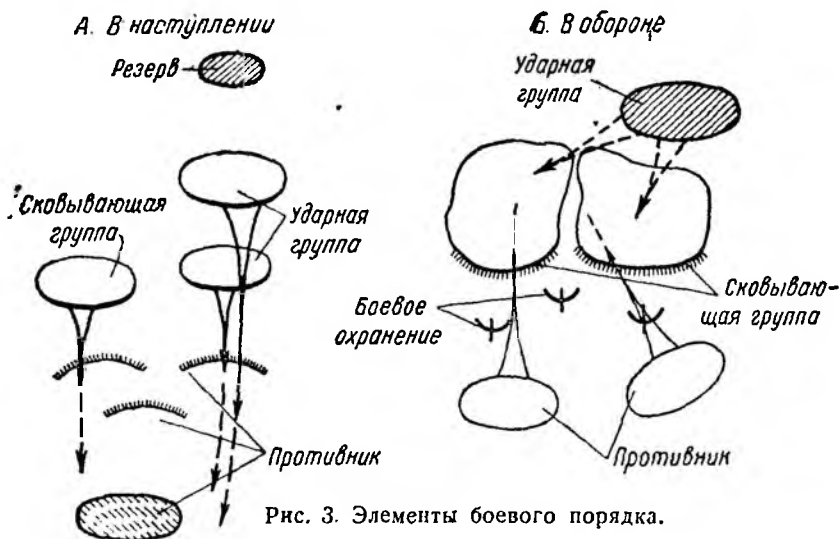


Рис. 3. Элементы боевого порядка.

В целях ускорения прибытия войск в назначенный район часто практикуется переброска их на автомашинах или смешанный вид походного движения, при котором часть назначенного пути покрывается пешим переходом, часть — переброской на автомашинах.

Боевой порядок строится соответственно принятому командованием решению и состоит из ударной и сковывающей группы и резерва (последний выделяется не во всех случаях боя) (рис. 3).

В наступательном бою ударная группа осуществляет основную часть принятого командованием решения, действует на решающем направлении и состоит обычно из двух или более эшелонов. Каждый из этих эшелонов получает в бою самостоятельную задачу, причем последующий эшелон углубляет и развивает успех идущего впереди.

Основой боевых действий является маневр: обход, охват, прорыв (рис. 4); в своем маневре пехота сочетает огневую мощь с ударом живой силой.

Сковывающая группа в наступательном боевом порядке получает задачу действовать на второстепенном направлении, отвлекая внимание противника от направления главного удара.

В обороне боевой порядок состоит из тех же элементов, но с иным значением каждого из них. Сковывающей группе здесь ставится

задача не допустить проникновения противника вглубь оборонительной полосы, отразив его атаки перед передним краем обороны. Ударная группа в обороне получает задание разгромить противника внутри оборонительной полосы, если ему удастся прорвать передний край обороны.

Особое положение занимает **встречный бой**, который представляет собой непосредственный переход от походного порядка к боевому. Поскольку во встречном бою элемент неожиданности занимает значительное место, боевому разлерживанию здесь уделяется минимум времени, войска вступают в бой непосредственно с марша, решающую роль играет захват инициативы и правильная оценка сил и действий противника.

Современный бой мыслится только как поражение противника во всю глубину его расположения, достигаемое взаимодействием пехоты с другими родами войск.

Артиллерия и танки в наступательном бою готовят и облегчают продвижение атакующей пехоты; по мере продвижения пехоты артиллерийский огонь переносится вглубь расположения обороны противника, подавляет действие его огневых точек, разрушает укрепления, противодействует танкам противника, препятствует переходу резервов. Аналогичную задачу выполняют танки, ведущие борьбу с танками противника; они подавляют его огневые точки и таким образом облегчают выполнение задачи, поставленной перед пехотой.

Непосредственное участие в бою принимает также **штурмовая и бомбардировочная авиация**, подавляющая своим огнем сопротивление противника, громящая его тыл, штабы, резервы и коммуникации.

Артиллерия из всех наземных родов войск обладает наибольшей мощностью и дальностью огня; в современном бою артиллерии придается исключительное значение.

Огонь артиллерии действует против огневых средств, живой силы и авиации противника, разрушает укрепления, расчищает путь наземным войскам в наступлении и преграждает путь врагу в обороне.

Артиллерия применяется во всех без исключения видах и случаях боя.

Артиллерийским вооружением располагают и другие роды войск: танки, броневые автомобили, бронепоезда, авиация.

Передвижение артиллерии производится посредством конной или тракторной тяги или на прицепе к танкеткам; имеется также ряд типов самоходных орудий, смонтированных вместе с двигающим их мотором.

Количество и качество артиллерии, выполняющей на данном направлении задачу поддержки наступающей пехоты или ведущей борьбу с танками противника, или громящей тылы и резервы противника, во

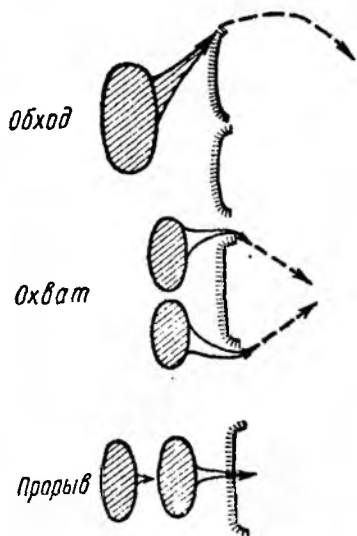


Рис. 4. Виды маневра.

многим определяют успешность боя. Там, где мощь артиллерийского огня значительно выше огневой мощи противника, следует рассчитывать на выполнение войсками поставленной им боевой задачи с наименьшими людскими потерями.

Поэтому каждый санитарный начальник обязан знать и учитывать в своих соображениях по санитарному обеспечению войск наличие артиллерии и характер выполняемых ею задач. Кроме того, санитарное обеспечение участвующей в бою артиллерии во всех случаях должно быть организовано с учетом особенностей ее боевой работы.

Конница сильна своей гибкостью, подвижностью, огневой мощью и большой ударной силой. Конница способна решать любые боевые задачи, действуя как в конном, так и в пешем строю.

Внезапность нанесения удара противнику, стремительность и большой радиус действия являются особо ценными боевыми качествами конницы. Эти качества усиливаются при боевом применении крупных масс конницы совместно с бронетанковыми войсками.

В полном соответствии с этими боевыми качествами конницы должно находиться ее санитарное обеспечение в бою: от санитарной службы кавалерийских частей требуется особая подвижность, умение всюду поспевать за действиями конницы, гибкость и маневренность в работе.

Коннице, как и бронетанковым частям, в целях облегчения их действий разрешается базироваться в отношении санитарной эвакуации на находящиеся поблизости общевойсковые санитарные учреждения.

Бронетанковые войска сильны сочетанием высокой подвижности, проходимости, мощного огня, большой силы удара и защищенности от огня противника.

Основной задачей танков является непосредственная поддержка пехоты и прокладывание ей пути наступления.

Вместе с тем крупные соединения танков могут самостоятельно решать задачи не только тактического, но и стратегического масштаба.

Во всех видах боя танки совместно с артиллерией облегчают пехоте выполнение ее боевой задачи.

Авиация является могущественным средством поражения живой силы и технических средств противника, уничтожения его авиации и разрушения важных объектов.

По назначению, вооружению и лётно-техническим данным авиация делится на боевую, разведывательную и вспомогательную.

В состав боевой авиации входит истребительная, предназначенная для уничтожения авиации противника, защиты с воздуха всех видов своих войск и важных объектов в тылу (во взаимодействии с зенитной артиллерией) и для обеспечения боевых действий своей авиации; дальняя бомбардировочная, которая преследует цели разрушения важных для противника объектов (военные заводы, железнодорожные пункты и станции, склады, аэродромы и самолеты в них и т. д.); ближняя бомбардировочная, задача которой — поражение и уничтожение войск, штабов и средств управления противника, его морских и речных сил, авиации противника на аэродромах и базах и т. д.; штурмовая, поражающая своим огнем живую силу. авиацию и материальные средства противника на поле боя и в тылу.

Разведывательная авиация ведет воздушную разведку в оперативной глубине и в глубоком тылу противника. Войсковая авиация выполняет разведку, наблюдение, корректирование артиллерийского огня и т. д.

К вспомогательной авиации относится транспортная, санитарная и т. д.

Базой для действия авиации являются аэродромы; санитарная служба авиации здесь развертывает свою деятельность по санитарному обеспечению боевых действий авиации.

Непосредственно связаны с использованием авиации парашютные десантные войска, действия которых в тылу противника имеют целью разгром штабов, дезорганизацию подвоза к войскам противника, уничтожение складов, путей сообщения и транспортов и в конечном счете деморализацию войск противника.

Специальные войска — противовоздушные, инженерные, химические, связи, автомобильные, санитарные, транспортные и др., обеспечивают в разных отношениях боевую деятельность и жизнь войск. Разнообразие и сложность средств борьбы делают невозможным ведение современного боя без постоянного содействия специальных войск.

Военно-морской флот ведет самостоятельные операции против военно-морского флота и морских сообщений противника. Он обеспечивает свои войска от нападения с моря, оказывает войскам в прибрежной полосе непосредственное содействие высадкой в тыл противника десантов и огнем с моря по войскам и укреплениям противника. Войска, действующие совместно с флотом, должны быть готовы к десантным и противодесантным операциям, а санитарная служба — к санитарному обеспечению их.

Организация войскового тыла

«Превращение авиации в решающий род войск, усовершенствование химических средств войны, возможное использование инфекционных микробов и пр. — все это по существу опрокидывает самое представление о «фронте» и «тыле» в старом понимании этого слова» (М. В. Фрунзе «На новых путях»).

Это указание великого пролетарского полководца, сделанное свыше 15 лет назад, с каждым годом все больше оправдывается.

«Безопасный тыл» перестал существовать в современных условиях; наоборот, отдаленные от границ населенные пункты подвергаются бомбардировке и нападению авиации противника даже тогда, когда дело еще не дошло до серьезных столкновений наземных войск или одновременно с этим. Населенные пункты в тылу страны становятся излюбленным объектом для налетов авиации (примеры бомбардировки городов республиканской Испании, воздушная война между Германией и Англией). Тем не менее тыл как понятие о необходимом элементе обороны страны и обеспечения военных действий продолжает существовать.

В этот термин вкладывается теперь новое содержание, охватывающее всю промышленную, сельскохозяйственную, транспортную деятельность страны, мобилизованную для нужд обороны и дающую армии все необходимое для одержания победы над врагом.

В этом смысле значение хорошо работающего тыла для обороноспособности страны неизмеримо возросло; соответственно усложнились усло-

вия работы тыла, его защиты и обеспечения нормальной его деятельности от всяких покушений врагов.

Не ставя задачей изучение огромных экономических проблем работы всего тыла страны, ограничимся рассмотрением основ деятельности войскового тыла, непосредственно соприкасающегося с войсками. Общие положения о тыле, высказанные выше, сохраняют свою силу и для войскового тыла. Бесперебойная работа войскового тыла является неотъемлемым условием успешной боевой деятельности войск. Тыл чрезвычайно часто становится объектом нападения воздушных и наземных сил противника.

Войска в боевой обстановке требуют самого разнообразного обеспечения и обслуживания. Необходим подвоз боеприпасов, продовольствия и фуража, горючего для машин, необходимы санитарная эвакуация раненых и больных, ветеринарная эвакуация, пополнение различного рода имущества взамен израсходованного, вывоз трофейного имущества и имущества, нуждающегося в ремонте, и т. д. Эти функции выполняются различными службами, которые координируют свою деятельность в общей системе организации тыла. Общее управление войсковым тылом осуществляется штабами войсковых частей и соединений по указаниям командования; в крупных штабах имеются специальные отделы управления тылом, на обязанности которых лежит согласование действий различных служб по обеспечению войск.

В содержание понятия «войсковой тыл» включаются:

а) понятие об органах, учреждениях и войсковых частях, осуществляющих обеспечение войск всем необходимым для их боевой деятельности;

б) понятие о территории, на которой упомянутые части и учреждения организуют свою работу.

Санитарная служба развертывает свою деятельность в общей системе тыла и должна соответствовать общей организации тыла.

По масштабу выполняемой работы и по территориальному признаку вся система тыла делится следующим образом (рис. 5).

1. **Войсковой тыл**, состоящий в свою очередь из: а) района полкового тыла (глубина 8—12 км) и б) района дивизионного тыла (без полкового) глубиной при моторизованном транспорте 40—50 км, а при конном транспорте — не более 30 км.

2. **Армейский тыл.**

3. **Фронтвой тыл.**

Основой строения тыла являются пути сообщения, по которым производятся подвоз и эвакуация. Первостепенное значение в организации тыла приобретает характер этих путей, удобство их для движения различных видов транспорта и протяженность их.

Наиболее мощным и удобным для всякого рода перевозок видом транспорта является железнодорожный (речной). Железнодорожный транспорт (пути, станции, железнодорожные узлы), правда, сильно уязвим с воздуха; при наступлении и продвижении боевого порядка войск восстановление разрушенных железнодорожных путей не всегда успевает за темпом продвижения, и поэтому удаление войск от железнодорожных путей возрастает.

За последние годы огромное значение в обеспечении боевой деятель-

Воинской тыл. общая глубина около 40-60 км

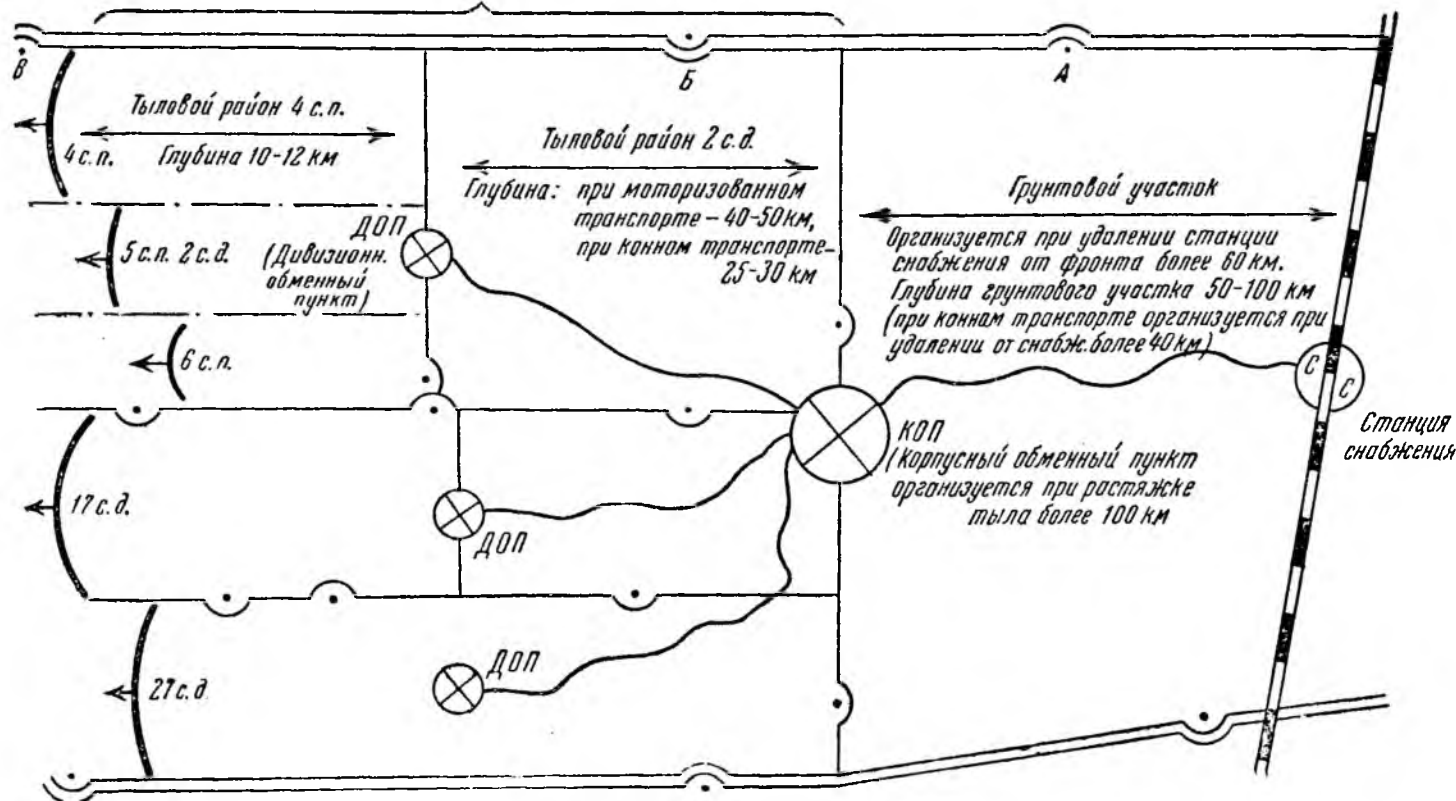


Рис. 5. Схема организации тыла,

ности войск приобрели автоперевозки, обладающие рядом достоинств: быстрота перевозок, возможность скрытого от наблюдения противника движения, сравнительно меньшая зависимость от причиненных противником повреждений путей.

Уже во время первой империалистической войны автоперевозки получили огромное развитие. Автомобили используются как для перевозки войсковых частей и соединений на значительные расстояния (выигрыш времени, сбережение людской энергии), так и для перевозки всего необходимого войскам и для эвакуации.

Моторизация коснулась в значительной степени и санитарной службы; во французской армии к концу 1918 г. автомобильные санитарные отряды насчитывались сотнями. К тому же времени действовавшие в Европе экспедиционные силы армии США располагали свыше чем 3 000 автосанитарных машин при непрерывно продолжавшемся их пополнении.

Постепенное вытеснение конной тяги мотором в общей сумме санитарно-транспортных средств, работающих в войсковом тылу, оказало существенное влияние на систему санитарной эвакуации.

Вместе с тем нужно отметить, что железнодорожные (речные) перевозки в работе тыла продолжают иметь решающее значение в ходе подвоза и эвакуации.

Чем ближе к войскам тот пункт железнодорожных или водных путей сообщения (станция снабжения), до которого возможен подвоз этими видами транспорта для данного соединения, тем легче обеспечить своевременный подвоз и эвакуацию.

Наоборот, чем большее расстояние отделяет станцию снабжения от войск, тем большее количество автомобильного, тракторного и гужевого транспорта требуется для того, чтобы обеспечить войска всем необходимым.

Соответственно изложенному выше делению тыла на районы в каждом из них организуются подвоз и эвакуация. Район, где при подвозе происходит передача грузов с одного транспорта на другой, называется обменным пунктом. Например, грузы, доставленные со станции снабжения в дивизию, везут до определенного района, где передают дивизионному транспорту. Этот район называется корпусным обменным пунктом (КОП). Район передачи грузов с дивизионного или армейского транспорта на полковой называется дивизионным обменным пунктом (ДОП).

Тыловой район полка ограничивается с фронта боевой линией войск, с флангов — границами с соседями, с тыла — тыловой границей с вышестоящим соединением.

Подвоз всего необходимого для обеспечения частей из глубины расположения к ДОП производится транспортом дивизии; на ДОП происходит встреча этих транспортов с полковым транспортом и передача последнему назначенных для полка грузов.

В целях удобства и рассредоточения могут создаваться отдельные обменные пункты для подвоза боеприпасов (ДОП артиллерийский) и для подвоза продовольствия и фуража (ДОП военно-хозяйственный).

Движение транспортов происходит по графику, установленному штабами.

Тыловой район дивизии может иметь различную глубину в зависимо-

сти от насыщения дивизии транспортными средствами (при конном транспорте не более 30 км, при моторизованном — до 40—50 км).

В глубину этот район простирается до станции снабжения (если удаление последней не превышает уставные нормы) или до линии корпусных обменных пунктов (КОП).

Корпусные обменные пункты разворачиваются в тех случаях, когда дивизии из-за значительного удаления их не могут своевременно подвозить своими средствами все необходимое со станции снабжения.

Функции КОП и их деление аналогичны тем, которые были указаны для дивизионных обменных пунктов. Подвоз к району расположения КОП производится средствами грунтового участка; грузы передаются здесь прибывающим дивизионным транспортом.

Грунтовой участок. Для подвоза войскам от станции снабжения и, наоборот, для эвакуации до станции снабжения организуется грунтовой участок. Грунтовым участком называется полоса местности, идущая от станции снабжения к войскам, особо оборудованная, организованная, с расположенными на ней тыловыми учреждениями (частями).

Грунтовой участок обслуживает, как правило, войсковое соединение не менее корпуса.

Он организуется при расположении станции снабжения от фронта более чем на 60 км при моторизованном транспорте и более чем на 40 км при конном транспорте в дивизиях.

Эксплуатация грунтового участка (подвоз, эвакуация, регулирование движения, связь) возлагается на дорожно-эксплуатационный полк (ДЭП), командир которого одновременно является начальником грунтового участка армейского тыла (НГУ).

Полоса граничит с фронта с войсковым тылом, с флангов — с грунтовыми участками соседних корпусов, с тыла — со станцией снабжения.

Подвоз грузов до КОП по грунтовому участку производится средствами, находящимися в распоряжении начальника грунтового участка (НГУ) подчиняется командиру корпуса и работа планируется штабом корпуса), а также придаваемыми армейскими средствами усиления.

Направляемые в войска грузы получают со станции снабжения, на которой разворачиваются головные склады по основным видам снабжения (артиллерийский, продовольственный, горючего, инженерный, связи и т. д.).

В составе грунтовых путей сообщения, используемых грунтовым участком, избирается основной маршрут, предназначенный для следования пополнений к войскам.

По этому маршруту разворачивается цепь этапов, которые предназначены для управления движением, для отдыха и обслуживания передвигающихся контингентов.

Армейский тыл имеет своей осью железнодорожные (водные) пути сообщения между станциями снабжения (СС) и распорядительной станцией (РС), выбираемой обычно из числа крупных узловых станций железной дороги.

Этот отрезок железнодорожных путей сообщения, используемый для подвоза к войскам и эвакуации, носит название специального железнодорожного участка и подчиняется особым правилам эксплуатации.

Глубина армейского тыла изменяется в зависимости от обстановки и характера путей сообщения; распорядительная станция граничит с фронтовым тылом.

Во время боевых действий работа тыла становится особенно напряженной; наиболее интенсивно при этом загружаются пути в направлении, ведущем из глубины тыла к войскам («фронту»). Обратный же рейс транспортов всякого рода, уже разгрузившихся и возвращающихся на обменные пункты или станции снабжения за новой нагрузкой, остается мало использованным.

Это обстоятельство используется санитарной службой для эвакуации легко раненых или больных, которые не нуждаются в специальном санитарном транспорте, и в тех случаях, когда последнего не хватает для выполнения этих задач.

Приспосабливая обратное движение порожняка к местам развертывания этапов санитарной эвакуации и обеспечивая обменные пункты развертыванием специальных санитарных учреждений (в тех случаях, когда это необходимо), санитарная служба достигает:

а) уменьшения загрузки специального санитарного транспорта, который тем самым используется только для раненых и больных, нуждающихся в нем по состоянию здоровья;

б) обеспечения полноценного обслуживания легко раненых и больных квалифицированной медицинской помощью.

Таким образом достигается рациональное использование средств санитарной службы.

Глава III

САНИТАРНАЯ СЛУЖБА СТРЕЛКОВОЙ РОТЫ

Помощь раненому в бою должна быть не только оказана технически правильно, но и по времени максимально приближена к моменту ранения.

Быстрая и умелая помощь, оказанная находившимся поблизости санитаром или фельдшером, имеет огромное значение для морального состояния раненого. Большой статистический материал времен первой империалистической войны указывает, что клиническое течение и исход ранений, при которых первая помощь была оказана правильно и своевременно, были наиболее благоприятными.

Можно сказать, не боясь впасть в преувеличение, что правильная организация первой помощи раненым бойцам определяет высокий процент восстановления здоровья, допущенные же здесь ошибки трудно исправить в процессе последующего лечения.

Отсюда ясно огромное значение данного звена санитарной службы.

Вместе с тем именно здесь встречаются наибольшие организационные трудности. Оказание первой помощи раненому бойцу происходит в условиях действия ружейно-пулеметного огня противника. Часто боевая обстановка не дает даже возможности безопасно приблизиться к раненому; между тем это нужно сделать, не теряя времени, чтобы спасти жизнь бойца.

Как правило, оказание помощи здесь происходит в условиях большой подвижности боевого порядка (исключения наблюдаются лишь в длительной обороне).

Оказание первой помощи бойцу в роте лежит па рядовом и младшем составе санитарной службы (санитар, санитарный инструктор). Эти работники, выполняя свою трудную и почетную задачу, должны при этом пользоваться самым минимальным, портативным техническим оснащением, так как иначе будет скована их подвижность и они не смогут во-время подоспеть к раненому бойцу.

Все указанные трудности легко преодолеть при правильно организованной работе санитарной службы роты и при условии обучения каждого бойца приемам само- и взаимопомощи.

Каждый боец должен владеть перевязочным пакетом первой помощи и противохимическим пакетом так же хорошо, как и другими частями своего вооружения: вилптовкой, противогазом, лопатой.

Необходимым условием является умелая расстановка сил ротного звена санитарной службы, оказание помощи и непрерывное руководство им,

а также воспитание каждого санитаря и санитарного инструктора, преданного партии Ленина — Сталина и своей родине, хорошо знающего свое дело и готового в любой момент проявить героизм при выполнении своих обязанностей.

Обязанности санитаров и санитарного инструктора стрелковой роты

Войсковые санитары входят в состав подразделений стрелковой роты, батальона, полка. Санитары состоят также в штате лечебных учреждений (госпиталей, медико-санитарных рот, батальонов и дивизионов).

В составе санитарной службы имеются также специальные подразделения санитаров, предназначенные для выноса раненых с поля боя (санитары-носильщики).

Санитары, таким образом, являются рядовым составом санитарной службы и в тех случаях, когда они объединяются в подразделение (например, санитарное отделение стрелковой роты, отделение санитаров-носильщиков), во главе подразделения находится лицо младшего начальствующего состава санитарной службы — санитарный инструктор.

Санитар должен обладать высокими моральными качествами, сознавать ответственность своей работы и свой долг, обладать хладнокровием, мужеством и находчивостью. Для надлежащего выполнения своих обязанностей санитар должен быть физически крепким, выносливым и ловким.

Санитар должен отлично знать свое дело и постоянно совершенствоваться в нем. От санитаря, непосредственно соприкасающегося в своей работе с бойцами, требуется чуткое, внимательное отношение к каждому бойцу и особо бережное отношение к раненому или больному бойцу, порученному его заботам.

Санитар должен уметь:

а) оказать первую помощь при ранениях, ожогах, обморожениях, тепловом ударе;

б) переносить раненых на носилках и без носилок на любой местности, в любых климатических условиях и в любое время суток, не демаскируя раненого и себя;

в) производить погрузку раненых и больных на санитарно-транспортные средства, устраивать простейшие приспособления для удобства при транспортировке раненых и больных;

г) выполнять по указанию своего непосредственного начальника мероприятия по охране здоровья бойцов и предупреждению распространения заразных заболеваний;

д) осуществлять уход за ранеными и больными.

При действиях части в походном порядке ротные санитары находятся при взводах, ведут наблюдение за выполнением гигиенических правил на марше и находятся в постоянной готовности к оказанию медицинской помощи раненым в случае встречи с наземным или воздушным противником.

Действия части в боевом порядке связаны с выполнением санитарями своей основной, важнейшей задачи.

Ротные санитары в бою:

а) находятся по указанию санитарного инструктора при взводах; наблюдают, не ранен ли кто-либо из бойцов или командиров;

б) при ранении кого-либо из бойцов или командиров подползают к раненому и всеми доступными способами оттаскивают его за ближайшее укрытие, где оказывают ему необходимую и возможную помощь;

в) указывают раненым, могущим двигаться без посторонней помощи, наиболее безопасный и близкий путь к ближайшему медицинскому пункту; если раненый не может двигаться самостоятельно, заботятся о том, чтобы поместить его за ближайшим укрытием от огня противника;

г) указывают подходящим звеньям санитаров-носильщиков, где именно находятся раненые, подлежащие выносу в первую очередь;

д) при длительном нахождении в обороне осуществляют по указаниям санитарного инструктора надзор за санитарным состоянием оборонительных сооружений, за снабжением бойцов доброкачественной питьевой водой и за соблюдением правил личной гигиены бойцами.

Ротные санитары во всех отношениях подчиняются санитарному инструктору, который является командиром санитарного отделения и вместе с тем осуществляет задачи охраны здоровья и организации медицинской помощи в масштабе своей роты.

Исходя из этих предпосылок, санитарный инструктор роты обязан:

а) осуществлять в своей роте мероприятия по охране здоровья и предупреждению заразных заболеваний, руководствуясь уставом внутренней службы и специальными указаниями командира санитарного взвода батальона;

б) в боевых условиях оказывать доврачебную помощь раненым и больным лично и через подчиненных ему санитаров роты в пределах, допускаемых боевой обстановкой и оснащением;

в) обеспечивать своевременную доставку раненых на ближайший медицинский пункт, используя для этой цели звенья санитаров-носильщиков; раненых, могущих двигаться самостоятельно, направлять по наиболее короткому и безопасному пути на медицинский пункт;

г) следить за наличием у бойцов своей роты индивидуальных перевязочных и противохимических пакетов и пополнять это наличие в случае недостачи перед боем, истребуя необходимое через командира санитарного взвода батальона; таким же порядком следить за наличием положенного содержимого в санитарных сумках и пополнять недостающее.

Санитарный инструктор стрелковой роты подчиняется непосредственно командиру роты, а по специальной службе — командиру санитарного взвода батальона (фельдшеру).

Средства санитарной службы стрелковой роты

Стрелковая рота имеет в своем составе санитарного инструктора (он же — командир санитарного отделения роты) и санитаров.

Оснащение санитарного отделения стрелковой роты состоит из сумки санитарного инструктора и сумок санитаров.

Ротным санитарам носилки не положены, так как им приходится большей частью работать в условиях подвижности боевого порядка; носилки здесь могли бы только сковать работу санитаров. В особых случаях носилки могут быть выданы в роты из запаса, имеющегося в полку.

Средства, имеющиеся в сумках санитаров и санитарного инструктора, позволяют им оказывать на месте доврачебную помощь раненому: наложить повязки, остановить кровотечения, простейшую иммобилизацию конечности при переломе.

Сумка санитарного инструктора несколько отличается от сумки санитаров своим содержанием.

Будучи более подготовленным, санитарный инструктор может оказать раненому или больному медицинскую помощь, которую не в состоянии оказать ему санитар.

Санитарное обеспечение роты в походном порядке

В целях сохранения сил бойцов санитарный инструктор роты перед выступлением в поход заблаговременно обязан выделить больных, не могущих следовать за ротой; проверить наличие у бойцов роты перевязочных и противохимических пакетов и пополнить недостающие; осмотреть снаряжение, обувь и ноги бойцов. При этом он должен проверить, хорошо ли пригнано снаряжение и обувь, правильно ли обернуты портянки, чисты ли ноги у бойцов; устранить на месте с помощью командиров подразделений замеченные им дефекты; проверить, пополнены ли у всех бойцов фляги доброкачественной питьевой водой; выяснить, как будет организовано в походе питание бойцов, и если рота довольствуется самостоятельно, установить надзор за питанием, приготовлением пищи и порядком ее выдачи; провести беседы с бойцами в подразделениях. Темы этих бесед должны быть выбраны из цикла гигиенических вопросов и должны быть приспособлены к тем условиям, которые характерны именно для данного марша.

Например, перед походным движением в жаркую погоду следует избирать темы о питьевом режиме на марше, о мерах предупреждения теплового удара, об отдыхе на малых привалах.

Указания по этому поводу санитарный инструктор получает от командира санитарного взвода батальона, однако отсутствие этих указаний не может служить препятствием для проявления санитарным инструктором инициативы и использования всякого удобного случая для проведения бесед с бойцами. При действиях войск в зимних условиях санитарный инструктор проводит необходимые меры для предупреждения отморожений.

Перед маршем санитарный инструктор должен проинструктировать подчиненных санитаров о порядке предстоящей работы на марше и пополнить санитарное имущество у себя и у санитаров. Перед выступлением в поход санитарный инструктор получает наравне с командирами других подразделений указания о задачах роты. Указания по специальной службе он получает от командира санитарного взвода батальона.

Указания санитарному инструктору роты должны содержать следующие данные: 1) где следует санитарный взвод батальона; 2) порядок оказания помощи раненым в случае нападения противника; 3) порядок эвакуации на марше раненых и больных; 4) порядок усиления санитарными носильщиками, придаваемыми роте; 5) специальные мероприятия против эпидемического порядка; 6) задания по производству санитарной разведки; 7) когда, каким порядком и куда представляются донесения.

На основании данных, полученных от командира роты и командира

санитарного взвода батальона, санитарный инструктор сообщает бойцам через командиров взводов сведения по пп. 1—3.

Санитарное отделение стрелковой роты в движении обычно расчленивается: санитары придают взводам, а за замыкающим взводом следует санитарный инструктор, имея при себе одного санитаря для связи.

На малых привалах (продолжительностью 10 минут) санитарный инструктор обходит расположившихся на отдых бойцов и оказывает медицинскую помощь тем из них, которые в этом нуждаются. Особое внимание нужно уделить на первых привалах сбережению ног; уже здесь можно выявить начальные стадии потертости ног из-за новой, недостаточно пригнанной по ноге обуви или из-за сбившейся, неправильно надетой портянки.

Если санитарный инструктор тут же поможет бойцу устранить не правильности в обертывании портянок и смажет вазелином покрасневшее место или перевяжет его, он предупредит дальнейшее развитие потертости и сохранит боеспособность данного бойца.

На большом привале (продолжительность 2—3 часа) бойцы обычно не только отдыхают, но и принимают пищу; здесь же фляги должны быть вновь наполнены доброкачественной питьевой водой. Внимание санитарного инструктора на большом привале сосредоточивается не только на оказании медицинской помощи нуждающимся; он должен также проследить за выдачей и приемом пищи, за наполнением фляг, за соблюдением чистоты территории, на которой часть расположилась на привал. В зимнее время санитарный инструктор на привалах проверяет правильность и полноту специальных мер против отморожения.

При встрече роты на марше с наземным противником санитарный инструктор и санитары организуют медицинскую помощь раненым таким же порядком, как и для наступательного боя (см. стр. 41).

Единственной особенностью, характерной для встречного боя, является быстрота перехода роты от походного порядка к боевому; именно поэтому необходимо распределить санитаров на марше по взводам.

При нападении воздушного противника санитарный инструктор организует немедленное оказание помощи раненым бойцам на месте. Совместно с санитарями он укрывает раненых от вторичного ранения, накладывает повязки, останавливает кровотечение, производит иммобилизацию конечности при огнестрельном переломе, отмечает место, где находится раненый боец, не могущий самостоятельно двигаться, или передает его санитарам-носильщикам для эвакуации.

Раненые, передвигающиеся самостоятельно, направляются санитарным инструктором к указанному заранее месту нахождения медицинского пункта. В случае применения противником стойких ОВ санитарный инструктор осматривает всех бойцов, пришедших в соприкосновение с ОВ. Для тех из них, которые обрызганы в незначительной степени, обычно будет достаточно умелого применения противохимического пакета. При наличии значительных участков кожи или одежды, обрызганных ОВ, требуется более тщательная обработка; поэтому таких бойцов санитарный инструктор с разрешения командира роты направляет на ближайший медицинский пункт.

Безусловно подлежат эвакуации все раненые, получившие огнестрельные ранения одновременно с поражением стойким ОВ (смешанное пора-

жение — «миксты»), а также все находившиеся без противогазов в атмосфере ОВ.

Санитарный инструктор роты с наибольшей четкостью и минимальной затратой времени производит сортировку раненых в бою, что является очень ответственным делом.

Санитарный инструктор должен при этом понимать свою задачу следующим образом: противник нападает с воздуха на движущуюся колонну с главной целью задержать ее движение и помешать выполнению поставленной войскам задачи. Поэтому ликвидация последствий нападения должна быть произведена настолько быстро, чтобы движение не было задержано и боевое задание было выполнено в срок. Если при сортировке пораженных стойкими ОВ будет допущена ошибка в сторону уменьшения числа действительно нуждающихся в направлении на медицинский пункт, это может угрожать здоровью и жизни бойцов из-за развивающегося тяжелого поражения. Если же санитарный инструктор эвакуирует среди действительно нуждающихся в дальнейшей помощи большое число тех легко пораженных, которые могли быть обработаны на месте, он этим снижает боеспособность своего подразделения.

Вот почему первостепенной задачей санитарной службы полка является исчерпывающее практическое обучение подчиненных санитарных инструкторов; по этой же причине в сортировке пораженных должен принимать непосредственное участие командир роты.

Чтобы справиться с задачами, кратко изложенными выше, санитарный инструктор и санитары должны быть хорошо подготовлены по специальности, должны быть смелыми, инициативными и преданными своему делу.

От них требуется также большая физическая выносливость и хорошая тренировка, чтобы во время привалов, когда бойцам предоставляется отдых, проводить свою работу, а вместе с тем переносить наравне со всеми бойцами тяжесть походного движения и быть всегда готовыми начать свою самоотверженную работу по оказанию помощи раненому бойцу.

Как правило, санитарное отделение роты на марше не должно отрываться или отставать от своего подразделения. Поэтому задача выноса в тыл (в глубину походной колонны) раненых в бою не возлагается обычно на ротных санитаров. Для этого используются полковые санитары-носильщики, распределяемые в исходном положении между батальонами; командиры санитарных взводов батальонов в свою очередь распределяют санитаров-носильщиков между ротами. При развертывании роты в боевой порядок (встречный бой) или при нападении наземного или воздушного противника следовавшие непосредственно за ротой санитары-носильщики немедленно приступают к выносу раненых по указаниям командира санитарного взвода батальона. Благодаря этому санитарное отделение роты освобождается от дальнейшей заботы о раненых, не могущих самостоятельно двигаться и оставленных в укрытых местах.

Постоянное взаимодействие с санитарными отделениями рот и личное руководство со стороны командира санитарного взвода батальона необходимо при всех видах боевой работы.

Санитарное обеспечение наступательного боя роты

Получив в исходном положении указания командира роты о выполняемой ротой задаче и задачах взводов, о месте ротного патронного пункта и средствах связи, санитарный инструктор дает указания выделенным во взводы первого эшелона санитарам, оставаясь сам при взводе второго эшелона по указанию командира роты.

К этому времени санитарный инструктор должен уже располагать данными о месте нахождения санитарного взвода батальона в исходном положении и оси его движения; о месте, составе и оси движения поста санитарного транспорта (ПСТ); о количестве санитаров-носильщиков, распределяемых по ротам, сосредоточении их в исходном положении и порядке продвижения.

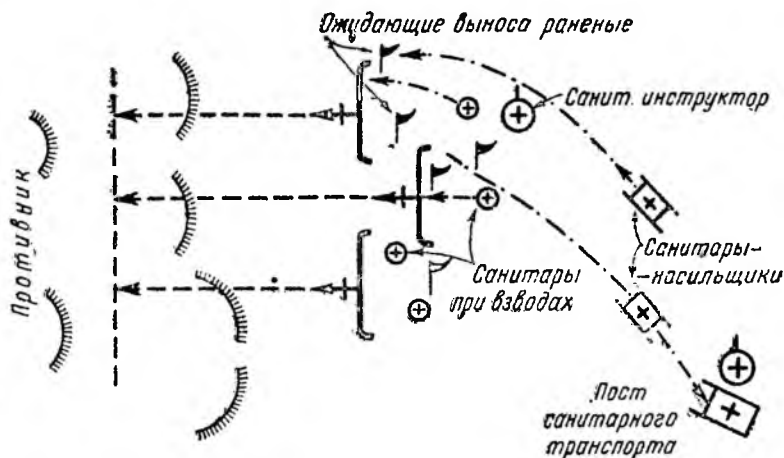


Рис. 6. Санитарное обеспечение стрелковой роты в наступательном бою (период сближения).

Некоторые из этих сведений санитарный инструктор роты получает также через командира роты (дублирование указаний). При возможности командир санитарного взвода батальона перед боем лично обходит расположение рот и устно дает санитарным инструкторам необходимые указания.

Место, избираемое санитарным инструктором в исходном положении, должно обеспечить непосредственную связь со взводом второго эшелона, возможность наблюдения за ходом боя и укрытие от ружейно-пулеметного огня.

При действиях роты на открытой местности для санитарного инструктора (как и для каждого бойца и командира) обязательно умелое самооплакивание.

В период сближения роты с противником санитарный инструктор роты (вместе с находящимся при нем санитаром) продвигается в составе взвода второго эшелона, тут же оказывая помощь раненым бойцам этого взвода.

Санитары роты в исходном положении придают взводам первого эшелона (иногда по 2 на взвод) и продвигаются вместе со своими взводами (рис. 6).

При рапении кого-либо из бойцов или командиров санитар, применяясь к местности, подползает к раненому, оказывает первую помощь и, если раненый в состоянии самостоятельно двигаться, указывает наиболее близкий и безопасный путь на ближайший медицинский пункт или пост санитарного транспорта; оттаскивает к ближайшему укрытию тяжело раненого и подручными средствами обозначает место нахождения его, чтобы оно было заметно для подходящих с тыла. Выполнив это, санитар продолжает следовать за своим взводом.

Для обозначения места, где находится раненый, днем можно пользоваться обрывками бинта, привязанными на ветку или на палку, воткнутую в землю.

Во время атаки санитарный инструктор и санитары продолжают следовать за взводами; санитарный инструктор при этом стремится находиться на решающем направлении.

Необходимо добиваться, чтобы санитары владели методами первой помощи столь же полно, как и санитарный инструктор, так как в бою роль каждого возрастает в связи с трудностью поддержания связи друг с другом и с санитарным инструктором.

Санитарный инструктор должен быть хорошим организатором и руководителем.

Наиболее сложным вопросом санитарного обеспечения роты в наступлении является немедленный и непрерывный вынос в тыл тех раненых, которые получили уже врачебную помощь, но не могут двигаться самостоятельно.

Часто интенсивность ружейно-пулеметного и артиллерийского огня противника так велика, что пробраться к месту, где находится раненый, можно лишь ползком, используя каждую складку местности, временами задерживаясь, окапываясь и выжидая, когда огонь будет перенесен в другое место.

Кроме того, артиллерийский огонь противника, направленный в тыл наступающей части с целью отрезать возможности сообщения и подхода резервов, может на короткое время создавать периоды «огневой изоляции».

В такой обстановке вынести раненого в тыл чрезвычайно трудно, и выполнение этой задачи требует большой инициативы, смелости и героизма. В связи с этим в царской армии существовали совершенно неприемлемые взгляды вроде того, что «вынос раненых с поля боя осуществляется во время боевой паузы с наступлением темноты».

Во время первой империалистической войны французский врач Фолленфан предложил создавать так называемые «гнезда раненых», т. е. концентрировать раненых за местными укрытиями и начинать вынос лишь тогда, когда для этого будет благоприятная обстановка. Легко заметить, что подобное решение вопроса односторонне: оно отражает лишь воздействие боевой обстановки, но не отражает других, весьма существенных моментов. Например, задержка выноса раненых во время боя оттягивает срок оказания им врачебной помощи. Следовательно, этим раненым угрожают сопутствующие ранению раневая инфекция, кровопотеря, травматический шок и т. д. Место скопления раненых в любой момент может оказаться в сфере действия боевых средств противника (артиллерийский огонь, химические средства, танки), и тогда гибель

всех раненых немишуема. Подобные «гнезда раненых» можно использовать только как места укрытия для раненых при условии непрерывного выноса в тыл.

Нужно со всей ясностью и твердостью усвоить: раненый боец, не могущий самостоятельно двигаться, должен быть как можно скорее вынесен в тыл и доставлен на медицинский пункт. Для осуществления этого все звенья санитарной службы обязаны проявить максимум умения, ловкости, организованности и героизма.

Роль ротного санитаря кончается на том, что он, оказав посильную помощь раненому, оставляет его за местным укрытием и отмечает это место.

Задача выноса раненых возлагается на санитаров-носильщиков, придаваемых батальонам; командир санитарного взвода батальона направляет санитаров-носильщиков в роты в зависимости от характера выполняемой боевой задачи.

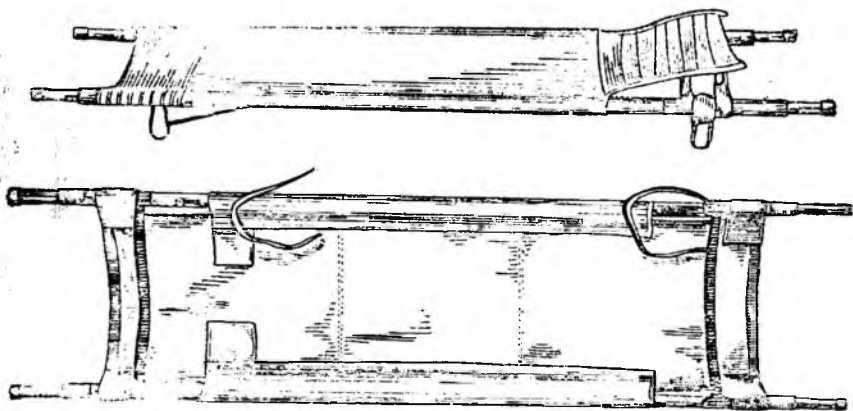


Рис. 7. Унифицированные санитарные носилки.

Количество работающих на направлении данной роты санитаров-носильщиков зависит как от общего наличия их в части, так и от характера выполняемой данной ротой (батальоном) боевой задачи.

Во главе отделения санитаров-носильщиков стоит санитарный инструктор (командир отделения); в состав отделения обычно входят 7—8 санитаров-носильщиков. Командир отделения руководит работой своих подчиненных, следуя указаниям командира санитарного взвода батальона.

Работа санитаров-носильщиков, обеспечивающих наступление роты, может быть построена различным образом в зависимости от обстановки.

В исходном положении для наступления санитары-носильщики располагаются рассредоточенно, группами на расстоянии зрительной связи между собой. Одна из групп находится вместе с санитарным инструктором роты и продвигается одновременно с ним. Другие санитары-носильщики располагаются либо вглубь по направлению к посту санитарного транспорта, либо сосредоточиваются в районе этого поста.

Санитары-носильщики располагают, кроме сумок, носилками (рис. 7) для выноса раненых и запасными противогазами для смены их у раненых бойцов в случае повреждения.

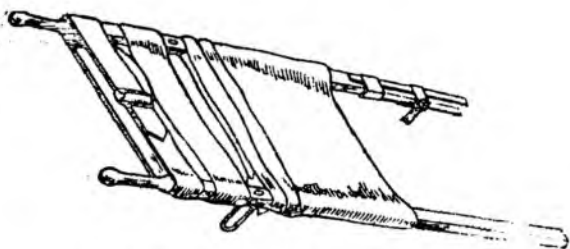


Рис. 8. Половина разборных носилок.

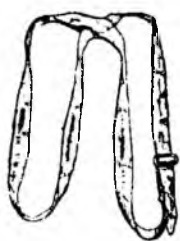


Рис. 9. Носилочная лямка сложенная восьмеркой.

Значительное облегчение при пользовании носилками представляют введенные на снабжение лямки для носилок (рис. 8—14): они поз-

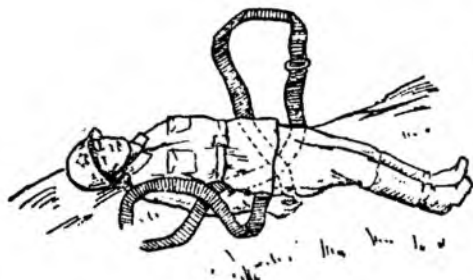


Рис. 10. Поднимание раненого при помощи лямки.



воляют сокращать состав носилочной группы и облегчают труд санитаров-носильщиков. Кроме того, лямки дают возможность переносить раненых на большое расстояние без носилок, извлекать их из ямы и т. д. (рис. 15).

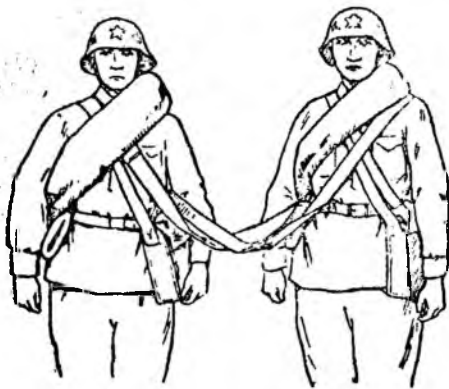


Рис. 11. Правильно надетая лямка.

В тех случаях, когда вынос раненых производится под огнем противника и носильщики вынуждены пробираться ползком или в лучшем случае делать перебежку пригнувшись, пользование лямкой не всегда возможно. В этих случаях приходится волочить носилки по земле, для чего нужны специальные приспособления.

В зимнее время при наличии снежного покрова имеются для вы-

воза раненых лыжно-ноСИЛОЧНЫЕ установки (рис. 16) и лодочки-волокуни.

Чрезвычайно облегчает вынос и сокращает расход энергии колесное приспособление с одним велосипедным колесом (рис. 17). Носилки-гамак служат для уменьшения тряски при перевозке раненых.

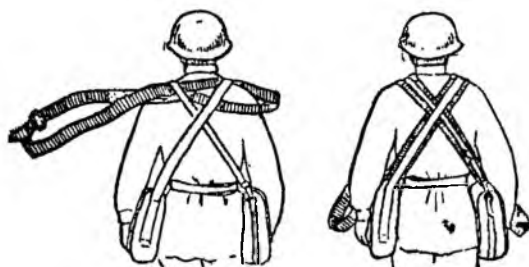


Рис. 12.
Надевание лямки при снаряжении.



Рис. 13. Переноска
ноСИЛОК на лямках.

Действия санитаров-ноСИЛЬЩИКОВ по разыскиванию и выносу раненых в ночных условиях представляют большую трудность. Темнота здесь играет двойную роль: санитары-ноСИЛЬЩИКИ могут быстрее и безопаснее продвигаться, но зато совершенно незаметны отметки мест, где находятся раненые. Большую пользу здесь могут принести санитарные собаки, быстро разыскивающие раненого и приводящие к нему санитар-ноСИЛЬЩИКА.



Рис. 14. Переноска раненого
на лямке.



Рис. 15. Извлечение из ямы
с помощью лямки.

В ночных условиях или при действиях в лесу может быть применен Рекомендуемый проф. Леонардовым способ «санитарных граблей». Он за-

ключается в том, что санитары проходят данный участок, построившись редкой цепочкой.

При ночном выносе раненых необходимо снабжать санитаров-носильщиков кармашными электрическими фонариками, которыми нужно пользоваться осторожно во избежание демаскировки.

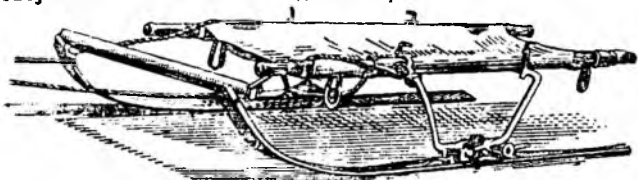


Рис. 16. Лыжно-носилочное приспособление.

В наступлении связь санитарного инструктора с командиром роты может осуществляться чаще всего через посыльных или через командира того взвода, совместно с которым он продвигается.

Санитарный инструктор может получать донесения от подчиненных санитаров, находящихся при взводах, через возвращающихся в тыл роты

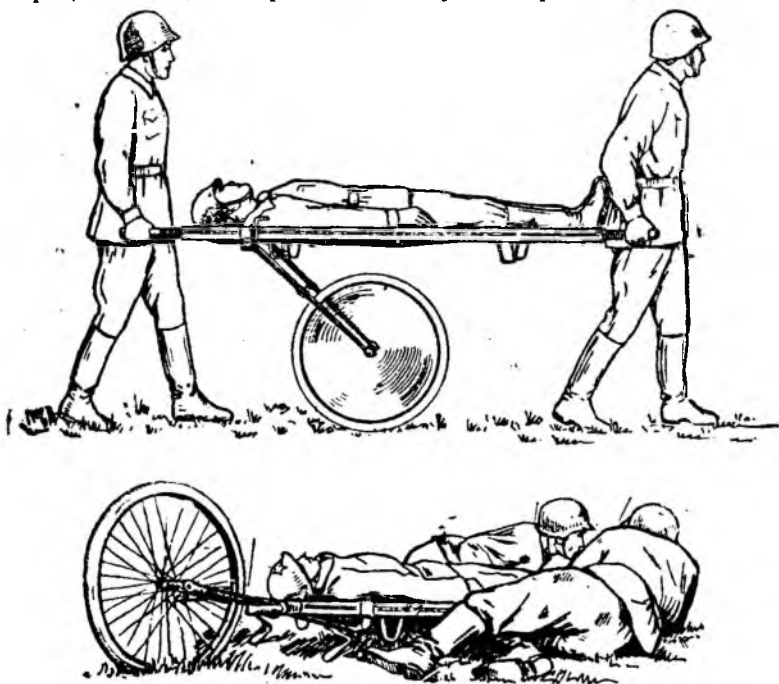


Рис. 17. Колесное приспособление к санитарным носилкам.

подносчиков патронов или при посредстве легко раненых. Если санитарный инструктор находится на одном из флангов наступающей роты, то и эти способы связи с санитарями трудно использовать.

Чрезвычайно важно для санитарного инструктора роты вести непрерывное наблюдение за ходом боя и поддерживать связь с санитарями

ноСИЛЬЩИКАМИ. Через направляющихся в тыл санитаров-ноСИЛЬЩИКОВ, а также через самостоятельно двигающихся легко раненых санитарный инструктор передает свои донесения командиру санитарного взвода батальона.

Санитарное обеспечение роты в обороне

При занятии ротой оборонительного района санитарный инструктор участвует в разведке района, производимой командиром роты и командирами взводов, изучает расположение огневых точек и наиболее удобные; укрытые от огня и наблюдения противника пути выноса раненых в тыл.

Одновременно с командирами взводов санитарный инструктор получает указания от командира роты о месте ротного санитарного отделения, о порядке и направлениях выноса раненых.

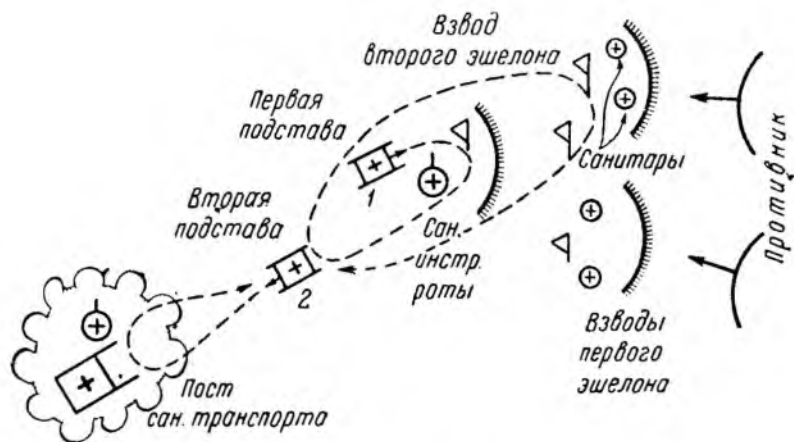


Рис. 18. Схема выноса раненых по методу подстав: «эстафета».

Место санитарного инструктора указывается командиром роты обычно в районе взвода второго эшелона (в среднем на расстоянии 150—250 м от переднего края) на путях выноса раненых в тыл; место это должно быть укрыто от наблюдения противника и от его ружейно-пулеметного огня (при дальнейшем развитии обороны для этой цели выделяется защищенное от артиллерийского огня и оборудованное в противохимическом отношении убежище); при этом должна быть обеспечена связь со взводами первого эшелона.

Ротные санитары располагаются со взводами первого эшелона; они выполняют ту же работу, что и при наступлении.

Выделенные на направление роты санитары-ноСИЛЬЩИКИ образуют цепочку «подстав»: головная подставка находится совместно с санитарным инструктором роты и выдвигается по его указанию для выноса раненых из взводов. В зависимости от боевой обстановки здесь могут быть два варианта использования носильных групп:

1) головная подставка подходит к месту расположения следующей подставки, сдает ей раненого и возвращается к исходному своему пункту с пустыми носилками («эстафета») (рис. 18);

2) при приближении группы санитаров-посильщиков, несущей раненого к тыловой подставе, последняя немедленно продвигается к месту нахождения санитарного инструктора роты, а несущие раненого следуют дальше в тыл («конвейер») (рис. 19).

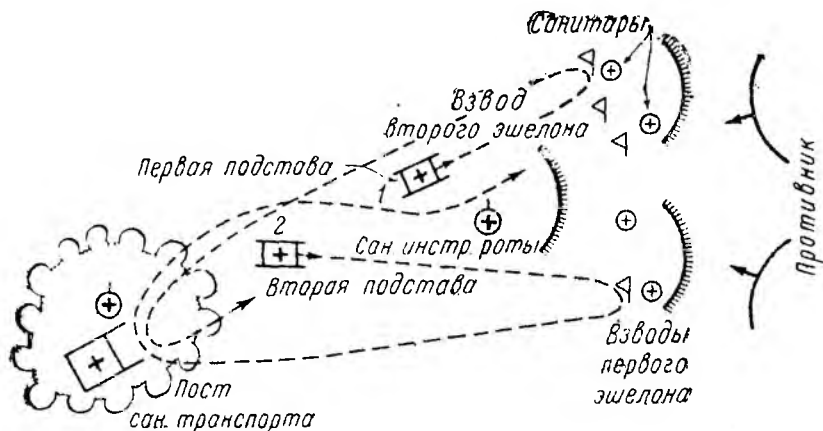


Рис. 19. Схема выноса раненых по методу подстав: «конвейер».

В обороне санитарный инструктор имеет значительно больше возможностей лично управлять действиями подчиненных ему санитаров. Для этого он должен выходить из своего укрытия, продвигаться ко взводам первого эшелона, оказывать лично помощь раненым, руководить выносом их.

Санитарное обеспечение роты при выходе из боя

Основная задача командования и санитарной службы при выходе из боя — не оставить в руках противника ни одного раненого. Выход роты из боя производится по заранее продуманному плану на основании приказа командира батальона. По получении соответствующих указаний командира роты санитарный инструктор использует все возможности для выноса в тыл раненых, не могущих самостоятельно двигаться; дает указания санитарам, обслуживающим взводы первого эшелона, и задерживается сам вместе с прикрывающим отход подразделением, продолжая оказывать медицинскую помощь.

В зависимости от количества раненых, нуждающихся в выносе, санитарный инструктор докладывает командиру роты о необходимости выделить бойцов роты для выноса раненых. Вынос раненых производится на импровизированных носилках или вовсе без носилок; направление выноса должно совпадать с путями, указанными для отхода подразделения на тыловые рубежи.

На санитарном инструкторе роты при выходе из боя лежат особо ответственные задачи: направить в тыл всех раненых, могущих двигаться самостоятельно; использовать наиболее полно своих ротных санитаров и санитаров-посильщиков; организовать вынос остальных раненых

выделенными бойцами роты, не прекращать ни на минуту оказания помощи новым раненым, появляющимся в процессе отхода.

Вместе с тем санитарный инструктор должен уделить особое внимание обеспечению медицинской помощью снайперских групп и пулеметчиков, прикрывающих отход роты.

Санитарное обеспечение стрелковой роты в охранении

Охранение представляет собой один из основных видов обеспечения боевой деятельности войск и в зависимости от вида этой деятельности делится на походное — на марше, сторожевое — при расположении на месте и боевое — при действиях войск в боевом порядке.

Во всех случаях действий роты в охранении санитарное обеспечение ее должно быть организовано с учетом самостоятельного характера выполняемой задачи. Санитарное отделение роты в этих случаях должно быть усилено приданием санитаров-носильщиков и по возможности колесного санитарного транспорта.

Задачи охранения — во всех случаях при встрече с противником ввязаться в бой, задержать противника и тем самым дать время главным силам развернуться для нанесения противнику сокрушительного удара. Санитарная служба роты, несущей службу охранения, должна быть в любой момент готова к оказанию помощи раненым в бою; санитарный инструктор роты в данном случае полностью распоряжается как подчиненными ему санитарями, так и приданными санитарями-носильщиками и санитарным транспортом.

Если охранение несет один из взводов роты, он должен быть обеспечен санитарями из состава роты.

О наличии раненых, нуждающихся в выносе из района действий охраняющего подразделения, сообщается командиру роты (посредством сигнала или посылки связной собаки). По приказанию командира роты санитарный инструктор в этом случае высылает к охранению санитаров-носильщиков.

При вынужденном отходе охранения командир подразделения принимает меры к тому, чтобы ни один раненый не остался в руках противника.

Санитарное обеспечение стрелковой роты в разведке

Войсковая разведка высылается во всех случаях боевой деятельности войск для того, чтобы уточнить данные о силах, расположении и намерениях противника.

При встрече с противником, в зависимости от обстановки, разведка может принять бой («разведка боем») или стараться не обнаруживать себя в целях продолжения разведки скрытно от противника.

Кроме общевойсковой разведки, преследующей указанные выше цели, может производиться специальная разведка: инженерная (данные о путях сообщения, переправах, характере местности для нужд обороны); артиллерийская (выбор наблюдательных пунктов, огневых позиций); химическая (определение характера ОВ, определение мест, наиболее удобных для заражения ОВ); санитарная (оценка

санитарно-эпидемического состояния района, водоснабжения, наличие ресурсов, необходимых для санитарной службы).

Эти специальные виды разведки организуются соответствующими родами войск и службами; однако отдельные задания специальной разведки могут поручаться войсковому подразделению и включаться в его общую задачу.

Санитарный инструктор роты, находящийся в разведке, обязан в первую очередь организовать санитарное обеспечение своей роты, но одновременно выполнять и санитарную разведку соответственно специальной задаче, которую ставит перед ним командир санитарного взвода батальона.

Рота в разведке, так же как и в охране, должна иметь усиленное санитарное отделение с приданным к нему санитарным колесным транспортом.

Санитарный инструктор с частью санитаров и гужевым санитарным транспортом находится при ядре роты, выделяя в отдельное действующее подразделение санитаров.

Если вступившее в бой подразделение находится на значительном расстоянии, санитарный инструктор высылает транспорт к этому подразделению или подвигается туда лично вместе с санитарями-носильщиками.

Выполнение заданий по санитарной разведке

Санитарному инструктору роты, действующей в разведке, могут быть даны следующие задания по санитарной разведке:

а) выяснить, нет ли в данной местности (если дело касается населенного пункта) заразных больных, а если есть, то какие именно;

б) обследовать источники водоснабжения с точки зрения качества и количества воды;

в) собрать данные о наличии в данном районе ресурсов, необходимых для санитарной службы (помещения, удобные для развертывания санитарных учреждений, наличие подстилочных материалов и т. д.).

Для выполнения этих задач санитарный инструктор оснащается специальной сумкой.

Основная часть сумки — набор для исследования воды. С помощью этого набора может быть на месте произведен элементарный химический анализ воды (наличие продуктов азотистого распада, солей, окисляемость, жесткость).

Последовательность при обследовании источника водоснабжения должна быть следующая:

- 1) наружный осмотр (устройство, возможность загрязнения нечистотами, высота уровня воды);
- 2) ориентировочное измерение количества воды в колодце при помощи вычисления площади сечения сруба и высоты водяного столба (посредством бечевки с гирькой на ее конце);
- 3) органолептическая проба воды (цвет, запах, вкус, прозрачность);
- 4) исследование воды при помощи набора;
- 5) взятие пробы воды для лабораторного анализа.

Необходимо заметить, что в конечном счете вопрос о пригодности данной воды в необезвреженном виде для питья может решить только

лабораторное исследование. Производимое на месте санитарным инструктором обследование может лишь отбросить явно непригодные водосточники и выявить некоторые данные о наличии воды, пригодной для технических нужд или подлежащей обезвреживанию.

Старший врач полка, определяющий задачу санитарной разведки, включаемой в общевойсковую разведку, должен учитывать, что:

а) санитарный инструктор роты может вести санитарную разведку в данном случае лишь по пути, не отвлекаясь от обслуживания своей роты;

б) добываемые сведения имеют ценность только в случае своевременного их получения старшим санитарным начальником; поэтому нужно заранее указать способ, время и место доставки донесения;

в) могут принести пользу только проверенные и вполне достоверные сведения санитарной разведки;

г) следует избегать нагромождения задач по санитарной разведке и разведывать лишь то, что существенно необходимо и что нельзя узнать иным путем; следовательно, в каждом случае санитарной разведки нужна целеустремленность;

д) задачи санитарной разведки, поставленные перед санитарным инструктором, должны отвечать степени его подготовленности, т. е. быть посильными для него.

Санитарный инструктор, выполняющий санитарную разведку, оформляет результаты в виде письменного донесения (текст или схема с приложенным коротким объяснением — «легенда»).

Свои донесения санитарный инструктор представляет, используя живую связь командира роты со старшим командиром. Доставка донесений возможна также посредством санитарного транспорта или через отдельных, легко раненых бойцов, возвращающихся в свою часть.

Непрерывная санитарная разведка является неотъемлемой частью работы в боевой обстановке.

Г л а в а IV

САНИТАРНАЯ СЛУЖБА СТРЕЛКОВОГО БАТАЛЬОНА

Средства санитарной службы батальона

Стрелковый батальон является единицей, способной самостоятельно решать тактические задачи. В полном соответствии с этим батальон располагает санитарным взводом во главе с фельдшером.

Транспортными средствами санитарного взвода батальона являются санитарные двуколки для перевозки раненых и больных.

Санитарный взвод батальона располагает носимым медицинским имуществом [сумки санитарного инструктора и санитаров, кислородный прибор («КИ-1» или «КИ-3»), носилки] и возимым имуществом (специальный комплект).

Санитарному взводу батальона при действиях в боевом и походном порядке в зависимости от обстановки могут придаваться распоряжением старшего врача полка санитары-носильщики в количестве от одного до трех отделений. В качестве вспомогательных санитаров и санитаров-носильщиков батальону могут придаваться красноармейцы музыкантского взвода.

Для эвакуации раненых и больных старший врач полка выделяет на направление данного батальона санитарный транспорт. В необходимых случаях командир санитарного взвода продвигает этот транспорт вперед, к посту санитарного транспорта, чтобы усилить темп вывоза раненых из рот.

Неотъемлемыми качествами санитарного взвода батальона должны быть подвижность и максимальное приближение к войскам. В соответствии с этим санитарный взвод следует неотрывно со своим батальоном, в каком бы порядке (походном, резервном или боевом) он ни действовал.

Санитарный взвод батальона выполняет следующие основные виды работ:

- а) осуществляет предупредительные и противозидемические мероприятия в масштабе своего батальона и занимаемого им района;
- б) непосредственно руководит работой санитарных инструкторов рот;
- в) управляет вывозом и выносом раненых в бою;
- г) сортирует раненых и больных и производит эвакуацию в тыл;
- д) оказывает доврачебную помощь всем нуждающимся в ней бойцам.

Командир санитарного взвода подчиняется непосредственно командиру

батальона, а по специальной службе — старшему врачу полка. При возможности задержаться на месте для оказания медицинской помощи, не отрываясь от батальона, санитарный взвод батальона разворачивает батальонный медицинский пункт (БМП) на расстоянии 0,5—1 км от линии фронта, в районе роты второго эшелона. В особо подвижных видах боя санитарный взвод может выполнять свои задачи, не разворачивая БМП.

Санитарный взвод батальона продвигается по оси движения батальона; в зависимости от характера местности и обстановки боя командир санитарного взвода обязан стремиться быть возможно ближе к ведущим боям ротам. Если обстановка не допускает дальнейшего продвижения колесного транспорта, командир санитарного взвода оставляет свои повозки и продолжает вместе со своими подчиненными движение вперед.

Командир батальона при постановке задач указывает исходное положение санитарного взвода и ось его движения соответственно решаемой батальоном боевой задаче.

В рамках общих указаний, полученных от командира батальона, командир взвода должен самостоятельно решать вопрос о необходимости изменения места. Для этого он должен следить за ходом боя, поддерживать всеми средствами связь со штабом батальона, лично бывать во время боя в ротах.

Управление и связь в работе санитарного взвода батальона

Командир санитарного взвода в боевой обстановке поддерживает связь с командиром батальона через штаб последнего при посредстве посыльных или путем личного общения; со старшим врачом полка связь осуществляется при помощи повозочных санитарного транспорта, а иногда через отправляющихся в тыл пешком легко раненых, а с санитарными инструкторами рот — путем личного посещения или при помощи санитаров-посильщиков.

Наиболее надежным является способ личной связи. В межбоевые периоды санитарные инструкторы вызываются к командиру санитарного взвода; в боевой обстановке вызов недопустим, и командир санитарного взвода должен лично бывать в ротах, руководя работой санитарных инструкторов.

В некоторых случаях командир санитарного взвода получает от санитарных инструкторов письменные донесения (например, о результатах санитарной разведки, отчетную карточку расположения на месте, требование на пополнение медицинского имущества). Такого же рода письменные донесения командир санитарного взвода представляет старшему врачу полка. По окончании боя командир санитарного взвода представляет в штаб сведения о количестве раненых (могут требоваться также письменные списки с указанием характера ранения или заболевания и с обозначением, куда эвакуированы).

Командир санитарного взвода батальона обязательно ведет рабочую карту.

Пост санитарного транспорта

Важнейшим звеном в работе санитарного взвода батальона является непосредственное управление выносом и вывозом раненых.

Для этой цели командир санитарного взвода использует питательных и приданных санитаров-носильщиков, а также санитарный транспорт.

Система эвакуации должна быть построена таким образом, чтобы по возможности уменьшить расстояние переноски раненых санитарями-носильщиками. Для этого необходимо продвигать как можно ближе к ротам санитарный транспорт на колесах. Однако качество дорог и огонь противника по всегда позволяют колесному транспорту приблизиться к ротам; нельзя также демаскировать боевой порядок движением санитарного транспорта, если последнее становится доступным для наблюдения противника. Поэтому выбирать ту предельно близкую к ротам точку на местности, куда может быть продвинут санитарный транспорт, нужно чрезвычайно осторожно. При решении этого вопроса обязательно должна быть учтена настоятельная необходимость продвигать санитарный транспорт возможно дальше вперед, чтобы облегчить и ускорить эвакуацию раненых.

Таким образом, постом санитарного транспорта (ПСТ) называется известное количество единиц санитарного гужевого или автомобильного транспорта, выдвинутое до предела вперед. Во главе ПСТ стоит его начальник — один из санитарных инструкторов.

В обязанности начальника ПСТ входит непосредственное руководство высылкой в роты санитаров-носильщиков: элементарная транспортная сортировка раненых, доставляемых на ПСТ санитарями-носильщиками; эвакуация всех раненых, не могущих следовать пешком, при помощи санитарного транспорта на указанный ему медицинский пункт; оказание врачебной помощи тем доставленным на ПСТ раненым, которые нуждаются в этой помощи; осуществление связи между командиром санитарного взвода батальона и санитарными инструкторами рот (передача приказаний и допесений).

Чтобы полностью отвечать поставленной задаче, ПСТ должен быть подвижным, быстро менять свое место при изменении боевой обстановки, стремясь продвинуться еще ближе к ротам. Например, затихание артиллерийского огня противника или его перенос могут внезапно открыть перед начальником ПСТ возможность продвинуться вперед, и эта возможность не должна быть упущена.

Командир санитарного взвода должен тщательно инструктировать начальника ПСТ на местности, указать ему наиболее удобные пути эвакуации, ориентировать в боевой обстановке и наметить ось движения. Во время боя он непрерывно руководит деятельностью начальника ПСТ, что не исключает необходимости проявления инициативы со стороны последнего.

При сортировке доставленных на ПСТ раненых начальник ПСТ руководствуется соображениями срочности врачебной помощи для каждого из подлежащих дальнейшей эвакуации (табл. 1).

Начальник ПСТ направляет всех легко раненых, могущих следовать пешком, на ближайший указанный ему медицинский пункт. Остальных он эвакуирует санитарным транспортом, как правило, в район расположения санитарного взвода батальона; однако командир санитарного взвода батальона может дать приказание вести эвакуацию непосредственно на полковой медицинский пункт (ПМП).

При выделении в ПСТ нескольких единиц санитарного транспорта сле-

дует держать их рассредоточенно во избежание демаскировки и потерь от артиллерийского огня. В этом случае применяется «конвейерный» метод подачи транспорта. Как только нагруженная ранеными повозка или машина отъезжает от ПСТ, немедленно к нему продвигается следующая в очередном порядке. Иногда ПСТ не выделяется вовсе, так как место его нахождения может совпадать с батальонным медицинским пунктом. В этом случае санитарный транспорт батальона используется для эвакуации раненых на ПМП.

Часто это будет иметь место и в обороне, когда движение в пределах оборонительного участка возможно лишь по ходам сообщения, где могут пройти только санитары-носильщики.

Таблица 1

Очередность отправки раненых и пораженных ОВ с поста санитарного транспорта (ПСТ)

№ п/п	Характер поражений	Очередность отправки	Способ транспортировки
1	Пораженные нестойкими ОВ удушающей группы	Вне очереди	Лежа или на носилках
2	Огнестрельные переломы конечностей	1	То же
3	Ранения грудной и брюшной полостей и черепа при общем тяжелом состоянии раненого	1	„ „
4	Явные признаки травматического шока у раненого или угрожающая жизни потеря крови . .	1	„ „
5	Остальные ранения, сопровождающиеся невозможностью самостоятельно двигаться	2	Лежа или сидя, в зависимости от того, какой орган поражен
6	Миксты, не относящиеся к группам 2—5	2	Отдельно от других раненых
7	Пораженные СОВ, требующие оказания помощи на БМП или ПМП	—	Пешком
8	Ранения, не связанные с угрожающими жизни явлениями и не лишившие раненого способности самостоятельно двигаться	—	Пешком, если нет возможности использовать какой-либо попутный транспорт

Общая характеристика работы санитарного взвода батальона

Основной задачей, которая во всех видах боя ставится перед санитарным взводом батальона, является организация непрерывного, наиболее быстрого выноса тяжело раненых из района рота.

Выполнение этой задачи требует от командира санитарного взвода

умелого использования имеющихся в его распоряжении санитаров-носильщиков и, если это позволяет обстановка, колесного санитарного транспорта.

Нужно так распределить санитаров-носильщиков, чтобы они направлялись к ротам кратчайшим и наиболее безопасным путем; соразмерить количество направляемых в данную роту носильщиков с действительной потребностью выноса тяжело раненых; организовать во времени работу санитаров-носильщиков таким образом, чтобы на протяжении данного отрезка времени они могли обслужить всех нуждающихся в выносе тяжело раненых.

Структура санитарного взвода батальона прямо указывает на личное, непосредственное руководство выносом раненых со стороны командира санитарного взвода: последний должен не только бросить основную группу санитаров-носильщиков на решающее направление, но должен иногда сам быть во главе высылаемых санитаров-носильщиков и на месте руководить выносом раненых, оказывая им необходимую доврачебную помощь.

Командир санитарного взвода своими решительными действиями может на много ускорить эвакуацию тяжело раненых на полковой медицинский пункт и тем самым приблизить решающий момент оказания врачебной помощи.

Следующей по порядку боевой задачей санитарного взвода является оказание раненым необходимой доврачебной помощи; объем этой помощи определяется обстановкой.

В обороне, когда доврачебная помощь оказывается в условиях более или менее стационарно расположенного батальонного медицинского пункта (БМП), объем этой помощи, естественно, может быть шире, нежели в наступлении, когда помощь раненому оказывается на ходу с использованием только содержимого сумок.

Командир санитарного взвода, оказывая раненому помощь, способствует безболезненной и безопасной его эвакуации на ближайший этап санитарной эвакуации, где раненого встретит врач.

Этой задаче «создания эвакоспособности» раненого подчиняется вся работа санитарного взвода батальона.

Поэтому среди актов доврачебной помощи на первом месте должны стоять остановка кровотечения, иммобилизация при переломах, мероприятия, предупреждающие шок.

Сортировка играет в работе санитарного взвода значительную роль: в отношении каждого раненого должна быть установлена, в зависимости от состояния здоровья, очередность отправки на БМП, вид транспорта и способ транспортировки.

Командир санитарного взвода батальона направляет всех раненых и больных на БМП, пользуясь санитарным транспортом, высылаемым по распоряжению старшего врача полка.

Место работы санитарного взвода на данном боевом рубеже далеко не всегда совпадает с той предельной близкой к боевой линии точкой на местности, куда может быть выдвинут колесный санитарный транспорт. Кроме того, в подвижных видах боя продвижение санитарного взвода лишь в редких случаях может сопровождаться безотрывным продвижением колесного транспорта.

Поэтому возможен ряд вариантов:

1. Место нахождения санитарного взвода батальона ближе к ротам, расположение ПСТ.

В этом случае санитары-носильщики доставляют тяжело раненых из БМП на ПСТ после оказания им доврачебной помощи и принятия командиром санитарного взвода решения по сортировке.

2. ПСТ выдвинут санитарным взводом батальона вперед, ближе к ротам. В целях ускорения оборота санитарного транспорта последний доставляет раненых к месту нахождения БМП. Дальнейшая эвакуация раненых отсюда обеспечивается санитарным транспортом полка.

3. Место нахождения санитарного взвода батальона совпадает с пределом возможного выдвижения колесного санитарного транспорта к ротам.

В этом случае санитарный транспорт батальона может быть использован для эвакуации раненых на БМП.

Санитарный взвод батальона развертывает БМП с использованием возможного оснащения в тех случаях, когда это позволяет боевая обстановка.

Первым и важнейшим правилом при этом является безукоризненная маскировка БМП, защита его от наблюдения и огня воздушного и наземного противника. Опыт последних боев неопровержимо указывает на то, что в большинстве случаев придется БМП располагать в «щелях» (вырытые в земле углубления в рост человека, замаскированные сверху и состоящие из рабочего места размером не менее 15 м², места для ожидающих эвакуации тяжело раненых и соединяющих холмов).

Редко представится возможность развернуть БМП в палатке, в землянке или каком-либо уцелевшем строении: оживленное движение возле этого пункта будет в большинстве случаев замечено противником (особенно воздушным) и БМП станет мишенью для обстрела.

Нужно считать правилом, что на развертывание БМП и его подготовку к оказанию помощи раненым должен быть затрачен минимум времени: лучше поскорее начать работу, пользуясь только содержимым сумок, чем потратить много драгоценного в бою времени на подготовительные работы.

Нужно подчеркнуть, что во всех видах боя санитарный взвод батальона должен неотрывно следовать за боевым порядком батальона, стремясь всегда поддерживать связь с ведущими бой ротами.

Санитарное обеспечение батальона на марше

Перед выступлением в поход, изучив поставленную командиром батальона задачу и получив указания старшего врача полка, командир санитарного взвода батальона намечает план работы на марше и организует санитарную разведку маршрута движения, района большого привала и назначенного района сосредоточения; проверяет состояние водоснабжения и питания на марше с санитарной точки зрения; проверяет подготовленность санитарных инструкторов и санитаров к походу, обеспеченность их необходимым санитарным имуществом, обеспеченность бойцов индивидуальными и противохимическими пакетами; дает указания санитарным инструкторам о необходимости участия в проверке пригонки снаряжения, обуви и обмундирования.

По распоряжению старшего врача полка командир санитарного взвода батальона выполняет специальные задания по санитарной разведке, осу-

производит медицинский осмотр бойцов, выделяет не могущих следовать в поход.

От старшего врача полка командир санитарного взвода батальона должен получить указания о том, куда следует вести эвакуацию с марша.

Санитарный взвод батальона, движущийся походным порядком в составе колонны полка, следует непосредственно за замыкающим подразделением.

Как уже было сказано, походный порядок войск должен обеспечивать возможность быстрейшего перехода в боевой порядок; поэтому все средства усиления, обычно придаваемые старшим врачом полка батальону, должны быть даны перед выступлением в поход. В связи с этим в составе санитарного взвода батальона следует приданный ему санитарный транспорт, а санитары-носильщики следуют с санитарными отделениями рот.

При нападении воздушного противника на колонну командир санитарного взвода батальона организует доврачебную помощь раненым, лично руководит действиями санитарных инструкторов рот и принимает на себя заботу о тех раненых, которые требуют эвакуации в тыл походной колонны.

При встрече с наземным противником и развертыванием батальона в боевой порядок санитарный взвод батальона занимает исходное положение, выдвигает к ротам санитарный транспорт и действует в дальнейшем так же, как и при наступлении.

Особо нужно упомянуть о санитарном обеспечении передового батальона (ПБ или ПО — передового отряда), выбрасываемого на марше вперед для заблаговременного захвата важных рубежей.

На передовом батальоне (ПБ) лежит ответственная задача удерживать данный рубеж до подхода главных сил. Поэтому обеспечение такого батальона должно быть построено на особых основаниях. Санитарный взвод ПБ должен быть усилен врачом и средним медицинским составом, санитарями-носильщиками, медицинским имуществом и в особенности санитарным транспортом. Это усиление осуществляется распоряжением дивизионного врача. Он же указывает, на какой именно этап санитарной эвакуации должны транспортироваться из ПБ раненые, так как ПБ приходится действовать совершенно самостоятельно. Обычно санитарная эвакуация из ПБ ведется непосредственно на дивизионный медицинский пункт (ДМП).

Таким же порядком усиливается и обеспечивается санитарный взвод батальона, действующего в составе авангарда в наступлении.

Санитарное обеспечение батальона в наступлении

Совместно с командирами рот командир санитарного взвода получает от командира батальона указания о выполняемой батальоном задаче, о задачах, поставленных перед командирами рот, об организации тыла батальона.

В преобладающем большинстве случаев у командира санитарного взвода после получения указаний останется еще несколько часов для выполнения наиболее важных подготовительных мероприятий.

Основные из этих мероприятий:

1. Паместит на карту обстановку и решение командира батальона. Тщательно обдумать свое решение: как распределить санитаров-носильщиков по ротам; куда и в каком составе выдвинуть ПСТ; наметить ось движения санитарного взвода батальона соответственно принятому командиром батальона решению.

2. Дать необходимые указания санитарным инструкторам рот, начальнику ПСТ и личному составу санитарного взвода. Если времени достаточно — вызвать санитарных инструкторов рот, если времени мало — лично пройти в распоряжение рот.

К моменту принятия командиром батальона решения командир санитарного взвода батальона должен уже иметь от старшего врача полка указания по специальной службе: о месте развертывания ПМП и путях санитарной эвакуации, о придаваемых батальону средствах усиления (санитары-носильщики, санитарный транспорт), о выделяемом на направление батальона санитарном транспорте (количество, время и место подачи), о срочных мероприятиях противэпидемического порядка.

В том случае, когда по какой-либо причине командир санитарного взвода к занятию исходного положения батальоном не успел получить указания старшего врача полка, он принимает самостоятельное решение на основании данных, сообщенных ему командиром батальона.

Заноздание в прибытии средств усиления также не должно служить основанием к тому, чтобы медлить и терять время на попытки связаться со старшим врачом полка и «добиться» необходимых средств.

Командир санитарного взвода обязан доложить командиру батальона о создавшемся положении, если он видит, что помощь раненым и эвакуация их не обеспечены; командир батальона несет полную ответственность за своевременный вынос раненых и оказание им медицинской помощи и поэтому обязан принять необходимые меры.

Совершенно иначе следует решать вопрос в тех случаях, когда потребность в средствах усиления санитарной службы возникает в результате неожиданного изменения обстановки (большие потери в батальоне, убыль санитаров-носильщиков, авария транспорта и т. д.). В этих случаях командир санитарного взвода обязан не только доложить командиру батальона, но и донести старшему врачу полка, чтобы последний мог помочь имеющимся в его распоряжении резервами.

В исходном положении, занимаемом батальоном для наступления, расположение средств санитарной службы указано в схеме (рис. 20): основные подставы санитаров-носильщиков находятся на уровне взводов второго эшелона; ПСТ предельно приближен к ротам, санитарный взвод батальона изготовился к работе, выбрав для этой цели место, укрытое от ружейно-пулеметного огня и наблюдения противника: прибывший санитарный транспорт (кроме выделенного в состав ПСТ) отведен в сторону на 100—150 м.

Уже при сосредоточении в исходном положении для наступления батальон может иметь потери. Поэтому санитарная служба батальона должна быть вполне готова к оказанию помощи раненым, их выносу и вывозу.

В период сближения (рис. 21) под возрастающим артиллерийским и ружейно-пулеметным огнем противника санитарный взвод продвигается за вторым эшелоном ударной группы.

Санитарный взвод батальона, стремясь продвинуться вперед на направлении главного удара батальона (2-я и 3-я стрелковые роты), вы-

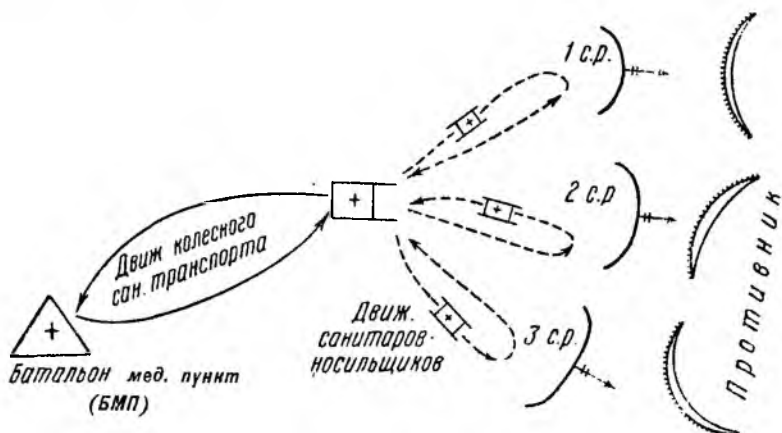


Рис. 20. Санитарное обеспечение стрелкового батальона в наступлении (исходное положение).

нужден был оставить в тылу часть транспорта и людей. Приданный на направление батальона санитарный транспорт тоже не мог продвигаться вперед (артиллерийский огонь противника, отсутствие пригодной дороги).

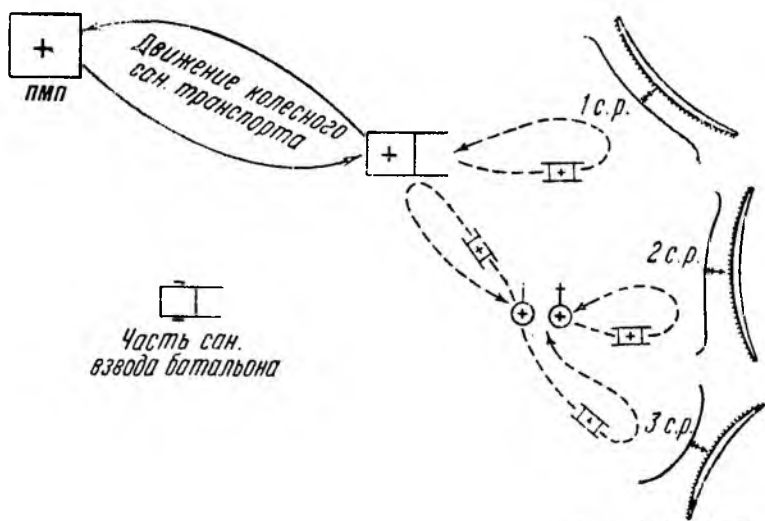


Рис. 21. Санитарное обеспечение стрелкового батальона в наступлении (период сближения).

Командир взвода с частью своих помощников находится в ближайшем тылу наступающих рот, оказывает на месте помощь раненым, лично руководит работой санитарных инструкторов рот и санитаров-носильщиков, на месте сортирует раненых.

Раненых, нуждающихся в переноске на носилках, направляют на ИСТ, который не мог продвинуться на направление главного удара и оказался на фланге (направление 1-й стрелковой роты). К ИСТ подтянут санитарный транспорт, приданный на направление батальона. Сюда же непосредственно доставляют раненых санитары-носильщики, обслуживающие 1-ю стрелковую роту.

Начальник ИСТ получил приказание эвакуировать всех раненых непосредственно на ПМП, придерживаясь общих правил сортировки. После прорыва переднего края оборонительной полосы противника батальон подавляет сопротивление огневых точек и опорных пунктов противника в глубине обороны. Продвижение батальона при этом облегчается поддержкой артиллерии и танков. То в одном, то в другом месте «оживают» огневые точки противника, что заставляет вести бой одновременно в различных направлениях. В то же время противник подтягивает резервы, организует контратаку, стремится ликвидировать прорыв (рис 22).

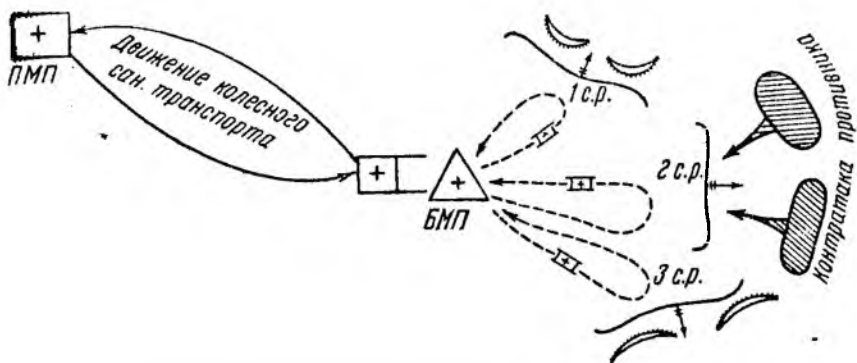


Рис. 22. Санитарное обеспечение стрелкового батальона в наступлении (бой внутри оборонительной полосы).

В этой обстановке до полного подавления огневых точек противника и отражения его контратаки продвижение санитарного взвода батальона со всеми его средствами и транспортом в глубину обороны крайне затруднительно.

На схеме изображено следующее положение: командир санитарного взвода остановил дальнейшее движение, развернул батальонный медицинский пункт в ближайшем тылу 2-й стрелковой роты. Санитары-носильщики, выносящие раненых с направления 2-й и 3-й стрелковых рот, останавливаются с ранеными возле командира взвода и затем продолжают путь по его указанию.

Санитарное обеспечение наступления батальона при преодолении водной преграды

При наступлении с преодолением водной преграды имеется ряд особенностей санитарного обеспечения батальона.

Преодоление водного рубежа, как правило, будет происходить после частичного подавления огневых точек противника огнем артиллерии. Находящийся на противоположном берегу противник будет всеми силами препятствовать подходу войск к берегу, наводке переправочных средств на переход на другую сторону реки (озера). Кроме артиллерии и пулеметов, для действий против переправляющихся войск часто будет применяться штурмовая авиация.

Санитарное обеспечение наступления батальона должно строиться поэтому особым способом. Можно отметить три особенности санитарного обеспечения в этих условиях.

1. Старший санитарный начальник (в данном случае старший врач полка) имеет возможность и должен непосредственно управлять санитарной службой, так как переправа войск обычно производится на узком фронте с значительным эшелонированием в глубину. Так, когда первый эшелон переправившейся пехоты с танками и артиллерией уже овладевает противоположным берегом и ведет бой в глубине обороны противника, по следующие эшелоны только переправляются через водную преграду.

2. Переправа представляет собой опасный участок пути для эвакуируемых с противоположного берега раненых в связи с обстрелом этого участка противником.

3. Колесный санитарный транспорт по условиям переправы иногда не может сразу следовать за переправившимся первым эшелоном и остается отделенным от него не только большим расстоянием, но и лежащей между ними водной преградой.

Рассмотрим один из частных случаев санитарного обеспечения переправляющегося через реку батальона, когда он наступает в первом эшелоне (рис. 23).

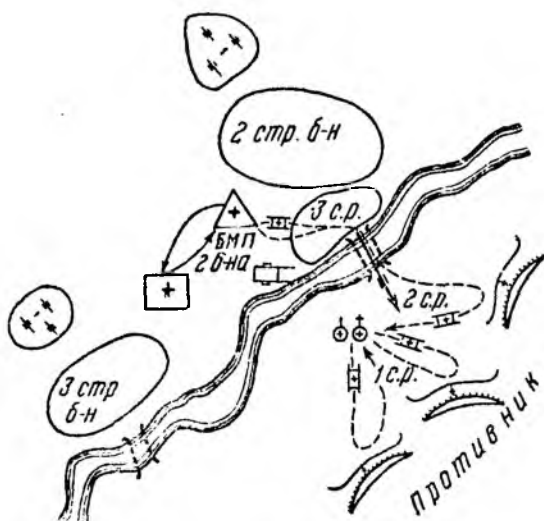


Рис. 23. Санитарное обеспечение стрелкового батальона при преодолении водной преграды.

Первая стрелковая рота переправилась через реку и ведет бой с обороняющимся противником; 2-я стрелковая рота проходит через переправу; 3-я стрелковая рота подтягивается к переправе; тут же сосредоточился 2-й стрелковый батальон.

На противоположном берегу работают по выносу раненых санитары-носильщики; вместе с ними переправился командир санитарного взвода, руководящий выносом раненых и оказывающий им помощь. БМП 2-го батальона развернут на правом (западном) берегу; в прилегающем к нему районе расположен санитарный транспорт. К месту переправы войск через реку (переправа происходит в одном лишь месте)

вынос раненых на носилках на свой берег временно приостановлен; раненые находятся в укрытом месте поблизости от переправы.

Согласно отданному старшим врачом полка приказанию, БМП 2-го батальона обслуживает всех раненых 1-го батальона, прибывающих с противоположного берега: основная его задача при этом — как можно быстрее доставить раненых на ПМШ, расположенный поблизости от переправы.

Вслед за 3-й стрелковой ротой совместно с боевым обозом батальона на восточный берег переходит остальная часть санитарного взвода 1-го батальона и часть санитарного транспорта.

Можно рассчитывать, что установить движение санитарного колесного транспорта через переправу удастся не ранее чем через 2—3 часа после начала переправы войск.

Поэтому для надлежащего обеспечения первого эшелона в данном случае необходимо выделить больше санитаров-носильщиков. Там, где не может пройти санитарная повозка или санитарный автомобиль, пройдут отважные бойцы и несравненно быстрее доставят раненого на медицинский пункт. Санитары-носильщики могут также использовать для переправы раненых плоты, лодки, понтонные приспособления.

Нужно также учитывать, что часть переправляющихся войск будет подходить к восточному берегу на лодках, поэтому обратный рейс этих лодок должен быть использован для доставки раненых на западный берег.

Санитарное обеспечение батальона в обороне

Стрелковый батальон занимает оборонительный район по фронту и в глубину 1,5—2,5 км; нормы эти изменяются в ту или иную сторону в зависимости от задач, характера местности и средств противотанковой обороны, имеющихся в распоряжении обороняющегося. Оборона применяется для выигрыша времени и удержания пространства на второстепенном направлении до результатов наступления на решающем направлении и для того, чтобы расстроить силы противника и перейти затем в наступление.

В обороне нужно стремиться прежде всего к тому, чтобы расстроить силы наступающего системой заграждений, боем в предполье, поразить пехоту противника перед передним краем обороны и в то же время не допустить прорыва танков противника в глубину обороны. В случае прорыва танков они должны быть уничтожены огнем артиллерии и атакой своих танков; в случае прорыва в глубину пехоты с танками необходимо расстроить ее огнем и добить контратаками.

Выбор района для обороны производится на основании самого тщательного изучения местности и всестороннего использования характера местности для целей обороны.

Развитая оборона на нормальном фронте должна состоять:

а) из предполья (передовой полосы), внешняя граница которого выносится на 12—15 км от переднего края главной полосы обороны;

б) из позиции боевого охранения, выдвигаемой вперед на 1—3 км от переднего края главной полосы обороны;

в) из главной полосы обороны (глубина ее определяется боевым порядком дивизии);

г) из второй оборонительной полосы, создаваемой в тылу главной полосы обороны (распоряжением командира корпуса). Предполье создается для выигрыша времени с целью задержки и изматывания противника в период подхода к оборонительной полосе; предполье насыщается передовыми и промежуточными позициями, инженерно-химическими заграждениями. Позиции предполья обороняются батальонами из всех родов войск, действующими по методу подвижной обороны. Санитарное обеспечение этих отрядов предусматривается особыми указаниями дивизионного (корпусного) врача.

Позиция боевого охранения имеет своим назначением предупредить внезапное нападение противника, затруднить ему ведение наземной разведки, ввести в заблуждение относительно действительного положения переднего края.

Санитарное обеспечение подразделений, выделенных батальоном и охранение, лежит на обязанности командира санитарного взвода.

Передний край главной полосы обороны является основным рубежом сопротивления, подступы к которому должны быть прикрыты системой наиболее плотного заградительного огня всех видов, инженерно-химическими заграждениями и противотанковыми препятствиями.

Внутри обороняемой полосы избираются танконедоступные районы, служащие для размещения ударных групп и прикрывающие артиллерийские позиции и командные пункты.

Чрезвычайно важное значение в организации обороны имеет инженерное оборудование местности, которое может охватывать ряд работ различной очередности в зависимости от характера местности, имеющихся сил и предоставляемого времени.

В число этих работ входит устройство инженерно-химических заграждений, окопов, командных и наблюдательных пунктов, сооружение противотанковых препятствий, обеспечение укрытого сообщения на важнейших участках (первая очередь); устройство ходов сообщения с тылом, постройка различного рода убежищ (вторая очередь); постройка полевых дорог, необходимых для обслуживания войск, исправление существующих дорог, развитие работ первой и второй очереди (третья очередь).

Организация санитарного обеспечения находится в прямой зависимости от степени развития обороны и выполнения инженерных работ.

Чем больше времени было отведено на подготовку района обороны и чем больше процент выполненных работ, тем легче санитарной службе полностью охватить все задачи, стоящие перед ней в обороне.

Командир санитарного взвода участвует в производимой командиром батальона рекогносцировке района обороны; изучает характер местности, особо отмечает укрытые от огня и наблюдения пути, связывающие расположение рот скрывающейся группы с батальонным тылом.

При развитии обороны командир санитарного взвода привлекается к участию в определении ходов сообщения и путей, которые намечаются использовать для санитарной эвакуации, а также в определении мест и характера постройки убежищ, предназначенных для оказания медицинской помощи раненым.

В обороне особое внимание должно быть уделено вопросам санитарно-профилактического и противоэпидемического порядка контролю за качеством воды, качеством питания и правильности приготовления пищи, соблюдением правил личной гигиены, поддержанием чистоты занимаемого района расположения, правильным удалением нечистот.

Эти вопросы приобретают особую важность для поддержания боеспособности войск при длительной обороне.

Командир санитарного взвода, изучив местность и получив указания командира батальона по организации обороны, намечает наиболее удобные пути выноса и вывоза раненых из ротных районов, возможные направления для выдвижения постов санитарного транспорта к ротным

Резерв сан. носильщиков
 БМП
 Район стоянки санитарного транспорта
 ПСТ Сан. инстр. роты
 1-я стрелковая рота
 2-я стрелковая рота
 3-я стрелковая рота
 Санитар
 Боевое охранение
 Санитар

Резерв сан. носильщиков
 БМП
 Район стоянки санитарного транспорта
 ПСТ Сан. инстр. роты
 1-я стрелковая рота
 2-я стрелковая рота
 3-я стрелковая рота
 Санитар
 Боевое охранение
 Санитар

Резерв сан. носильщиков
 БМП
 Район стоянки санитарного транспорта
 ПСТ Сан. инстр. роты
 1-я стрелковая рота
 2-я стрелковая рота
 3-я стрелковая рота
 Санитар
 Боевое охранение
 Санитар

Резерв сан. носильщиков
 БМП
 Район стоянки санитарного транспорта
 ПСТ Сан. инстр. роты
 1-я стрелковая рота
 2-я стрелковая рота
 3-я стрелковая рота
 Санитар
 Боевое охранение
 Санитар

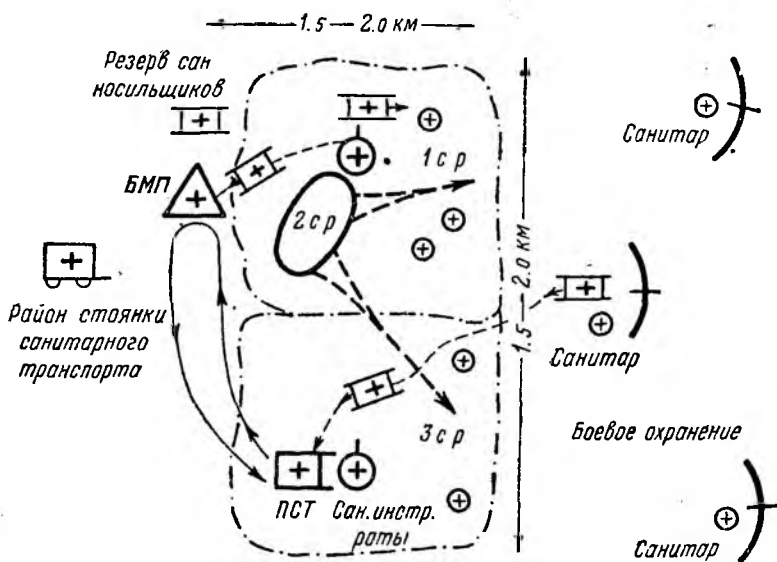


Рис. 24. Санитарное обеспечение стрелкового батальона в обороне.

В непосредственной близости от БМП сосредоточилась 2-я стрелковая рота — ударная группа батальона (стрелками указаны возможные направления контратаки в случае прорыва противника). В районе БМП сосредоточен резерв санитаров-носильщиков, предназначенный к выброске на направление контратакующей роты. Неподалеку (100—150 м) отведено укрытое место для стоянки прибывшего тыла санитарного транспорта. Вынос раненых из района 1-й стрелковой роты возможен лишь по линии сообщения и поэтому осуществляется санитарями-носильщиками, действующими по способу «подстав» от переднего края до БМП. Ротный

пост медицинской помощи (РМП) 1-й стрелковой роты находится в убежище, где могут ожидать выноса 5—6 раненых.

В районе 3-й стрелковой роты есть возможность подвести колесный санитарный транспорт вплотную к убежищу РМП, поэтому ПСТ здесь расположился совместно с санитарным инструктором роты. Доставка раненых санитарями-носильщиками производится только до ПСТ, далее же до БМП курсирует колесный санитарный транспорт.

Объем работы БМП в отношении сортировки и оказания помощи раненым и пораженным ОВ в данном случае будет значительно больше, чем в ранее разобранных нами примерах. Однако на территории батальонного района обороны может быть сосредоточен мощный артиллерийский огонь противника, который на время может прекратить всякую возможность сообщения между отдельными точками; артиллерийский огонь, действия танков и авиации противника могут препятствовать также и сообщению с тылом.

Поэтому при расстановке сил и в распоряжениях командир санитарного взвода обязан предусмотреть изменение действий на случай прорыва противником переднего края обороны и перехода ударной группы в контратаку, обеспечить бесперебойную работу взвода в случае принятия командованием решения о выходе из боя, располагать резервами санитаров-носильщиков и санитарного транспорта.

При переходе ударной группы в контратаку с целью ликвидации прорвавшегося в глубину обороны противника санитарное обеспечение должно быть особенно полным и четким. Здесь может сложиться самая неожиданная обстановка в смысле большого числа раненых и серьезных затруднений в оказании им помощи и выноса в тыл. Бой с прорвавшимся противником будет развиваться с молниеносной быстротой; одновременно придется драться с противником на разных направлениях, стремясь окружить и уничтожить его. Поэтому и санитарное обеспечение при переходе ударной группы в контратаку должно быть построено на личном руководстве командира санитарного взвода и на использовании им всех возможностей и резервов.

Поддерживая все время связь со 2-й стрелковой ротой (в разбираемом нами примере), командир санитарного взвода при переходе роты в контратаку оставляет свое убежище и вместе с санитарями-носильщиками и санитарными инструкторами продвигается в расположение этой роты. Нужно очень внимательно следить за ходом боя, чтобы правильно определить направление безопасного выноса раненых в тыл.

Артиллерийский огонь противника в это время обычно перенесен на тылы (чтобы помешать подходу резервов обороняющегося); прорвавшиеся в глубину обороны танки тоже могут представлять чрезвычайно серьезную угрозу.

Вместе с тем в данном случае особенно опасно будет приостанавливать вынос раненых и накапливать их в каком-либо, хотя бы и защищенном месте.

Санитарное обеспечение выхода из боя

Санитарное обеспечение выхода из боя требует особенно большой инициативы, смелости и умения со стороны всех работников санитарной службы батальона.

Выполняя решение старшего войскового начальника о выходе из боя, командир стрелкового батальона отводит на заранее подготовлен-

ный тыловой рубеж подразделения, входившие в состав сковывающей группы. Отход производится по возможности скрыто от противника (преимущественно ночью, вне непосредственного боевого соприкосновения); во всех случаях часть сил с мощными огневыми средствами оставляют в качестве прикрывающей (арьергард) и она отходит последней.

Командир санитарного взвода организует вынос и вывоз раненых таким образом, чтобы ни один не попал в руки противнику. Импульсы отделения санитаров-носильщиков в данном случае усиливаются давлением командира батальона за счет бойцов подразделений; санитарный взвод не прерывает даже на самый короткий срок работы по оказанию помощи раненым, их сортировке и выносу (эвакуации), сосредоточивая свои средства на обеспечении прикрывающего подразделения.

Санитарный взвод батальона отходит лишь вместе с прикрывающей ротой; в некоторых случаях командир взвода может отпустить часть транспорта, имущества и людей на тыловой рубеж вместе с отходящими подразделениями сковывающей группы.

Глава V

САНИТАРНАЯ СЛУЖБА СРЕЛКОВОГО ПОЛКА

Организация и средства

Санитарное обеспечение стрелкового полка осуществляется санитарной ротой полка, располагающей средствами для развертывания ПМП и средствами для организации выноса и вывоза раненых из рот и батальонов.

Начальнику санитарной службы (старшему врачу) полка подчиняются: 1) личный состав санитарной роты — во всех отношениях; 2) командиры санитарных взводов батальона и командиры санитарных отделений рот — по специальной службе.

ПМП является штатным учреждением, предназначенным для оказания медицинской помощи раненым и больным. Развертываясь в условиях походного и боевого порядка войск, ПМП осуществляет первую врачебную помощь, сортировку, регистрацию и эвакуацию поступающих раненых и больных.

Для этой цели ПМП располагает начальствующим и рядовым составом санитарной службы (врачи, фельдшера, санитарные инструктора, санитары, дезинфекторы, повозочные), медицинским, санитарно-хозяйственным, обочно-вещевым имуществом и транспортными средствами.

Медицинское имущество ПМП заключается в специальных комплектах, перевозимых в форменных ящиках или брезентовой упаковке. Наиболее важными являются комплекты, содержащие асептический перевязочный материал в брезентовом мешке; шины для иммобилизации переломов; инструментарий и врачебные предметы, необходимые для развертывания перевязочной; медикаменты и врачебные предметы, используемые для помощи пораженным ОВ; баллон с кислородом, принадлежностями и подушкой к нему; специальное имущество для оказания помощи пораженным СОВ.

Из предметов санитарно-хозяйственного имущества наибольшее значение при развертывании работы ПМП в боевой обстановке имеют санитарные посылки (имеется запас их, обеспечивающий также взвод санитаров-носильщиков) и палатки.

Санитарно-транспортные средства состоят из санитарных повозок и санитарных двуколок (рис. 25). Этот санитарный транспорт используется для работы на направлениях стрелковых батальонов, для

вывоза раненых на ПМП из батальонных пунктов медицинской помощи и с постов санитарного транспорта.

Чрезвычайно важным средством санитарного обеспечения боевых действий является взвод санитаров-носильщиков.

Взвод этот состоит из отделений; в состав каждого отделения входит командир — санитарный инструктор и обычно 7—8 санитаров-носильщиков. Отделения санитаров-носильщиков при действиях в походном и боевом порядке передаются, в зависимости от обстановки, в распоряжение командиров взводов санитарных батальонов.

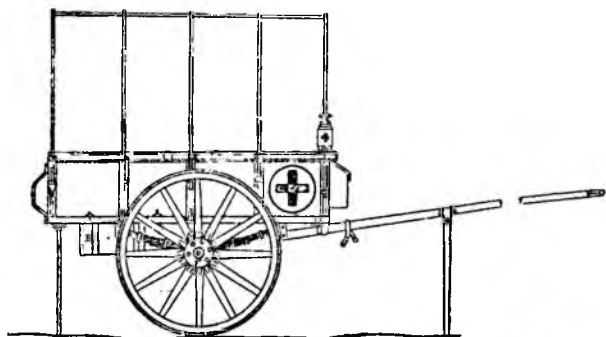


Рис. 25. Санитарная двуколка образца 1912 г.

Отделение санитарных собак служит для розыска раненых при действиях ночью или в лесистых местностях. В этих случаях специально натренированные санитарные собаки могут принести огромную пользу, так как помогают возможно быстрее найти раненого, оказать ему помощь и доставить его на медицинский пункт. Санитарные собаки снабжены специальным запасом средств самопомощи для раненых бойцов.

Санитарная служба полка может быть усилена распоряжением командира полка вспомогательными санитарями и санитарями-носильщиками за счет бойцов части. Чаще всего для этой цели будут использованы в бою музыкантские взводы; опыт боев у озера Хасан и с финской белогвардейщиной показал, что музыканты отлично, с инициативой и самоотверженностью выполняли обязанности по выносу раненых. Санитарная служба полка распоряжением дивизионного врача может быть усилена также за счет штатных средств санитарных учреждений дивизии отделениями санитаров-носильщиков, подвижными душевными и дезинфекционными установками, подвижной лабораторией для производства специальных исследований.

В некоторых случаях дивизионный врач может отдавать распоряжения об усилении санитарной службы стрелкового полка за счет объединяемых с ней санитарных средств других родов войск (например, артиллерийских или танковых частей). В этих случаях общее руководство обслуживанием и ответственность возлагаются на старшего врача полка.

Для обеспечения санитарной эвакуации раненых и боль-

ных из полковых медицинских пунктов распоряжением дивизионного врача высылаются санитарный автотранспорт на направления полков.

Управление и связь старшего врача полка

Старший врач полка управляет подчиненными ему подразделениями путем личных распоряжений и путем передачи письменных приказаний живой связью (через посыльных, при помощи средств санитарной эвакуации).

Непосредственную связь со штабом полка старший врач поддерживает путем личного общения, посредством посыльных или пользуясь технической связью (на ПМП обязательно подается конец телефонной линии). Старший врач полка в боевых условиях должен находиться там, где его присутствие и личное руководство необходимы по обстановке.

Схематически эту задачу старшего врача полка можно представить следующим образом. В процессе принятия решения командованием старший врач должен находиться в штабе полка: здесь он узнает боевую обстановку и решение командования, составляет свой план санитарного обеспечения боевых действий, согласовывает необходимые вопросы с начальником штаба и начальниками служб, докладывает командованию о необходимых мероприятиях.

В период подготовки полка к боевым действиям старший врач должен дать исчерпывающие указания своим подчиненным и лично проверить, насколько правильно его указания проводятся в жизнь. Если время позволяет, он собирает для инструктажа командиров санитарных взводов батальонов на ПМП; после инструктажа лично отправляется в подразделения проверить ход выполнения работы. В том случае, когда по условиям обстановки нельзя собрать подчиненных, старший врач полка отдает краткие распоряжения в письменной форме и использует оставшееся время для того, чтобы личным руководством помочь в наиболее слабом месте.

ПМП является основным местом нахождения старшего врача.

Часто бывают случаи, когда становятся совершенно очевидными тяжелое положение и погрешности санитарного обеспечения в каком-либо из батальонов: В этих случаях старший врач полка должен лично выехать в этот батальон для оказания практической помощи.

Старший врач полка поддерживает связь с дивизионным врачом по линии специальной службы через штаб полка, с командиром медико-санитарного батальона дивизии посредством санитарного транспорта, с санитарными взводами батальонов посредством посыльных или санитарного транспорта, со старшим врачом соседнего справа полка через штаб полка (рис. 26).

В порядке управления санитарной службой старший врач полка обязан вести оперативную документацию: рабочую и эпидемиологическую карту, расчеты по организации медицинской помощи и эвакуации, донесения, распоряжения и санитарные сводки.

На рабочую карту наносятся данные обстановки и решения командования. Основное требование, которое предъявляется к рабочей карте, — это нанесение всех необходимых данных, ясность нанесенного, отсутствие лишнего данных. На эту же карту наносятся результаты са-

я санитарной разведки и сведения санитарно-эпидемиологического характера. Расчеты по организации медицинской помощи и эвакуации служат основой плана санитарного обеспечения боевых действий полка. Донесение или распоряжение должно быть максимально кратким, содержать все необходимые данные для информации вышестоящего начальника или для руководства работой подчиненного. Обязательно долж-

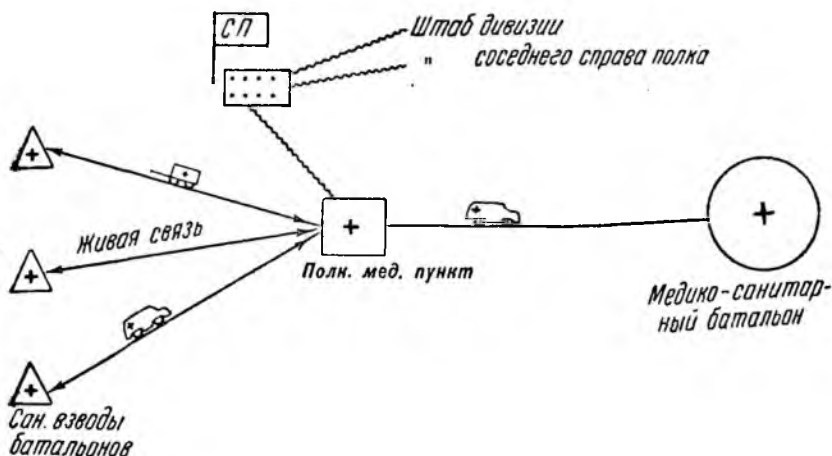


Рис. 26. Схема связи старшего врача полка.

ны быть указаны время, место составления документа, точный адрес получателя, масштаб карты, которой пользовался составляющий документ, и способ передачи.

Донесения и распоряжения, в которых имеются сведения, составляющие военную тайну или могущие раскрыть дислокацию и действия войск, отправляются секретным порядком.

Санитарная сводка является важнейшим документом. Она ежедневно представляется старшим врачом полка вышестоящему санитарному начальнику; этим путем старший врач систематически информирует дивизионного врача о важнейших моментах своей работы.

В ежедневной санитарной сводке освещаются:

- 1) санитарные потери (количество раненых и больных; из них эвакуировано и куда);
- 2) инфекционная заболеваемость в войсках и среди населения (зарегистрированные за сутки случаи с выделением случаев, бактериологически подтвержденных, и случаев с невыясненным диагнозом);
- 3) дислокация медицинских пунктов на час составления сводки, их загрузка;
- 4) некомплект личного состава, санитарного транспорта, важнейших предметов имущества;
- 5) прочие особо важные сообщения.

Санитарная сводка составляется в форме телеграммы и передается средствами штаба как оперативное допесенное секретным порядком.

Данные сводки всегда должны излагаться в соответствии с установленным перечнем вопросов (п. 1—5).

Можно привести следующий пример сводки.

«Слипцины. 20.00.21.4.39. КАРТА—50 000. Первое: нет. Второе: желудочно-кишечных полку 58, бактериологически установлены 3 дизентерии. Третье: полковой медицинский пункт развернут ИВАНОВКА, загрузка 14 больных. Четвертое: заболел, эвакуировав один фельдшер. Пятое: нет. Старший врач 8 сн ИВАНОВ».

Составление плана санитарного обеспечения

Старший врач стрелкового полка должен работать на основе четкого и всесторонне продуманного плана санитарного обеспечения. Чтобы составить этот план, старший врач полка всесторонне изучает боевую обстановку, пользуясь данными, которые он может получить в штабе полка.

К числу этих данных относятся разведывательные сводки, из которых можно сделать вывод о численности, расположении и замыслах противника; оперативные сводки, освещающие положение на фронте соседних частей и их действия; боевой приказ высшего соединения, из которого должна быть уяснена поставленная перед полком задача и придаваемые полку средства для выполнения этой задачи; приказ по тылу соединения, дающий отправные данные по организации подвоза и эвакуации.

От дивизионного врача старший врач полка получает указания: о времени и месте развертывания ДМИ, полевого подвижного госпиталя и путях санитарной эвакуации, о средствах усиления и санитарном транспорте, выделяемом на направление полка; о порядке направления легко раненых и больных и обеспечении их медицинской помощью; о выполнении заданий по санитарной разведке и проведении мероприятий противоэпидемической обороны.

Все эти данные старший врач полка дополняет имеющимися у него материалами личных наблюдений и результатами произведенной разведки.

Таким образом старший врач полка уясняет два необходимых для принятия решения момента: обстановку и поставленную задачу. Конечно, для принятия решения необходимо также точное знание в любой момент своих сил и средств. Располагая всеми этими данными старший врач полка имеет все необходимое для составления обоснованного плана санитарного обеспечения.

Вместе с другими начальниками служб старший врач полка привлекается к участию в подготовке решения командования; он узнает от начальника штаба полка о предварительных распоряжениях и основных пунктах предполагаемого решения. В свою очередь от старшего врача потребуются соображения по санитарному обеспечению предстоящих действий (походного движения или боя). Поэтому немедленно по получении отправных данных старший врач полка должен приступить к составлению своих расчетов, не ожидая издания боевого приказа по полку.

План санитарного обеспечения действий полка складывается из двух частей: из плана лечебно-эвакуационного обслуживания и плана предупредительных противоэпидемических мероприятий.

Соображения по лечебно-эвакуационному обслуживанию должны исходить из предвидения контингентов раненых и больных, которые потребуют медицинской помощи и эвакуации в течение данного отрезка времени. Иными словами, в основу всего планирования нужно положить ориентировочный расчет людских потерь.

Численность людских потерь части в бою зависит от самых разнообразных факторов; было бы бесплодной попыткой стремиться заранее предугадать точную цифру этих потерь.

Однако, изучая опыт войн последнего времени, на основе анализа статистического материала мы располагаем известными средними цифрами, которые можно рассматривать как исходный материал для вычисления (табл. 2).

Из этого вовсе не следует, что в каждом случае можно огульно пользоваться этими средними цифрами; они приобретают реальность только после внесения поправок, соответствующих данной конкретной обстановке.

Таблица 2

Средние учетные цифры потерь людьми за сутки боя, принимаемые за основу для ориентировочного расчета

1	
Часть или соединение	Возможные потери людьми в %
Стрелковая рота	До 40
Стрелковый батальон	» 30
Стрелковый полк	» 12
Стрелковая дивизия	» 6

Примечание. Проценты рассчитываются по отношению к боевому составу части.

2

Из всего количества боевых потерь части (100%):

Безвозвратные потери (убитыми) 20% (одна пятая)

Раненые, передаваемые на санитарно-эвакуационное обслуживание 80% (четыре пятых)

3

Средние расчеты заболеваемости:

а) При нахождении части на отдыхе или в резерве и при отсутствии эпидемических заболеваний—больных, нуждающихся в госпитализации за 1 день до 1—20/100

б) При действиях в походном или боевом порядке за один день до 2—30/100

Примечание. Промилли рассчитываются по отношению к числу едоков части.

Санитарная сводка составляется в форме телеграммы и передается средствами штаба как оперативное допоселение секретным порядком.

Данные сводки всегда должны излагаться в соответствии с установленным перечнем вопросов (п. 1—5).

Можно привести следующий пример сводки.

«Слипцины. 20.00.21.4.39. КАРТА—50 000. Первое: нет. Второе: желудочно-кишечных полку 58, бактериологически установлены 3 дизентерии. Третье: полковой медицинский пункт развернут ИВАНОВКА, загрузка 14 больных. Четвертое: заболел, эвакуировал один фельдшер. Пятое: нет. Старший врач 8 сн ИВАНОВ».

Составление плана санитарного обеспечения

Старший врач стрелкового полка должен работать на основе четкого и всесторонне продуманного плана санитарного обеспечения. Чтобы составить этот план, старший врач полка всесторонне изучает боевую обстановку, пользуясь данными, которые он может получить в штабе полка.

К числу этих данных относятся разведывательные сводки, из которых можно сделать вывод о численности, расположении и замыслах противника; оперативные сводки, освещающие положение на фронте соседних частей и их действия; боевой приказ высшего соединения, из которого должна быть выяснена поставленная перед полком задача и придаваемые полку средства для выполнения этой задачи; приказ по тылу соединения, дающий отправные данные по организации подвоза и эвакуации.

От дивизионного врача старший врач полка получает указания: о времени и месте развертывания ДМП, полевого подвижного госпиталя и путях санитарной эвакуации, о средствах усиления и санитарном транспорте, выделяемом на направление полка; о порядке направления легко раненых и больных и обеспечении их медицинской помощью; о выполнении заданий по санитарной разведке и проведении мероприятий противэпидемической обороны.

Все эти данные старший врач полка дополняет имеющимися у него материалами личных наблюдений и результатами произведенной разведки.

Таким образом старший врач полка выясняет два необходимых для принятия решения момента: обстановку и поставленную задачу. Конечно, для принятия решения необходимо также точное знание в любой момент своих сил и средств. Располагая всеми этими данными старший врач полка имеет все необходимое для составления обоснованного плана санитарного обеспечения.

Вместе с другими начальниками служб старший врач полка привлекается к участию в подготовке решения командования; он узнает от начальника штаба полка о предварительных распоряжениях и основных пунктах предполагаемого решения. В свою очередь от старшего врача потребуются соображения по санитарному обеспечению предстоящих действий (походного движения или боя). Поэтому немедленно по получении отправных данных старший врач полка должен приступить к составлению своих расчетов, не ожидая издания боевого приказа по полку.

План санитарного обеспечения действий полка складывается из двух частей: из плана лечебно-эвакуационного обслуживания и плана предупредительных противоэпидемических мероприятий.

Соображения по лечебно-эвакуационному обслуживанию должны исходить из предвидения контингентов раненых и больных, которые потребуют медицинской помощи и эвакуации в течение данного отрезка времени. Иными словами, в основу всего планирования нужно положить ориентировочный расчет людских потерь.

Численность людских потерь части в бою зависит от самых разнообразных факторов; было бы бесплодной попыткой стремиться заранее предугадать точную цифру этих потерь.

Однако, изучая опыт войн последнего времени, на основе анализа статистического материала мы располагаем известными средними цифрами, которые можно рассматривать как исходный материал для вычисления (табл. 2).

Из этого вовсе не следует, что в каждом случае можно огульно пользоваться этими средними цифрами; они приобретают реальность только после внесения поправок, соответствующих данной конкретной обстановке.

Таблица 2

Средние учетные цифры потерь людьми за сутки боя, принимаемые за основу для ориентировочного расчета

1

Часть или соединение	Возможные потери людьми в %
Стрелковая рота	До 40
Стрелковый батальон	» 30
Стрелковый полк	» 12
Стрелковая дивизия	» 6

Примечание. Проценты рассчитываются по отношению к боевому составу части.

2

Из всего количества боевых потерь части (100%):

Безвозвратные потери (убитыми) 20% (одна пятая)
 Раненые, передаваемые на санитарно-эвакуационное обслуживание 80% (четыре пятых)

3

Средние расчеты заболеваемости:

а) При нахождении части на отдыхе или в резерве и при отсутствии эпидемических заболеваний—больных, нуждающихся в госпитализации за 1 день до 1—20/100
 б) При действиях в походном или боевом порядке за один день до 2—30/100

Примечание. Промилли рассчитываются по отношению к числу едоков части.

Более реальные цифры могут быть получены при учете характера выполняемой частью боевой задачи (наступление, оборона, выход из боя) и соотношения сил с противником. При значительном превосходстве сил над противником людские потери части будут значительно меньше средних цифр. Большое значение здесь приобретает также наличие артиллерии, танковых и других специальных частей, облегчающих выполнение боевой задачи, а также характер местности, на которой полк действует. Наступление на обороняющегося противника при наличии скрытых подступов к переднему краю обороны связано с меньшим числом людских потерь у наступающего; оборона при наличии полного инженерного обеспечения, окопов и сооружений даст меньшее число людских потерь у обороняющегося.

План использования средств санитарной службы должен всегда предусматривать наличие резервов.

Если после составления плана получается вывод о недостаточности средств санитарного транспорта, старший врач полка обязан принять решение о том, как достигнуть должного обеспечения. Необходимо в данном случае ходатайствовать перед командованием полка о выделении вспомогательных средств санитарного транспорта (например, выделение бойцов в качестве вспомогательных санитаров-носильщиков, хозяйственных повозок, грузовых машин).

Далее, на основании сделанных расчетов производится распределение средств усиления (санитары-носильщики, санитарный транспорт) между батальонами.

Форма I

Ориентировочный расчет людских потерь

Этап боя (операции) на

Направления (группировки частей)	Общая численность	Боевой состав	Боевые потери		Без- воз- врат- ные потери	Всего ране- ных	Боль- ных	Р/В пле- ных	Итого подлежит сан- эвакуации
			%	абсолют- ные цифры					
Итого ..									

Старший врач полка

РАСЧЕТ

санитарной эвакуации из (часть, соединение) на (какой)
этап боя (операции)

Направление (группировки частей)	Всего подлежит санитарной эвакуации	Из всего числа эвакуируется обратным порожняком (пешком)	Нуждаются в специальном санитарном транспорте	Расстояние эвакуации (в км)	Время 1 оборота автомашины (повозки)	Автомашин		
						санпозовок		
						требуется	имеется	недостаёт
Итого . . .								

Выводы:

Старший врач полка

Пример построения расчета потерь и санитарной эвакуации (см. формы I и II)

Краткие данные обстановки: стрелковый полк, поддерживаемый двумя дивизионами артиллерии и ротой танков, прорывает оборону противника, находясь в первом эшелоне на направлении главного удара дивизии.

Противник перед этим отходил и занял оборону на заранее подготовленном тыловом рубеже. По данным разведки, на фронте полка обороняется один пехотный батальон, имеющий перед передним краем полосу инженерно-химических заграждений. Авиаразведкой установлен подход резервов из глубины расположения (20—25 км от переднего края обороны). Характер местности: имеются укрытые подступы к переднему краю (лесистые участки, лощины), но именно в этих местах предполагается наличие заграждений.

Расчеты старшего врача полка

1. Ориентировочный процент боевых потерь полка за день боя принимается равным 20 (учитывая подготовленность оборонительного рубежа противника).

Боевой состав полка с частями усиления 2500 чел.

Всего боевых потерь 500 чел.

Из этого числа: убитых и без вести пропавших 100 чел., раненых 400 чел.

2. Из всего числа раненых подлежат выносу санитарями-носильщиками до 120 чел. (до 30%).

Могут следовать пешком на ПМП до 240 чел. (до 60%).

Возвращаются в строй по оказании медицинской помощи до 40 чел. (до 10%).

3. Для выноса 120 раненых на протяжении 8 часов боя (среднее расстояние — 1 км, затрата времени носильщиками на каждый оборот — 30, мин.) потребуется 8 носилочных звеньев, или 4 отделения.

Для доставки этих же раненых от линии ПСТ и БМП до ПМП (среднее расстояние 2 км) потребуется 40 санитарных повозок. Если учесть,

что каждая повозка за время боя может сделать 5 рейсов, потребность в санитарных повозках выразится цифрой 8. В том случае, если эвакуация раненых с ПСТ и БМП до ПМП возможна посредством автомашины, потребное для оборота транспорта время сокращается, количество возможных рейсов увеличивается до 10.

В данном случае для вывоза всех нуждающихся в специальном транспорте раненых достаточно 3 санитарных автомашин или 4—5 грузовых приспособленных.

Вывод. Наличие средства санитарной роты полка обеспечивают своевременную эвакуацию раненых. У командира полка испрашиваются средства для создания резерва в распоряжении старшего врача полка в размере двух отделений санитаров-носильщиков и 2—3 грузовых машин (8—10 повозок).

В приведенном выше примере можно предвидеть оказание помощи на ПМП почти всем 400 раненым. Чтобы возможно лучше обслужить раненых, нужно правильно расставить силы, дать усиленную нагрузку каждому работнику ПМП, обеспечить им отдых, питание и уход. Достаточно частой и весьма опасной ошибкой при планировании является сосредоточение всего внимания только на расчете эвакуационных средств. Самое главное—не только эвакуировать, но и обеспечить раненым полную медицинскую помощь; в этом лежит основа лечебно-эвакуационного обслуживания.

Для проведения предупредительных противоэпидемических мероприятий от старшего врача полка требуется прежде всего эпидемиологическая оценка обстановки, в которой действуют войска.

Эпидемиологическая обстановка складывается из взаимодействия двух факторов: состояния войск и состояния окружающей среды.

Состояние войск в санитарно-эпидемиологическом отношении может классифицироваться как благополучное при отсутствии заразных заболеваний; как неустойчивое—при появлении отдельных заболеваний, не связанных между собой; как неблагополучное—при появлении массовых однородных заболеваний, охватывающих свыше 5% состава части; наконец, как чрезвычайное—при массовом возникновении острозаразных заболеваний (чума, холера, дизентерия, паразитарные тифы и т. п.).

В зависимости от данных о заболеваемости среди гражданского населения район этот расценивается как благополучный, сомнительный, угрожаемый или неблагополучный.

Оценка санитарно-эпидемиологического состояния района действий производится на основании данных санитарной разведки и получаемой информации от соседей, от старшего санитарного начальника от гражданских органов здравоохранения.

Непрерывная санитарная разведка является неотъемлемой частью работы всей санитарной службы полка. Руководящий ею начальник, давая своим подчиненным задания по санитарной разведке, должен руководствоваться следующими правилами:

- 1) разведывать только то, что действительно может дать материал для освещения санитарного состояния и что действительно необходимо;
- 2) всегда ставить конкретную задачу санитарной разведке;
- 3) не пытаться добывать разведкой те сведения, которые легко могут быть получены иным путем;

4) давая задание по санитарной разведке, точно рассчитывать необходимое время на сбор сведений, обеспечить разведчика средствами передвижения и указать время и место представления доклада о результатах разведки;

5) ставить задачу по санитарной разведке в полном соответствии с подготовленностью и оснащением исполнителя, поручая серьезные задачи эпидемиологической разведки врачу или фельдшеру;

6) информировать командование и политический аппарат части о результатах разведки;

7) по возможности лично проверять достоверность собранных санитарными разведчиками сведений.

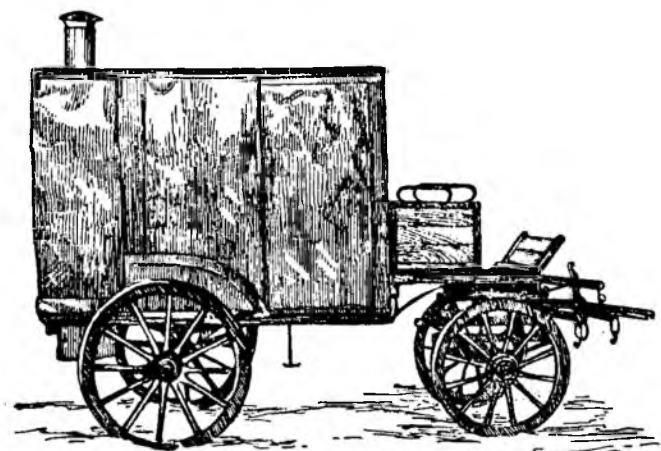


Рис. 27. Пароформалиновая подвижная дезинфекционная камера на конной тяге ПФ-14.

При неустойчивом санитарном состоянии старший врач полка докладывает командованию о необходимых мерах предупреждения и ликвидации заболеваний, если они возникли. Мероприятия эти объявляются специальным приказом по полку.

При неблагоприятном состоянии части, кроме мер, проводимых приказом по полку, вызываются специальные противоэпидемические средства, находящиеся в распоряжении дивизионного врача (лаборатория, дезинфекционно-обмывочные установки; рис. 27—30).

При чрезвычайном эпидемическом состоянии решением высшего командования часть объявляется небоеспособной, выводится в резерв, подвергается изоляции и карантинизации.

Санитарно-эпидемиологическая оценка района действий должна находить свое отражение в плане санитарного обеспечения в виде следующих мероприятий: сокращение контакта с населением, обход угрожаемых пунктов и районов, безусловный запрет располагать войска в населенных пунктах, признанных неблагоприятными в эпидемическом отношении.

План санитарного обеспечения представляется старшим врачом полка командованию в виде краткого устного доклада; если есть на-

добность отдать специальный приказ по полку о предупредительных и противоземлемических мероприятиях, старший врач полка одновременно с докладом представляет проект приказа по полку.

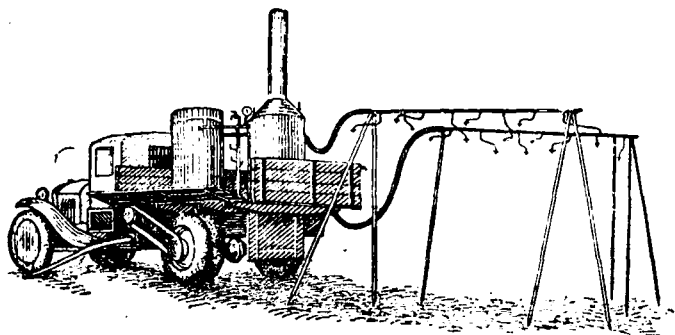


Рис. 28. Подвижная душевая установка на автотяге в развернутом виде.

По утверждении плана старший врач полка согласовывает с начальником штаба помещаемые в общий приказ указания о месте развертывания ПМП и путях эвакуации, а также о порядке использования обратного рейса полкового транспорта.

Следующий этап в работе старшего врача полка — это реализация плана санитарного обеспечения.

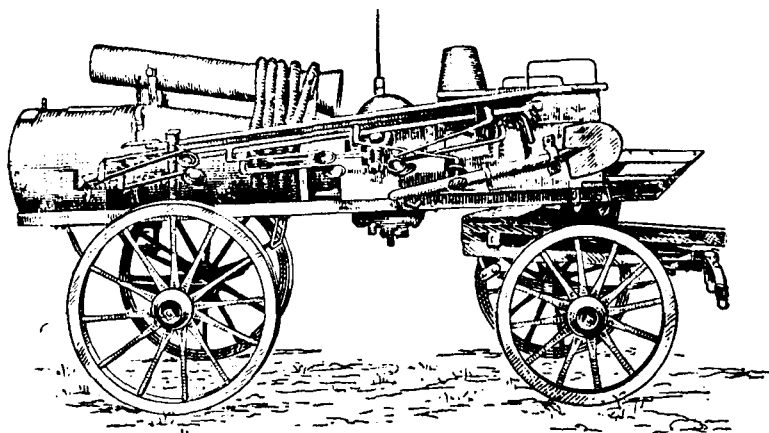


Рис. 29а. Подвижная душевая установка на конной тяге В-2 в походном положении

Отдельными распоряжениями (чаще всего устными) производится распределение средств усиления между батальонами; даются указания командирам санитарных взводов батальонов и медицинскому составу приданных полку специальных подразделений; уточняется место развертывания ПМП и даются указания начальнику последнего по организации работы.

Самое важное во всей системе работы старшего врача полка — это по-
успокаиваться на том, что план составлен и распоряжения отданы; он дол-

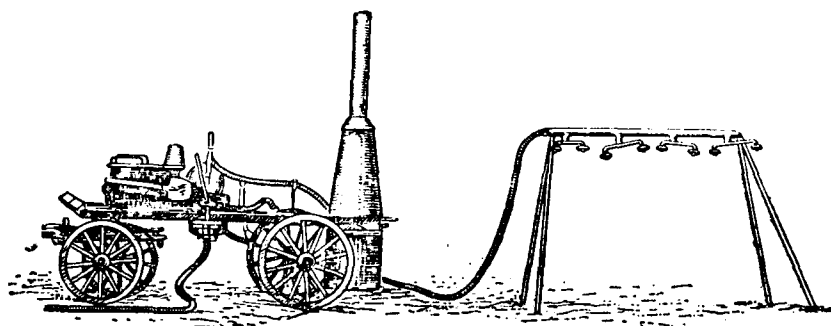


Рис. 296. Подвижная душевая установка В-2 в рабочем положении.

жен непрерывно следить за ходом боя, проверять работу своих подчинен-
ных, улавливать имеющие существенное значение изменения боевой обста-

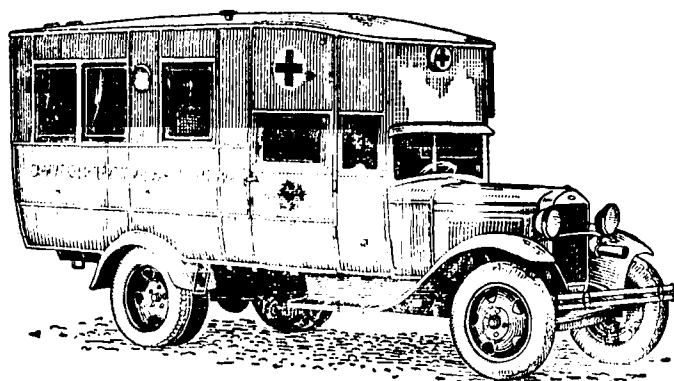


Рис. 30. Автолаборатория.

новки и быстро реагировать на эти изменения. Только при условии такого
живого руководства санитарное обеспечение боевых действий будет успеш-
ным.

Полковой медицинский пункт

При действиях полка в боевом порядке район развертывания
ПМП указывается старшему врачу полка командованием полка в соответ-
ствии с решением, принятым по организации тыла.

Перемещения ПМП указываются в приказании по тылу полка, что-
бы во время боя место нахождения ПМП было известно командирам под-
разделений.

В пределах указанного для развертывания ПМП района старший врач
полка производит рекогносцировку, окончательно устанавливает место рас-

положения ПМП, дает распоряжения обозначить указателями ведущие к этому месту пути и сообщает штабу точные ориентиры.

Выбранное в полковом тылу для развертывания ПМП место должно отвечать следующим требованиям:

- 1) находиться на расстоянии 2—5 км от линии фронта;
- 2) быть укрытым от наземного и воздушного наблюдения противника; иметь относительное укрытие от артиллерийского огня (в обороне требования в этом направлении увеличиваются);
- 3) не иметь в непосредственной близости от себя объектов, особо привлекающих артиллерийский огонь противника (огневые позиции артиллерии, узлы дорог, заметные издали ориентиры для пристрелки);
- 4) быть связанным проходимыми для санитарного транспорта путями с направлениями батальонов и с общими путями подвоза и эвакуации в полковом тылу;
- 5) допускать возможность такого рассредоточения элементов ПМП, чтобы попадание снаряда тяжелой артиллерии или авиационной бомбы не могло повредить нескольких элементов одновременно; предусматривать наличие поблизости запасной площадки, на которую ПМП мог бы быстро перейти в случае применения противником химических или зажигательных снарядов;
- 6) обеспечить возможность обороны ПМП против наземного противника собственными силами;
- 7) располагать поблизости источником доброкачественной воды; не иметь угрожающего в эпидемическом отношении окружения.

Полковой медицинский пункт должен обладать такой степенью подготовленности персонала, которая обеспечивает ему развертывание и готовность к работе в наиболее короткие сроки.

Из опыта известно, что хорошо сработавшийся состав бывал готов к приему раненых и больных через 10 мин. после прибытия к месту развертывания, заканчивал развертывание через 20—25 мин. и на свертывание ПМП и погрузку имущества на новозки затрачивал 15 мин.

Постоянной трепировкой всего личного состава нужно свести к минимуму потерю времени на развертывание и свертывание ПМП; в боевой обстановке это требование приобретает особенное значение.

В подвижных видах боевых действий полка оседлость ПМП на первоначально избранном месте развертывания очень невелика; она измеряется, в зависимости от обстановки, лишь часами. Даже если в наступлении на обороняющегося противника в исходном положении было выбрано отвечающее всем требованиям место для развертывания ПМП, то уже через несколько часов, когда части продвинутся вперед, ПМП окажется оторвавшимся от частей и не сможет справляться с поставленной перед ним задачей. Попадобитися, очевидно, перепести ПМП на новое место работы, чтобы обеспечить полк на данном рубеже боя. Это обстоятельство нельзя рассматривать как случайное; оно неминуемо связано с выполнением войсками поставленной перед ними задачи и поэтому должно быть заранее предусмотрено старшим врачом полка.

Такой перенос медицинских пунктов соответственно рубежам боя должен производиться без ощутительного перерыва в работе этих пунк-

тов. Если добавить к этому требование сосредоточения наиболее мощных средств службы на решающем направлении, то получим определение термина «маневр санитарными средствами».

Необходимо строго планировать маневр санитарными средствами во времени и пространстве, чтобы не нарушить непрерывности работы.

Бесспорно, ПМП должен быть в любом виде боя развернут именно в том месте и на таком удалении от линии фронта, которое является наиболее благоприятным в смысле своевременности медицинской помощи и возможности обеспечить санитарным транспортом данный отрезок эвакуации. В наступательном бою его продвижение должно соответствовать темпу продвижения войск. Если допустить пребывание ПМП в развернутом виде на одном месте в течение 4 часов, то это потребовало бы уже значительного продвижения вперед (скачка). Между тем опыт показывает, что первые раненые в бою начинают прибывать на ПМП уже через 2—3 часа после начала боя. Иначе говоря, не успев еще ПМП как следует развернуть работу, как ему уже нужно свертываться и продвигаться вперед.

В отношении других санитарных учреждений (об этом дальше будет сказано подробно) мы можем решать задачу маневра путем деления: в то время как одна часть учреждения развернута и работает, другая часть готовится к выброске на следующий рубеж. Работающий этап санитарной эвакуации принимает волну раненых и больных до тех пор, пока эта волна не будет переключена полностью на выдвинутый вперед новый этап санитарной эвакуации.

При продолжающемся продвижении боевого порядка закончившая работу на прежнем рубеже часть учреждения (эшелон) продвигается через голову второго, продолжающего работать эшелона. Этот вид маневра носит название переката.

В отношении ПМП это выполнить трудно, ибо небольшой его состав делает деление на две равноценные части (два эшелона) весьма затруднительным. Численность личного состава и техническое оснащение этапа санитарной эвакуации определяют объем его работы в данной боевой обстановке. Если мы прибегнем для осуществления маневра к делению ПМП на равные части, работающие попеременно на боевых рубежах, то мы рискуем много снизить производственную мощность каждой части.

Принимая решение о маневре средствами санитарной роты, старший врач полка должен положить в его основу соображения о максимально возможном приближении ПМП к боевой линии и об обеспечении всех раненых своевременной врачебной помощью. Поэтому, если необходимость перенести ПМП на другой рубеж возникла в тот момент, когда еще не закончено обслуживание прибывших раненых, то, в зависимости от обстановки, может быть принято одно из двух решений: выдвинуть большую часть санитарной роты (первый эшелон) на новый рубеж, оставив на прежнем месте лишь минимальное количество медицинского состава для завершения работы, или, наоборот, выдвинуть на новый рубеж лишь часть медицинского состава, оставив на месте основные средства санитарной роты для окончания всех работ по оказанию медицинской помощи и эвакуации раненых.

Во всяком случае этот маневр нельзя считать делением на равные части, ибо объем работы выдвигаемой и оставляемой на месте части, а также состав эшелонов неодинаковы. Можно прибегнуть к такому делению ПМП лишь в отдельных случаях: например, при наступлении на направлении главного удара, когда в состав ПМП включены санитарные средства поддерживающих артиллерийских и других специальных частей; при обороне на широком фронте, когда это необходимо по условиям путей эвакуации; при выходе из боя, когда нужно обеспечить одновременно тыловой рубеж и прикрывающие подразделения.

Правилom же является обеспечение работы ПМП на одной площадке в полном его составе и сокращение в бою до минимума потери времени на его свертывание, передвижение и развертывание.

В подвижных формах боя можно достигнуть этого только правильным выбором места и времени развертывания ПМП.

Старший врач полка, усвоив обстановку и решение командования, должен установить, на каком именно направлении и на каком этапе боя предвидятся наибольшие людские потери. Он должен из указаний дивизионного врача точно знать время и место развертывания ДМП; последний, развертываясь в полковом тылу, часто будет «наступать на пятки» полковому медицинскому пункту и делать его пребывание в избранном пункте ненужным. Все это должно быть учтено старшим врачом полка при принятии им решения о времени и месте развертывания ПМП. Организация работы ПМП показана на рис. 31. ПМП может использовать для развертывания населенный пункт или любую местность, отвечающую изложенным выше требованиям.

При развертывании вне населенного пункта и вдали от строений, которые можно было бы использовать, ПМП пользуется своими специальными палатками¹.

Разберем схему развертывания ПМП в местности, где нет никаких строений, которые могли бы быть использованы (рис. 31).

На пути подхода и подвоза раненых, пораженных ОВ и больных с фронта организуется «распорядительный пост» (РП), который является основным местом управления, где находится начальник ПМП и дежурный наряд и где сосредоточиваются средства связи и сигнализации. На ПМП место расположения РП совпадает с сортировочной и с перевязочной для легко раненых.

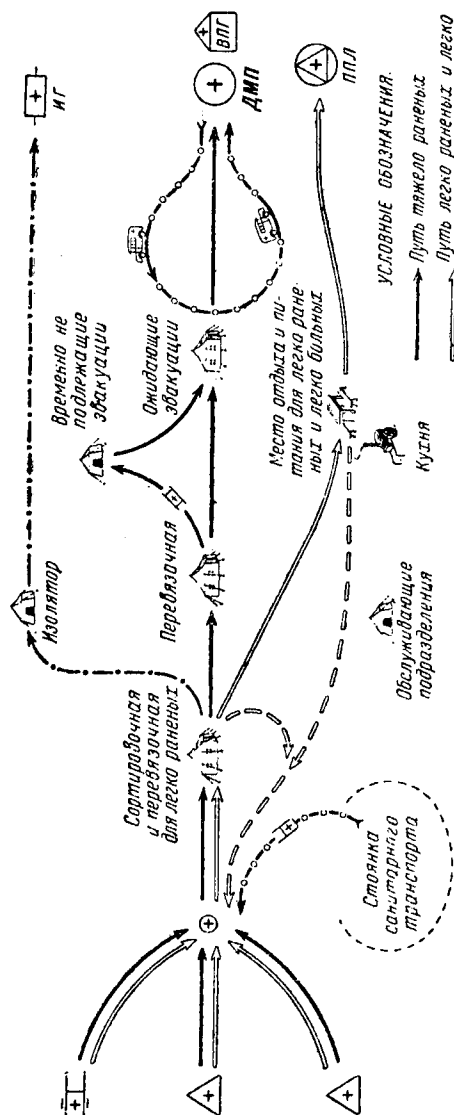
От РП представляется дежурный санитар (ночью возле него находится фонарь, заметный издали). Обязанности этого санитара:

- а) при поступлении раненых и больных сразу отделить пораженных ОВ, указав им дорогу на дегазационную обработку;
- б) всем остальным указать дорогу на сортировочно-приемную площадку.

Санитарный транспорт, доставляющий раненых, не пропускается в глубь расположения ПМП; он лишь подъезжает к сортировочно-приемной площадке, чтобы сдать эвакуируемых, и немедленно после этого отъезжает в сторону, чтобы вновь вернуться к батальонам.

Этот путь движения должен быть отчетливо обозначен («фронтальная петля»).

¹ В обороне при развитой системе инженерных работ для ПМП выделяется специально оборудованное убежище.



ПОЯСНЕНИЯ К СХЕМЕ ПМП [I]

1. Функциональные подразделения ПМП развертываются, как правило, в палатках, помещенных по таблице, но не исключена возможность использования и жилого фонда.
2. В некоторых случаях подразделения ПМП могут быть развернуты также в краснокоричневых палатках, землянках и блиндажах.
3. На ПМП необходимо отвести специальное место для умерших в качестве покойничкой (на схеме не указано)

Рис. 31. Схема полкового пункта медицинской помощи.

Поступившие на сортировочно-приемную площадку раненые и больные немедленно осматриваются врачом.

В ненастную погоду или в холодное время года осмотр производится в помещении или в палатке, в прочих случаях — под открытым небом. Для удобства осмотра можно носилки с ранеными устанавливать на специально предлагаемых 4 колях с крючьями (рис. 32); изготовление и установка их чрезвычайно просты, и таким путем можно в полевых условиях легко заменить недостающий перевязочный стол. Предлагаемый метод имеет еще два преимущества — портативность колей и от-

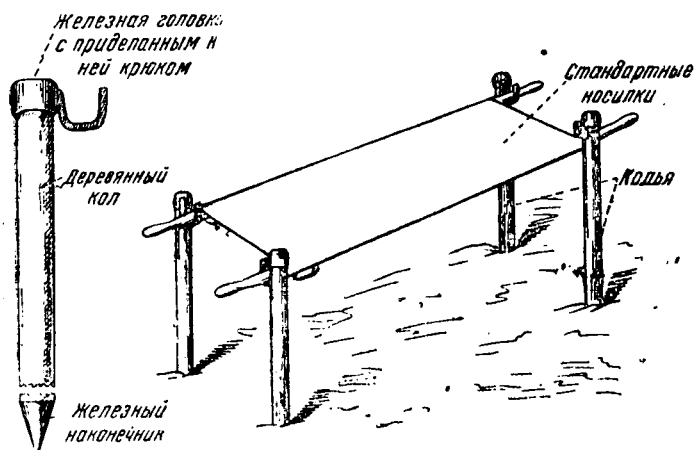


Рис. 32. Импровизация перевязочного стола в полевых условиях.

сутствие необходимости перекладывать раненого при осмотре; раненого осматривают на тех же носилках, на которых он доставлен.

Сортировку здесь производят, исходя из деления всех поступающих на следующие группы:

а) нуждающиеся в неотложной врачебной помощи направляются в перевязочную;

б) больные, подозрительные на инфекционные заболевания, направляются в изолятор;

в) легко раненые и больные, не нуждающиеся в неотложной врачебной помощи и специальном уходе, направляются на специально для них отведенную площадку.

При сортировке и приеме раненых и больных на них заполняется медицинская карточка передового района (рис. 33—34); при этом заполняется лишь паспортная часть карточки, так как остальное можно заполнить лишь после оказания медицинской помощи и принятия решения о дальнейшей эвакуации.

Врач, работающий на приемно-сортировочной площадке, регулирует движение внутри ПМП; он учитывает загруженность перевязочной, направляет туда в первую очередь наиболее тяжелых раненых и задерживает направление в том случае, когда столы в перевязочной еще заняты. Легко раненым медицинская помощь оказывается в сортировочной.

С К О Р А Й Н О М О Щ Ь! (красная)

[illegible]

Примечание: Отрезок надписью "Скорая помощь" печатается красным цветом.
 "Специальная помощь моральному ОВ"—желтым цветом.
 "Изоляция"—черным цветом.

Рис. 33. Медицинская карточка передового района.

ОСОБЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ВРАЧА:

Записи следующих этапов эвакуации:

Наименование этапа		Дата и час прибытия	Дата и час выбытия	Оказанная помощь (название операции)	Куда направляется

Поход:

(наименование лечебного учреждения)

Возвращен в часть стрелками, построены, направлен в батальон выдвигавшихся, уволен в отпуск, уволен вновь (подчеркнуть)

Умер " _____ 194 г. от _____

погребен _____

Фамилия врача _____

Рис. 34. Медицинская карточка передового района (оборотная сторона).

Этот же врач руководит организацией обороны ПМП от наземного противника, а также мерами защиты от воздушного нападения.

Не менее важной функцией врача, работающего на сортировочно-приемной площадке, является непосредственное руководство и помощь при работе с пораженными ОВ.

При наличии тяжелых случаев смешанных поражений (микстов) врач лично участвует в обработке ранений с большой зоной повреждения.

После дегазации пораженных, нуждающихся в дальнейшей хирургической помощи, переносят в перевязочную.

Перевязочная является центром всей работы ПМП по оказанию медицинской помощи раненым и больным.

Здесь работает врач с помощниками (зубным врачом, фельдшером, санитарными инструкторами, санитарями). При правильной организации работы ПМП в перевязочную должны направляться лишь те раненые, которые требуют неотложной врачебной помощи.

Важнейшими из выполняемых здесь мероприятий являются:

- 1) остановка кровотечения, наложение давящей повязки с тампонадой раны, снятие жгутов;
- 2) переливание крови;
- 3) иммобилизация при переломах конечностей, наложение транспортных шин для дальнейшей эвакуации;
- 4) первая врачебная помощь при челюстно-лицевых ранениях;
- 5) введение предохранительных сывороток, внутривенное введение раствора глюкозы, применение обезболивающих и поднимающих сердечную деятельность средств;
- 6) меры против угрожающего нарушения дыхательной деятельности (например, закрытие плевноторакса при ранении грудной полости, трахеотомия).

Объем хирургической деятельности здесь зависит в значительной мере от обстановки (количество и тяжесть поражений, напряженность поступления раненых на ПМП во времени, степень подготовленности и сработанности персонала и т. д.).

Во всех случаях должно быть выполнено требование: устранить опасность, угрожающую жизни раненого, и подготовить его к дальнейшей эвакуации.

Легко раненые после осмотра их врачом сортировочно-приемной и оказания необходимой медицинской помощи собираются в отведенном для этой цели месте. Дальнейшая эвакуация легко раненых производится обратным войсковым порожняком транспорта, который для этой цели должен быть подан в район расположения ПМП.

Чрезвычайно существенное значение имеет возможность организовать отдых легко раненого или больного, дать ему кружку горячего чая, накормить. Сейчас выдвигается категорическое требование иметь на ПМП запас концентратов и обеспечить быстрое приготовление пищи для раненых или больных, прежде чем их эвакуировать.

Легко раненые могут быть направлены на обменный пункт (ДОП), на котором может быть развернут пункт помощи легко раненым (ППЛ), или, в зависимости от полученных указаний дивизионного врача, непосредственно на ПМП. Если санитарного транспорта, подаваемого к ПМП, недо-

статочно для эвакуации всех нуждающихся в этом раненых и больных, старший врач полка заблаговременно представляет штабу полка заявку с указанием, какое именно количество транспортных средств и к какому времени должно быть подано на медицинский пункт.

При сортировке подлежащих эвакуации раненых и больных должно быть определено, кто именно из них подлежит эвакуации санитарным транспортом. Таким образом, подаваемый общевойсковой транспорт преимущественно используется для легко раненых и больных, не нуждающихся в специальных приспособлениях при перевозке.

Отправление одиночных повозок или машин с ранеными или больными не должно иметь места: обычно отправляется несколько таких единиц транспорта; при необходимости штаб полка назначает охрану такой колонны и обязательно выделяет лицо медицинского состава для сопровождения и оказания медицинской помощи в пути.

В исключительных случаях, когда ДМП находится на небольшом (3—4 км) расстоянии от ПМП и когда нехватает транспорта, допускается отправка раненых пешком в составе команд, возглавляемых лицом младшего начальствующего состава, и обязательно в сопровождении лекарского помощника или санитарного инструктора. Никким образом не может допускаться самостоятельное передвижение одиночных раненых.

Изолятор предназначается для временного помещения больных, у которых есть основание подозревать заразное заболевание.

В перерывах между поступлением на ПМП раненых и больных врач изучает состояние находящихся в изоляторе больных и решает вопрос об их дальнейшей эвакуации.

Практически вопрос этот чаще всего разрешается использованием для перевозки инфекционных больных части автосанитарных машин, работающих на направлении данного полка; после перевозки обязательно производится дезинфекция машин.

Нельзя эвакуировать в одной и той же машине разнородных инфекционных больных или инфекционных больных вместе с ранеными или незаразными больными.

Место для ожидающих эвакуации санитарным транспортом вплотную примыкает к погрузочно-сортировочной площадке. К этой площадке подходит санитарный автотранспорт, прибывший из тыла, грузится и направляется на ДМП.

Производимая здесь при отправке сортировка должна предусматривать деление на следующие категории:

а) по виду транспортировки — сидя или лежа;

б) по очередности (в случае, если подаваемого транспорта недостаточно, чтобы забрать сразу всех подлежащих эвакуации).

Санитарный транспорт, прибывающий из тыла и предназначенный для разгрузки ПМП, размещается на расстоянии 100—150 м и подходит к погрузочно-сортировочной площадке по вызову; путь подхода транспорта и выхода его на направление в тыл не должен пролегать поблизости от основных элементов ПМП.

На ПМП производится регистрация всех раненых и больных. Для этого пользуются медицинской карточкой передового

района, обеспечивающей преемственность медицинской помощи при прохождении раненым дальнейших этапов санитарной эвакуации.

Медицинские карточки передового района скреплены в виде блокнота: каждая карточка имеет корешок, остающийся в блокноте после отрывания карточки (рис. 33—34).

После заполнения карточки на ПМП она вручается эвакуируемому или прикалывается к его одежде.

Медицинская карточка содержит в краткой форме все необходимые данные о характере ранения (заболевания), об оказанной медицинской помощи, о порядке и направлении эвакуации данного раненого или больного.

Кроме того, остающийся корешок карточки служит для учета и статистики работы того этапа санитарной эвакуации, на котором он заполнен, а также для получения в случае необходимости сведений о данном раненом или больном.

Если по каким-либо причинам раненый или больной прибыл на ДМП без медицинской карточки передового района, ее надо на него заполнить, а начальник ДМП должен сообщить в войсковую часть, к которой относится данный военнослужащий, о состоянии его здоровья и дальнейшем его направлении.

На ПМП может выявиться небольшой процент (в среднем до 1%) тяжело раненых, состояние которых не позволяет эвакуировать их на следующий этап санитарной эвакуации. Для этих раненых отводится любое помещение, где они должны быть обеспечены нужным уходом. Если обстановка потребовала передвижения ПМП, решение по поводу таких раненых принимает лично старший врач полка, при продвижении вперед тяжело раненые могут быть оставлены на месте, и к ним в этом случае прикрепляется медицинский состав. При отходе и угрозе захвата противником места прежнего расположения ПМП все раненые безусловно должны быть вывезены вне зависимости от их состояния.

Весьма важно должное обозначение путей, ведущих к ПМП как с фронта, так и с тыла. Эти пути должны быть надлежащим образом обозначены указателями как днем, так и ночью.

Можно указать на следующие правила обозначения: 1) устанавливать знаки на поворотах и разветвлениях путей, ведущих на пункты медицинской помощи; 2) ночью выставлять регулировщиков; 3) выставлять обозначения путей в обе стороны от каждого этапа эвакуации (к фронту и в тыл); 4) при переходе на новое место не оставлять ни одного знака.

Меры противовоздушной обороны ПМП заключаются в наблюдении за воздухом, в установлении специального сигнала воздушной тревоги и в разработке плана действий по защите раненых, больных и личного состава от поражения с воздуха. Заранее должна быть выбрана запасная площадка на случай попадания зажигательных и химических снарядов и разработан план перехода на эту площадку. Прежде всего из угрожаемой зоны должны быть удалены раненые и больные; по выполнении этой задачи личный состав ПМП принимает меры к выносу имущества.

При паличии химической опасности личный состав принимает меры индивидуальной защиты и создает условия для защиты на-

ходящихся на ПМП раненых и больных. В условиях обороны могут создаваться специальные защищенные от ОВ убежища; в условиях наступления придется ограничиться мерами индивидуальной защиты (противогазы и накладки для раненых и больных).

Санитарно-воспитательная работа

Одним из важных элементов работы санитарной службы является санитарное воспитание бойца и командира. Нужно добиться, чтобы он умея быстро оказать себе или товарищу необходимую помощь в случае ранения, организовать вынос раненого на носилках или без них; чтобы он отчетливо знал признаки заразных заболеваний и способы их предупреждения, правила сохранения сил и здоровья на походе, меры предупреждения от отморожений и солнечных (тепловых) ударов, а также организацию работы санитарной службы в соответствующем масштабе.

Санитарно-воспитательная работа среди бойцов и начальствующего состава должна проводиться в любых условиях.

Основной формой санитарно-воспитательной работы в полевых условиях является короткая беседа, насыщенная конкретным и отвечающим данному моменту содержанием. Чтобы беседа достигала своей цели, необходимо правильно избрать тему и согласовать с командованием части время для проведения беседы. Например, перед выступлением в поход в летнее жаркое время проводится беседа о питьевом режиме, о мерах предотвращения острых желудочно-кишечных заболеваний; при длительной обороне в холодное время года можно провести беседу на тему «Меры предупреждения вшивости, правила личной гигиены».

Проводить беседы может только хорошо подготовленный руководитель. Проводящий беседу должен изучить материал, составить конспект своей беседы и иллюстрировать беседу рядом примеров, придав ей наиболее практический характер. В то же время он должен быть готов ответить на любой вопрос из соприкасающихся областей.

Чрезвычайно важно добиваться наиболее полного охвата беседами всего состава данной части. С этой целью старший врач дает задания по проведению бесед в подразделениях всему медицинскому составу, включая санитарных инструкторов; в особых случаях с разрешения командира полка он привлекает к проведению бесед предварительно проинструктированных командиров и политработников. Группа, в которой проводится беседа, не должна быть больше 30—40 человек.

При нахождении полка в резерве, а также в запасных частях санитарная подготовка бойцов проводится в виде плановых занятий по специальному расписанию.

Большую пользу для санитарного воспитания приносит также помешение статей, заметок и карикатур, затрагивающих соответствующие темы, в красноармейской печати: «боевых листках» и многотиражках.

Организация амбулаторной и стационарной медицинской помощи

Санитарная служба полка должна организовать своими средствами быструю и высококачественную помощь заболевшим; в зависимости от

характера заболевания эта медицинская помощь может быть амбулаторной или стационарной.

В боевых условиях амбулаторная помощь заболевшим оказывается на пунктах медицинской помощи (чаще всего на ПМП, реже на БМП). На ПМП помощь амбулаторным больным оказывается врачом сортировочно-приемной площадки.

В случаях, не требующих квалификации врача, амбулаторная помощь оказывается санитарным инструктором роты в пределах его знаний и в зависимости от имеющегося медицинского имущества. Нужно обратить внимание на то, чтобы при этом не создавалось нежелательной «фильтрации» и санитарный инструктор не служил преградой между больным и врачом. Наоборот, при всех заболеваниях, носящих сколько-нибудь серьезный характер или подозрительных на инфекцию, санитарный инструктор должен, оказав посильную помощь больному, направить его к ближайшему врачу части; при этом на санитарном инструкторе лежит обязанность активно содействовать тому, чтобы больной быстро и безопасно был доставлен на соответствующий пункт медицинской помощи.

Организация амбулаторной помощи на ПМП должна быть построена таким образом, чтобы каждому больному была обеспечена медицинская помощь, сортировка и эвакуация по назначению, составляющие три связанных между собой элемента лечебного дела.

В ряде случаев в условиях ПМП нелегко установить точный диагноз начинающегося инфекционного заболевания. Принимая решение в отношении таких больных, врач должен обеспечить их изоляцию, сделать все возможное для установления характера заболевания и подготовить для эвакуации в инфекционный госпиталь (ИГ).

Остальные больные после оказания им необходимой медицинской помощи возвращаются в свои подразделения.

Эту группу больных принято было отправлять в «обоз» и там лечить. Однако посылка в обоз легких больных, хотя бы требующих не продолжительного лечения и не нуждающихся в квалифицированной медицинской помощи, и лечение их до восстановления боеспособности в эшелоном «полковом лазарете» нецелесообразны по следующим соображениям:

1) тыл полка должен быть наиболее гибким и подвижным, — нельзягромождать его лазаретами и содержащимися в них стационарными больными;

2) порядок «отсылки в обоз» может приводить к крупным диагностическим ошибкам, причем может быть упущено время для вмешательства квалифицированного специалиста;

3) нельзя в боевой обстановке дробить силы и средства ПМП, выделяя из них часть в тыл для обслуживания стационарных больных.

Больные, нуждающиеся в лечении, должны быть направлены в войсковой подвижной госпиталь или в госпитальную роту медико-санитарного батальона.

Лишь при нарушении эвакуационных коммуникаций или в ожидании подхода санитарного транспорта может быть допущено стационарирование больных и раненых в полку.

При нахождении части в оперативном резерве время амбулаторного

приема устанавливается приказом по части; в зависимости от расположения полка прием больных может производиться централизованно на ЦМШ или одновременно также фельдшерами батальонов.

В этих условиях, наиболее благоприятных для изучения состояния здоровья бойцов и командиров, начальник санитарной службы полка должен не только обеспечить наилучшим образом амбулаторную помощь проходящим больным, но и вызвать для осмотра тех из бойцов и командиров, которые являются не вполне здоровыми и занесены в соответствующие списки (последствия прежних ранений, малярики и т. д.).

Такая постановка амбулаторной работы санитарной службы полка, наряду с регулярным проведением обязательных ежемесячных медицинских осмотров, дает возможность заблаговременно распознать болезнь, что является весьма важным.

Стационарная помощь больным при нахождении части в резерве организуется обычным порядком соответственно полученным от старшего санитарного начальника указаниям о базировании на лечебные учреждения.

Накоплять в полку стационарных больных и в данном случае нежелательно, так как они будут лишены квалифицированной помощи специалиста; кроме того, при получении боевого задания с коротким сроком исполнения трудно будет сразу эвакуировать всех скопившихся больных.

В таблице ориентировочных расчетов были приведены средние цифры количества больных, нуждающихся в стационарном лечении; для стрелкового полка (при отсутствии эпидемических заболеваний) эта цифра может колебаться в пределах от 2 до 3 человек в сутки.

В работе старшего врача полка важное значение имеют своевременное проведение предварительных прививок, надзор за должным банно-прачечным и дезинфекционно-дезинсекционным обслуживанием, санитарный надзор за водоснабжением и питанием войск, за полевым размещением их и т. д. Все эти вопросы освещаются в руководстве по военной гигиене.

Организация медицинской помощи населению

Санитарная служба, обеспечивая охрану здоровья войск, не может оставаться безучастной к вопросам организации здравоохранения населения в районе действий частей. В этом заключается одно из глубоких различий между санитарной службой Красной армии и такими же службами армий капиталистических государств. Это различие обуславливается тремя основными особенностями Красной армии, на которые указал товарищ Сталин.

Когда придется громить противника на территории, откуда он пришел, симпатии трудящихся безусловно будут на стороне Красной армии. Оказывая своими силами медицинскую помощь нуждающемуся в этом населению, мы укрепляем эти симпатии и тем самым содействуем победе Красной армии.

Даже в мирное время организация здравоохранения населения в соседних с СССР странах весьма слаба; во время же военных действий в населенных пунктах, которые непосредственно окажутся в районе боя, можно с уверенностью предположить полный развал сети здравоохранения и огромную нужду населения в медицинской помощи. Среди нуждаю-

шихся будут и пострадавшие непосредственно от военных действий, и больные, в том числе заразные.

Нет сомнения в том, что противник постарается эвакуировать из района боевых действий медицинский персонал, вывести или уничтожить медицинское имущество аптек и лечебных учреждений. Вместе с тем из этого района постараются выбраться куда-либо подальше наиболее тесно связанные с капиталистическим строем и наиболее зажиточные жители. Значит, без всякого обслуживания и медицинской помощи останутся именно трудящиеся: рабочие, крестьяне, мелкие служащие. Отсюда совершенно ясен вывод, что организация здравоохранения этих близких и сочувствующих успехам Красной армии групп населения является нашей прямой и политически важной задачей.

Необходимо помнить также, что санитарное состояние войск всегда в большей или меньшей степени зависит от санитарного состояния среды, окружающей войска. Если среди населения занимаемого района распространятся инфекционные заболевания, будет чрезвычайно трудно полностью избежать проникновения этих заболеваний в войска. Поэтому обязанностью начальников санитарной службы войсковых соединений (дивизия, корпус) является организация здравоохранения в занимаемых районах. Организацию здравоохранения необходимо полностью увязать с действиями соответствующих отделов политической пропаганды по созданию органов революционной власти на местах. Старший врач полка (отдельной части) обязан организовать в занятом Красной армией населенном пункте оказание медицинской помощи обращающимся за ней гражданам; для этого он использует свой подчиненный медицинский состав и привлекает местных медицинских работников.

Порядок снабжения медицинским имуществом

Каждая войсковая часть и учреждение снабжаются медицинским имуществом по специально установленным нормам, рассчитанным соответственно числу обслуживаемого состава и объему деятельности данного санитарного учреждения.

В военное время запасы этого имущества пополняются по мере израсходования.

К расходному медицинскому имуществу относятся медикаменты, перевязочный материал, дезинфекционные средства, сыворотки, вакцины, читательные среды и реактивы для лабораторий и консервированная кровь.

Кроме расходного медицинского имущества, на снабжении санитарных учреждений и частей состоит медицинское имущество бессрочного пользования (также в установленном специальными нормами количестве): хирургический инструментарий, врачебные предметы, аптечные предметы, лабораторное оборудование и специальные сумки и наборы.

В целях удобства пользования и портативности все медицинское имущество отпускается уложенным в специальные ящики или брезентовые мешки — «комплекты медицинского имущества». Комплекты эти различны по своему содержанию, назначению и наименованию. Имеются специальные выючные комплекты для снабжения войск, действующих в горных условиях.

Пополнение частей и учреждений войскового района медицинским имуществом взамен израсходованного производится за счет запасов, имеющихся в головном санитарном складе армии и его отделениях.

Существует следующий порядок истребования начальником санитарной службы полка (отдельной части) пополнений медицинского имущества взамен израсходованного.

1. Медицинское имущество текущего довольствия истребуется по израсходованию 50% запаса или в случае утраты этого имущества. При этом используется специальной формы чековое требование, которое представляется начальником санитарной службы части начальнику санитарной службы соединения.

Последний проверяет, визирует требования и пересылает их для исполнения в аптечный склад головного полевого эвакуационного пункта (ГОПЭП), располагающийся в районе станции снабжения. Аптечный склад удовлетворяет по мере наличия это требование, отпускает имущество и отправляет его в адрес истребовавшей имущество части посредством порожняка санитарного транспорта, возвращающегося на передовые этапы санитарной эвакуации. В некоторых случаях для доставки медицинского имущества может быть использован также общевойсковой транспорт подвоза.

Части, входящие в состав стрелковых дивизий, получают свое медицинское имущество через медико-санитарный батальон (часть медицинского снабжения).

Запасы аптечного склада ГОПЭП пополняются в свою очередь головным санитарным складом армии, развертываемым в районе распорядительной станции (РС). Туда же из аптечных складов ГОПЭП направляются для удовлетворения тех требования на медицинское имущество, которые по каким-либо причинам не могли быть удовлетворены аптечным складом.

2. Боевая обстановка часто порождает повышенный расход некоторых предметов медицинского имущества в зависимости от численности и характера тех контингентов раненых и больных, которые обеспечиваются медицинской помощью. Поэтому санитарные подразделения и учреждения должны быть обеспечены этими предметами с учетом данной обстановки (имущество для обеспечения боевых действий).

Начальник санитарной службы армии устанавливает особый перечень предметов медицинского имущества; в этот особый перечень обычно включаются перевязочные средства, кислород, специальные комплекты помощи раненым (ПР), профилактические сыворотки, бактериологические препараты и т. д. Комплекты особого перечня истребуются каждым санитарным начальником от вышестоящего начальника; при этом используются наиболее быстро действующие средства связи. Отпуск комплектов особого перечня производится по указанию начальника санитарной службы армии через аптечные склады ГОПЭП, причем доставка этих предметов на лежащие впереди этапы санитарной эвакуации производится любым транспортом, обеспечивающим наиболее быструю подачу.

Широко применяется для доставки имущества особого перечня авиатранспорт, так как от своевременности доставки всего необходимого на

Запасы санитарной эвакуации перед боем или во время боя зависят от качества оказываемой медицинской помощи.

В особом порядке истребуются запасы консервированной крови ввиду сравнительно небольших сроков, в течение которых допускается ее хранение. В предвидении боевых действий начальник санитарной службы полка получает небольшое количество консервированной крови в стандартной посуде от командира медико-санитарного батальона дивизии.

При израсходовании полученных запасов и потребности в их пополнении начальник санитарной службы полка отсылает с санитарным транспортом пустую стандартную посуду из-под консервированной крови на ДМП и одновременно направляет требование на высылку нового запаса консервированной крови.

Создавать в полку запасы консервированной крови и хранить их в межбоевые периоды нерационально, так как нужно обеспечить специальные условия хранения (низкая температура, отсутствие толчков и тряски), что в полковых условиях не всегда возможно. Кроме того, консервированная кровь, даже сохраняемая в требуемых условиях, но дольше указанного на этикетке срока, становится непригодной для переливания.

Пополнение запасов других видов имущества

Санитарная рота полка располагает, кроме медицинского имущества, также другим имуществом, необходимым для работы.

Порядок пополнения этих запасов следующий.

Санитарно-хозяйственное имущество (белье, халаты, носилки, палатки) находится в ведении органов военно-хозяйственного снабжения и пополняется этими органами по заявкам начальника санитарной службы полка (отдельной части) через помощника командира полка по материальному обеспечению.

Обозно-вещевое имущество (обоз, упряжь, обмундирование и снаряжение) также находится в ведении органов военно-хозяйственного снабжения и пополняется распоряжением помощника командира полка по материальному обеспечению.

Запас продовольствия для питания раненых и больных на полковом медицинском пункте всегда должен быть налицо из расчета суточного довольствия 200—250 человек.

Для облегчения и ускорения приготовления пищи для раненых и больных на ПМП следует иметь этот запас продовольствия главным образом в виде концентратов и высокопитательных диететических продуктов (шоколад, какао, сливочное масло, сгущенное молоко).

Запас продовольствия пополняется распоряжением помощника командира полка по материальному обеспечению.

Инженерное имущество (лопаты, кирко-мотыги, аккумуляторы и карманные электрические фонари, прорезиненные баки для хранения запасов воды) пополняется распоряжением начальника инженерной службы полка.

Противохимическое имущество (запасные противогазы для раненых и больных, защитные костюмы, чулки, накладки, перчатки и фартуки) выдается распоряжением начальника химической службы полка.

Политпросветительное имущество пополняется по требованиям начальника санитарной службы распоряжением заместителя командира по политической части.

Замена пришедшей в негодность материальной части (например, части автомашин, подвижные душевые установки, дезинфекционные камеры) и ремонт ее производится в специальных мастерских. О порядке замены и ремонта материальной части даются специальные указания довольствующими органами.

Особо нужно остановиться на вопросе об использовании трофейного (захваченного у противника) имущества.

Уставы Красной армии категорически воспрепятствуют использованию в частях трофейного имущества раньше, чем оно пройдет через специальную проверку в соответствующих складах. Это требование объясняется возможностью умышленного оставления противником зараженных, отравленных или опасных для жизни продуктов, предметов медицинского имущества, иногда даже предметов снаряжения, вооружения и транспортных средств.

Санитарное обеспечение перевозок стрелкового полка по железной дороге и автотранспортом

Перевозка полка (отдельной части) по железной дороге требует особых мер санитарного обеспечения со стороны начальника санитарной службы.

В районе погрузки средствами санитарной службы должен быть развернут медицинский пункт на случай каких-либо повреждений. Кроме того, при производстве погрузки в условиях возможного нападения противника с воздуха этот медицинский пункт должен быть рассчитан на оказание помощи раненым и пораженным ОВ.

Старший врач полка совместно с начальником эшелона осматривает подаваемый для погрузки подвижной состав, проверяет чистоту вагонов (перед подачей состав должен быть продезинфицирован органами НКПС), назначает вагоны для медицинского пункта и изолятора для заразных больных.

В пути следования медицинская помощь в батальонах оказывается медицинским составом последних; те входящие в состав батальонов подразделения полка при этом обслуживаются санитарной ротой полка. В случае заболевания в пути кого-либо из состава полка больного помещают в специально выделенный вагон-изолятор; при выявлении признаков заразного заболевания больного сдают по пути следования ближайшему санитарному учреждению НКПС, а вагон, в котором находился больной, подвергается дезинфекции.

Особое внимание санитарной службы в пути должно быть уделено вопросам питания бойцов (пища обычно готовится на ходу эшелона в походных кухнях и выдается на специальной остановке) и соблюдению чистоты в вагонах.

Район назначения выгрузки обеспечивается в санитарном отношении таким же порядком, как и район погрузки.

Перевозка полка посредством автомобильного транспорта на сравнительно небольшие расстояния производится в тех случаях.

Когда по условиям боевой обстановки нужно ускорить прибытие полка в назначенный район сосредоточения.

В большинстве случаев не представляется возможным захватить с собой все имущество и гужевые транспортные средства; часть этих средств будет подтягиваться обычным порядком в составе полкового обоза.

Старший врач полка решает вопрос примерно следующим образом:

а) санитарная служба рот и батальонов следует на автомашинах со своими подразделениями полностью (кроме транспорта санитарных взводов батальона);

б) личный состав ПМП и наиболее необходимое для развертывания его работы имущество следует на автомашинах с главными силами полка;

в) в состав колонны включается автосанитарный транспорт, приданный распоряжением дивизионного врача;

г) весь гужевой транспорт батальонов и ПМП следует с обозом первого эшелона, по распоряжению командования полка до подхода этого транспорта могут быть выделены для временной его замены грузовые автомашины из числа участвовавших в перевозке.

Санитарное обеспечение походного движения стрелкового полка

Старший врач полка, получив указания о предстоящем походном движении и изучив маршрут движения, принимает решение о высылке санитарной разведки, о необходимых подготовительных мероприятиях, о распределении средств санитарной службы в колонне, о порядке развертывания ПМП при встрече с наземным или воздушным противником, о порядке и направлении эвакуации раненых и больных во время походного движения.

В периоде подготовки к походному движению старший врач полка получает от дивизионного врача указания о наиболее важных объектах санитарной разведки и об имеющихся данных эпидемиологического характера; о распределении дивизионных санитарных учреждений по колоннам (если дивизия движется по двум или более дорогам); о времени и количестве выделяемых в исходном положении в полки средств усиления санитарной службы; куда именно и каким порядком эвакуировать в исходном положении и на походе раненых и больных.

Наиболее существенные из этих указаний должны содержаться в приказе по устройству тыла дивизии, остальное сообщается частными распоряжениями по санитарной службе. Чрезвычайно важно, чтобы все эти указания были получены в полках своевременно и дали возможность подчиненным во-время их осуществить.

Если старший врач полка в момент начала действий еще не имеет руководящих указаний по специальной службе, это никоим образом не должно тормозить принятия им решений на основе данных командования.

Следует подчеркнуть отдельные моменты решения, которое должен принять старший врач полка.

Санитарной разведке нужно поставить задачи, касающиеся отмеченного места большого привала и указанного района сосредоточения; сверх этого задачи могут быть продиктованы обстановкой.

Не во всех случаях старший врач полка должен своими силами организовать санитарную разведку всех интересующих его объектов. В ряде случаев дивизионный врач возьмет в свои руки управление этой разведкой и распределит объекты между частями данной колонны или других колонн, двигающихся в одном направлении.

Подготовительные мероприятия общего порядка указаны были раньше. Условия предстоящего полку походного движения могут потребовать специальных мероприятий, например, принятия мер против отморожения или тепловых ударов и т. п.

Средства санитарной службы полка на походе распределяются так, чтобы они в кратчайший срок могли быть готовы к действию при частичном или полном развертывании полка в боевой порядок.

Отделения санитаров-носильщиков и часть санитарного транспорта должны следовать при батальонах. Санитарная рота полка с резервами санитарно-транспортных средств и резервными отделениями санитаров-носильщиков следует в головной колонне первого эшелона полкового обоза.

При распределении между батальонами своих штатных средств и средств усиления, полученных от дивизионного врача, старший врач полка должен учитывать, что при внезапном развертывании в боевой порядок (встречный бой) он не будет располагать временем для перегруппировки средств, приданных батальонам. Поэтому нужно оставлять в резерве не менее трети имеющихся средств санитарного транспорта и санитаров-носильщиков.

В случае нападения воздушного противника на колонну полка ПМП выдвигается как можно быстрее к месту наибольшего скопления раненых или пораженных ОВ и немедленно начинает работу по оказанию медицинской помощи, сортировке и эвакуации. Полного развертывания по предложенной выше схеме здесь не требуется; нужна маскировка от воздушного наблюдения, чтобы скопление людей и повозок не привлекло к себе внимания самолетов противника.

При завязке встречного боя старший врач полка получает от командования приказание развернуть ПМП в том случае, если главные силы полка развертываются в боевой порядок.

В остальных случаях встречного боя старший врач полка, захватив с собой санитаров-носильщиков и средства санитарного транспорта, быстро продвигается в район ведущего бой батальона, лично руководит санитарным обеспечением батальона, помогая командиру санитарного взвода справиться с возложенной на него задачей.

В плане санитарного обеспечения походного движения, составленном старшим врачом полка, с полной ясностью должно быть предусмотрено какими средствами, куда именно и в каком порядке производить эвакуацию на походе.

В числе подлежащих эвакуации нужно учитывать не только раненых при встрече с противником, но и заболевших, не могущих продолжать движение. Количество последних может быть резко снижено правильной и вдумчивой подготовкой к походному движению (выделение не могущих следовать в поход, тщательная пригонка обуви и снаряжения

Т. д.); однако все же в зависимости от условий движения могут оказаться отдельные заболевшие на походе бойцы и командиры.

Здесь необходим дифференцированный подход и правильная сортировка.

Например, отстало от колонны несколько бойцов вследствие потери ног, легкой формы теплового удара или небольшой случайной травмы. Было бы ошибкой сразу эвакуировать таких бойцов и тянуть их на длительное время от части. Правильным решением будет подобрать этих бойцов, усадить на двигающиеся повозки или машины, оказать им необходимую медицинскую помощь и доставить таким порядком к месту большого привала (или в район сосредоточения). По тому поводу на основании представления начальника санитарной службы полка командованием должно быть отдано приказание о том, чтобы один отставший боец не остался на пути движения колонны.

Совершенно иначе решается вопрос в отношении раненых во время боя или в результате нападения противника с воздуха.

Вести их с собой после оказания неотложной врачебной помощи можно лишь в том случае, если указанный для базирования этап санитарной эвакуации находится впереди по пути движения колонны.

Во всех случаях необходимо приблизить момент оказания квалифицированной медицинской помощи, поэтому нуждающиеся в ней раненые эвакуируются имеющимся в распоряжении старшего врача полка санитарным транспортом на ближайший указанный этап санитарной эвакуации.

Санитарное обеспечение наступательного боя полка

Работа санитарной службы полка в наступлении должна отличаться особой четкостью управления и быстротой реагирования со стороны старшего врача полка и осуществляться на основе хорошо продуманного плана.

Ни в коем случае нельзя полагаться на самотек в деле санитарного обеспечения боя, нельзя ограничиваться выбором места для ПМП и распределением транспортных средств по батальонам, считая, что этим все сделано.

Старший врач полка должен во время боя быть теснейшим образом связан со штабом полка и с командирами взводов батальонов, чтобы вовремя уловить намечающиеся изменения боевой обстановки и реагировать на них. Старший врач полка во время боя может находиться на ПМП, лично руководить его работой и посредством санитарного транспорта поддерживать связь с батальонами, но в то же время он должен иметь дублированную связь со штабом полка посредством проволочной связи и посредством высылки в штаб конного посыльного для быстрого получения приказов и распоряжений. Принципы выполнения маневра санитарными средствами полка уже изложены были выше. В качестве примера разберем схему (рис. 35).

5 сп наступает на обороняющегося противника; ближайшая задача — оторвать заднюю край оборонительной полосы, дальнейшая задача (конечная задача для данного дня боя) — овладеть рубежом в глубине обороны, отстоящим от исходного положения полка на 8—10 км.

В начале наступления полк должен подавить сопротивление боевого охранения противника; поэтому уже в первые минуты наступления движутся раненые. Старший врач 5 сп решил в исходном положении повернуть ПМП на направлении главного удара (1-й и 2-й батальоны). В мере подхода к ближайшему рубежу расстояние между наступающими батальонами и ПМП, остающимися на своем прежнем месте, увеличивается; в связи с этим затрудняется эвакуация раненых.

Еще нет возможности перенести ПМП вперед, так как не закончено оказание помощи поступившим раненым, и раненые продолжают поступать. Кроме того, огонь артиллерии противника еще не подавлен и ее огневые позиции еще не разгромлены.

На этом основании старший врач 5 сп решил выбросить вперед к батальонам имеющийся в его распоряжении дополнительный санитарный транспорт, усилить тем самым темп эвакуации, подготовить ПМП к переходу в район, близкий к переднему краю обороны противника, и осуществ-

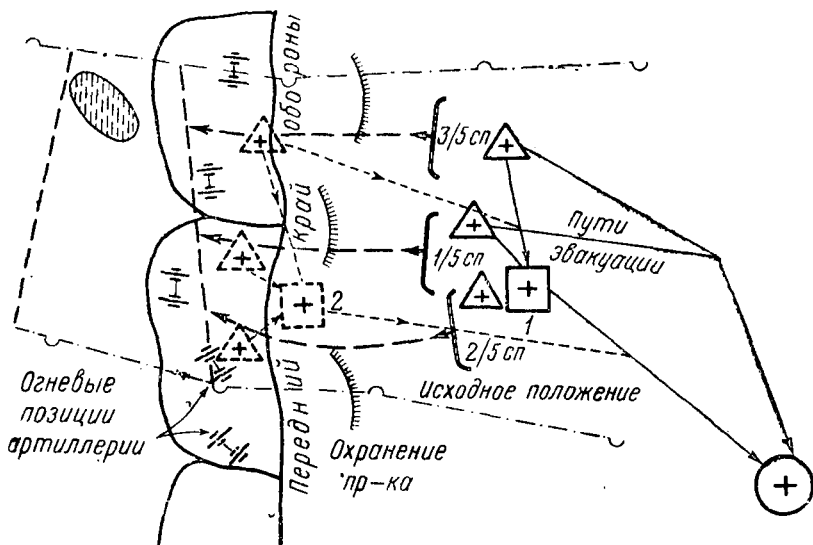


Рис. 35. Санитарное обеспечение наступления стрелкового полка на обороняющегося противника.

вить этот переход немедленно по овладении намеченным рубежом. По расчету начальника санитарной службы полка переход ПМП вместе со свертыванием и развертыванием займет около $2\frac{1}{4}$ часов.

На этот промежуток времени должны быть использованы средства санитарной службы артиллерийского полка, поддерживающего наступление 5 сп. Она включается в работу ПМП 5 сп на то время, пока ПМП развернется на новом месте.

Старший врач полка в данном сложном положении должен быть в одном из батальонов на направлении главного удара полка, лично руководить и облегчать создавшиеся трудности эвакуации раненых.

Смелое выдвижение вперед средств санитарного транспорта, использование резервов и личное руководство должны даже в трудных положениях дать необходимые результаты.

Необходимо, чтобы средства санитарной службы были максимально сосредоточены именно на решающем направлении, вместе с тем нужно следить за ходом боя, чтобы правильно определить это решающее направление. Решение должно быть обоснованным и смелым; ни в коем случае нельзя отдаваться целиком во власть схемы, как бы хороша она ни была.

При решении боевой задачи схема должна быть не сковывающей догмой, а лишь отправным пунктом для конкретного решения.

В отдельных случаях наступления полка на направлении главного удара дивизии вполне допустимо, чтобы старший врач полка на одном из этапов боя полностью переключил работу ПМП на направление одного из батальонов.

Мы вправе требовать, чтобы каждое такое решение было обосновано в смысле учета боевой обстановки, обеспечивало приближение и улучшение медицинской помощи; при этих условиях решение будет правильным, хотя бы оно и шло вразрез с общепринятыми схемами.

Санитарное обеспечение полка в обороне

Старший врач полка принимает участие в производимой командованием рекогносцировке оборонительного участка полка. При выполнении инженерных работ первой и второй очереди старший врач докладывает командованию свои соображения о создании наилучших гигиенических условий для бойцов, а также о наилучшей организации медицинской помощи и санитарной эвакуации.

В плане санитарного обеспечения обороны полка должны быть отражены следующие важнейшие вопросы: распределение санитарного транспорта и средств усиления между батальонами; выделение резерва; выбор наиболее удобных и безопасных путей санитарной эвакуации на участке полка; выбор и оборудование места для развертывания ПМП; надлежащее санитарное обеспечение ударной группы при ее переходе в контратаку; подготовка санитарного обеспечения полка в случае отхода на последующие рубежи; санитарный надзор и необходимые предупредительные мероприятия.

Построение работы санитарной службы полка в обороне в значительной степени зависит от характера местности, развития инженерных работ, наличия укрытых от огня и наблюдения противника путей эвакуации и убежищ для медицинских пунктов.

Не только батальонным, но и полковому медицинскому пункту придется работать под жестоким пулеметным и артиллерийским огнем. Под обстрелом будут находиться также пути эвакуации, если они не будут удачно выбраны и специально защищены.

Старший врач полка активно ставит перед командованием вопрос об инженерном обеспечении пунктов медицинской помощи и путей санитарной эвакуации в той мере, в какой это позволяют время и средства.

В зависимости от решения командования и стоящих перед батальонами задач старший врач распределяет имеющиеся в его распоряжении средства усиления между батальонами.

ПМП развертывается в обороне, как правило, за рубежом, подготовленным ударной группой полка, на расстоянии 3—5 км от переднего края.

При обороне на широком фронте, в зависимости от характера путей эвакуации, могут встретиться следующие варианты решения:

а) ПМП развертывается на одном из флангов. В этом случае БМП противоположного фланга усиливается врачом и ведет эвакуацию раненых непосредственно на ДМП;

б) ПМП стрелкового полка, включив в свой состав средства санитарной службы частей усиления, делится на два одновременно работающих отделения.

В подвижной обороне эшелонирование ПМП обязательно: по мере отхода прикрывающих подразделений на последовательные рубежи ПМП между отходит за эти рубежи перекатным маневром.

Разберем пример, схематически изображенный на рис. 36.

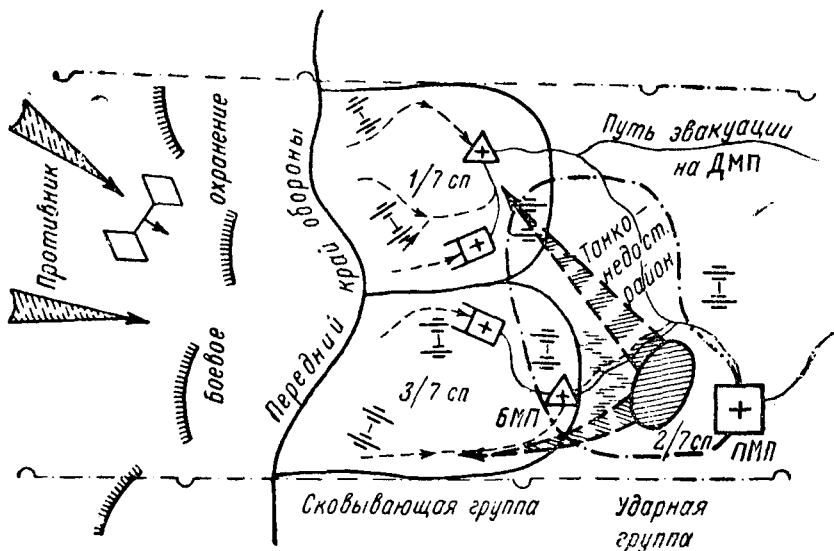


Рис. 36. Санитарное обеспечение стрелкового полка в обороне.

Характер местности таков, что на правом фланге (1-й батальон 7 сп) имеются вполне проходимые для санитарного транспорта пути.

Иное положение на участке 3-го батальона: здесь вынос раненых может производиться по укрытым ходам сообщения только до ПСТ; между ПСТ и БМП есть небольшой отрезок дороги, доступный для колесного транспорта, но между БМП и ПМП нет путей, проходимых для транспорта.

Ударная группа (2-й батальон) расположена в танконедоступном районе; ожидая с наибольшей вероятностью нанесения противником главного удара на левом фланге, командование полка расположило ударную группу ближе к последнему.

Начальник санитарной службы 7 сп располагает 6 отделениями санитаров-носильщиков, 3 автосанитарными машинами и 3 санитарными повозками.

Он принимает следующее решение:

а) в распоряжение командира санитарного взвода 1/7 сп выделить 1 отделение санитаров-носильщиков и 2 санитарные автомашины;

б) в распоряжение командира санитарного взвода 3/7 сп выделить 3 отделения санитаров-носильщиков и 2 санитарные повозки;

в) резерв в распоряжении старшего врача полка: 2 отделения санитаров-носильщиков, 1 санитарная автомашина и 1 санитарная повозка.

Для развертывания ПМП старший врач избрал район поблизости от расположения 2-го батальона. Хотя этот район связан лишь пешеходными тропами с районом 3-го батальона, зато близость к расположению удар-

ной группы и развертывание в танконедоступном районе дают ряд ценных преимуществ.

Для ПМП избран обратный скат поросшей лесом возвышенности; к моменту занятия обороны еще не было возможности создать специальное убежище для ПМП, но рельеф местности защищает от пулеметного огня противника.

В состав ПМП 7 сп включен также личный состав санитарной службы артиллерийского полка, поддерживающего оборону 7 сп.

При переходе ударной группы полка в контратаку санитарное ее обеспечение предусмотрено следующим образом: в распоряжение командира санитарного взвода 2-го батальона придается весь резерв санитаров-носильщиков (2 отделения) и 1 санитарная повозка.

В случае необходимости отхода полка на тыловой рубеж, заранее подготовленный в 10—12 км восточнее данного участка обороны, командование полка решило отводить в первую очередь скрывающую группу (1-й и 3-й батальоны), оставляя 2-й батальон и часть артиллерии для прикрытия отхода. Соответственно этому решению старший врач полка предусматривает следующие мероприятия на случай отхода: с разрешения командования полка формирует вспомогательные отделения санитаров-носильщиков за счет взвода музыкантов и других бойцов, не участвующих в данный момент в бою; эти отделения тотчас же по принятии решения об отходе должны быть выдвинуты в распоряжение командиров санитарных взводов 1-го и 3-го батальонов; дает указания начальнику ПМП подготовить транспорт, личный состав и имущество ПМП к отходу на последующий рубеж по получении об этом приказа; оставляет в личном своем распоряжении небольшое число помощников (врач, лекарский помощник, 2—3 санитаров) и портативное имущество для оказания неотложной медицинской помощи.

Когда будет начат отход 1-го и 3-го батальонов, начальник санитарной службы полка вместе с выделенными помощниками и санитарно-носильщиками выдвинется в район прикрывающего 2-го батальона, чтобы лично руководить оказанием медицинской помощи, сортировкой, выносом и вывозом раненых.

При выходе из боя нужно особенно умело расставить силы, чтобы справиться с ускоренной эвакуацией всех раненых, одновременно обеспечить прикрывающие и отходящие подразделения, планомерно и без малейшего перебоя отвести на тыловой рубеж пункты медицинской помощи. Личное управление всей этой работой со стороны старшего врача полка является непременным условием ее успешности.

Г л а в а VI

САНИТАРНАЯ СЛУЖБА СРЕЛКОВОЙ ДИВИЗИИ

Если в разделе о видах медицинской помощи (глава II) мы охарактеризовали содержание работы санитарной службы полка как «первую врачебную помощь», то в основе работы санитарных учреждений дивизии лежит оказание раненым бойцам квалифицированной врачебной помощи.

Сортировка на дивизионных этапах санитарной эвакуации проводится несравненно глубже и тщательнее, ибо здесь есть для этого необходимые условия. Сортировка здесь может полностью удовлетворить требование, выдвигаемое академиком И. Н. Бурденко: «направить на основании уточненной диагностики раненых и во-время, и в надлежащем виде, и в надлежащее место, и на надлежащем транспорте». На этом звене санитарной эвакуации решительно преобладает автомобильный санитарный транспорт. Благодаря этому стала возможной эвакуация «по назначению», успешно решаются задачи приближения во времени квалифицированной врачебной помощи и предупреждения развития раневой инфекции.

В связи с этим изменился и характер состоящих в распоряжении дивизии санитарных средств; сейчас по праву начинает преобладать термин «санитарные войска», вполне применимый к структуре и маневренным возможностям санитарных средств стрелковой дивизии.

Средства санитарной службы стрелковой дивизии

Во главе санитарной службы дивизии стоит дивизионный врач, подчиняющийся непосредственно командиру дивизии, а по специальной службе — корпусному врачу или начальнику санитарной службы армии в том случае, когда данная дивизия не входит в состав корпуса.

Медико-санитарный батальон

Дивизионному врачу непосредственно во всех отношениях подчиняется медико-санитарный батальон дивизии (МСБ).

Медико-санитарный батальон осуществляет:

а) эвакуацию из полковых медицинских пунктов раненых и больных высылаемым вперед санитарным транспортом;

б) помощь частям в оказании медицинской помощи раненым и больным путем высылки личного состава и технических средств батальона, а также непосредственного инструктажа медицинского состава частей;

- в) выполнение специальных заданий по санитарной разведке, даваемых дивизионным врачом;
- г) оказание квалифицированной хирургической помощи раненым;
- д) оказание квалифицированной помощи больным и пораженным ОВ;
- е) сортировку раненых и больных и подготовку их к дальнейшей эвакуации по назначению;
- ж) кратковременную госпитализацию тех раненых и больных, которым противопоказана транспортировка;
- з) снабжение частей дивизии медицинским имуществом, поступающим в адрес этих частей из тыла.

Медико-санитарный батальон состоит из:

- а) медицинской роты, предназначенной для оказания квалифицированной хирургической помощи раненым;
- б) госпитальной роты, имеющей своим назначением оказание квалифицированной врачебной помощи больным и пораженным ОВ, временную госпитализацию раненых и больных, а также предоставление отдыха подлежащим дальнейшей эвакуации;
- в) эвакуационно-транспортного взвода, в котором сосредоточены санитарно-транспортные средства для эвакуации раненых из полков дивизии;
- г) санитарного взвода, который имеет в своем составе средства для производства лабораторных исследований, средства противэпидемической защиты и для первичной обработки пораженных стойкими ОВ;
- д) подразделений обеспечения, снабжения и обслуживания.

Во главе МСБ находится командир батальона, которому весь личный состав подчиняется во всех отношениях. Командир батальона несет полную ответственность за работоспособность и готовность всех подразделений батальона к развертыванию согласно указаниям, получаемым от начальника санитарной службы дивизии.

Основная функция МСБ в бою — развертывание дивизионного медицинского пункта; вместе с тем командир батальона должен быть в любой момент готов к выполнению приказаний дивизионного врача о высылке в части отдельных лиц или целых подразделений для организации квалифицированной медицинской помощи.

Средства санитарной службы дивизии могут, в зависимости от обстановки, быть усилены распоряжением высшего санитарного начальника.

Дивизионный медицинский пункт

Дивизионный медицинский пункт (ДМП) занимает центральное место во всей системе санитарной службы дивизии: он оказывает квалифицированную врачебную помощь и тем самым решает дальнейшую участь большинства раненых, пораженных ОВ и больных.

ДМП развертывается в районе полкового тыла на расстоянии 6—10 км от линии фронта, вне зоны действительного огня станковых пулеметов и артиллерии средних калибров.

Место для развертывания ДМП выбирается на основании указаний дивизионного врача; рекогносцировку района производит командир МСБ или лицо начсостава по его поручению. В непосредственной близости к району

развертывания ДМП оборудуется посадочная площадка для легких санитарных самолетов (размер 500×500 м).

К избранному для развертывания ДМП месту предъявляются те же требования, что к месту для ПМП, но с учетом во много раз больших масштабов работы. В редких случаях ДМП будет развертываться в населенных пунктах; чаще всего будет избираться защищенная от наблюдения и огня противника площадка, на которой устанавливаются имеющиеся по табели специальные палатки.

Размер площадки, избираемой для развертывания ДМП, должен быть не менее $1\,000 \times 1\,000$ м, чтобы можно было должным образом рассредоточить все его элементы. Расстояние между палатками должно быть не менее 25—50 м; это необходимо, чтобы в случае воздушного налета не были выведены из строя одновременно многие объекты. Выбирая площадку для развертывания ДМП, начальник ДМП должен одновременно найти запасную площадку, на которую можно было бы перейти с минимальной затратой времени в случае обстрела основного расположения зажигательными или химическими снарядами. Нужно уделить также серьезное внимание эвакуационным путям, ведущим к ДМП как с фронта, так и с тыла. Пути эти должны быть вполне проходимы для автотранспорта и по возможности укрыты от наблюдения с воздуха; они должны иметь конфигурацию, допускающую вход и выход транспорта с обеих сторон, без захода на территорию, где располагаются основные подразделения.

Эвакуационные пути в районе ДМП нужно улучшить и обозначить указателями; эта задача одновременно с развертыванием ДМП выполняется распоряжением командира эвакуационного взвода, он же отводит места для ожидания санитарного транспорта. На обязанности командира эвакуационного взвода лежит также подготовка и составление плана обороны ДМП от наземного и воздушного противника. Личный состав МСБ всегда должен быть готов отразить собственными силами нападение противника.

Наряду с этим полевой устав предусматривает в случае необходимости выделение специального прикрытия, которое назначается штабом дивизии; состав и численность этого прикрытия определяются боевой обстановкой.

В составе ДМП основные подразделения размещаются и развертывают свою работу следующим порядком (рис. 37).

Распорядительный пост (РП) располагается на площадке ДМП, в месте, наиболее удобном для управления всеми функциональными подразделениями ДМП. Для регулирования движения машин, повозок и людей и направления их в подразделения ДМП выставляются от РП дежурные санитары.

Ближе всего к путям, подходящим к площадке ДМП с фронта, развертывает свою работу приемно-сортировочное отделение.

В приемно-сортировочных палатках производится первоначальный осмотр всех прибывающих. Непосредственно перед палатками оборудуется площадка, достаточная по своим размерам для одновременной разгрузки 3—4 машин.

Прием и сортировка всех прибывающих раненых и больных произ-

ются обязательно врачом, который распоряжается всей работой остального медицинского и рядового состава, обслуживающего прибывающих.

В приемно-сортировочной палатке по отношению к прибывшим раненым и больным проводятся следующие работы:

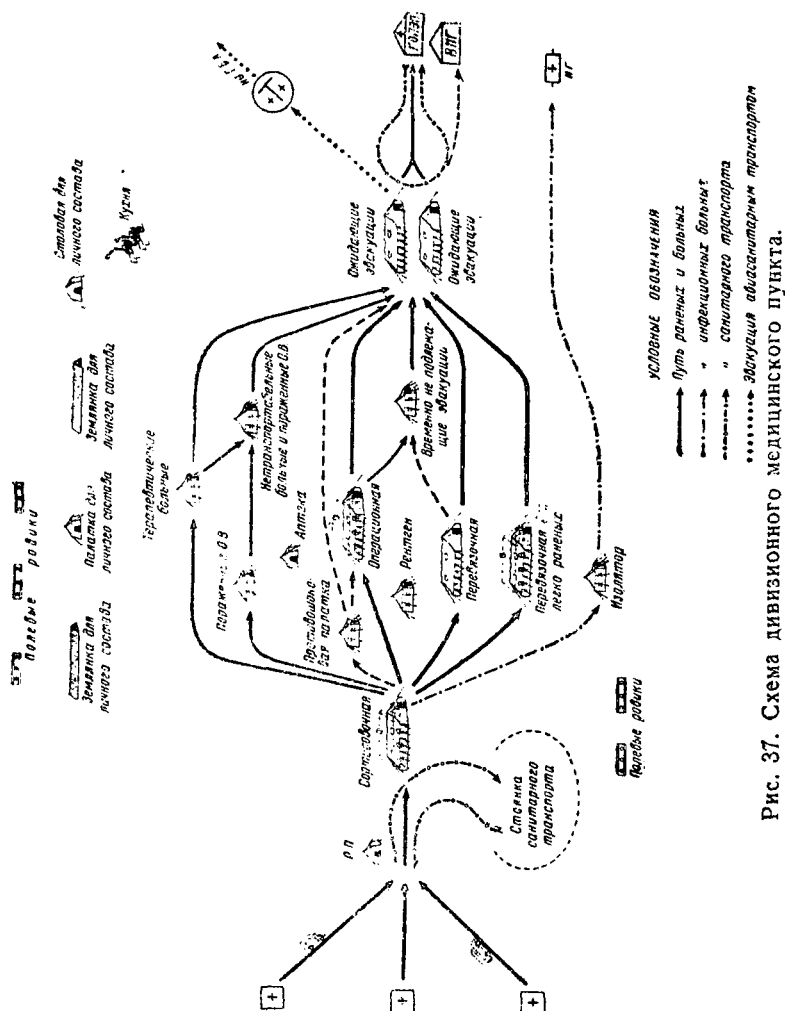


Рис. 37. Схема дивизионного медицинского пункта.

а) осмотр и изучение состояния прибывшего, ознакомление с записью в его медицинской карточке передового района; при осмотре повязка снимается;

б) оказание, если требуется, неотложной медицинской помощи;

в) согревание раненого в холодное время года; дача пищи и питья в тех случаях, когда это не воспрещается состоянием здоровья раненого;

г) сортировка раненых и больных для направления их в те подразделения, где им будет оказана необходимая помощь.

Из приемно-сортировочной, в зависимости от состояния здоровья, раненые, пораженные ОВ и больные могут направляться в различные отделения ДМП.

От четкости и правильности сортировки зависит работа всех других подразделений.

Для облегчения и упорядочения сортировки предложена система цветных ярлычков (марок), вручаемых раненому или больному в приемно-сортировочной и служащих основанием для дальнейшего их направления.

В соответствии со структурой ДМП и развертыванием подразделений можно рекомендовать следующую систему:

Цвет марки	Куда направляется	Дополнительные обозначения
Красный	В операционную	Цифра „1“ первая очередь
Синий	В перевязочную	То же
Зеленый	Для оказания помощи пораженным ОВ	„ „
Желтый	В изолятор для заразных больных	„ „
Белый	Во взвод помощи легко раненым и больным	„ „
Серый	В госпитальную роту	Знак „О“ означает направление в отделение для нетранспортабельных, „Э“—в отделение для ожидающих эвакуации

Нужно заметить, что эти же марки должны быть в запасе и в других подразделениях на случай направления раненого из одного подразделения в другое.

Например, микст после произведенной дегазации должен быть направлен в перевязочную — получает синюю марку. Из операционной раненый направляется в отделение для ожидающих эвакуации, следовательно, получает в операционной серую марку со знаком «Э».

В районе приемно-сортировочной палатки обязательно должно быть организовано место для ожидающих раненых (в холодное время года специальная утепленная палатка или землянка), чтобы не создавалась очередь возле операционной или перевязочной. Приемно-сортировочная должна быть связана телефоном или живой связью с хирургическим блоком, чтобы подавать туда раненых только по мере освобождения столов. Совершенно недопустимо ожидание раненым своей очереди в районе самого хирургического блока, так как это мешает работе и действует на самих раненых (вид крови, стоны и т. д.).

Основой хирургического блока ДМП является операционная, для которой должна быть отведена специальная палатка.

С этой палаткой соединяются тамбурами или створами углов непосредственно связанные с операционной:

а) предоперационная, в которой работающий в операционной персон

нал снимает верхнюю одежду и моет руки; здесь же доставленного раненого готовят к операциям;

б) противошоковая палатка, куда непосредственно перед операцией направляются все раненые, находящиеся в состоянии шока; здесь выполняется все, что требуется для выведения раненого из состояния шока (согревание, средства для поднятия сердечной деятельности, переливание крови и т. п.);

в) рентгеновская палатка, куда раненные направляются в случае необходимости из операционной или перевязочной;

г) материальная, где производится стерилизация материалов и хранится запасное оборудование и имущество.

Операционная обычно рассчитывается на установку четырех операционных столов, чтобы при одновременной работе двух бригад каждая из них в целях непрерывности располагала двумя столами.

Примерный состав каждой работающей в операционной бригады: 2 врача-хирурга, 4 лица среднего медицинского состава, 4 санитары.

В операционной ДМП выполняются все виды квалифицированной хирургической помощи, включая наиболее сложные полостные и черепные операции.

Вместе с тем нужно подчеркнуть влияние обстановки на объем работы ДМП в целом и хирургического блока в особенности.

Большое количество поступающих на протяжении короткого отрезка времени раненых является основанием для того, чтобы сократить объем оказываемой квалифицированной хирургической помощи, так как перед нами остается основная задача: обеспечить на протяжении этого короткого времени всех поступающих раненых хирургической помощью.

Не беда, если на ДМП не произведена сложная хирургическая операция такому раненому, который в неоперированном состоянии без ущерба для здоровья может быть эвакуирован на следующий этап санитарной эвакуации; наряду с этим совершенно недопустимо, если из ДМП на расположенные в более глубоком тылу этапы эвакуируются раненые, не подвергнутые вовсе хирургической обработке и находящиеся по этой причине в состоянии, угрожающем здоровью и жизни.

Нельзя установить пригодный для всех случаев стандарт и объем работы операционной: иногда она вынуждена будет переключиться на ту работу, которую обычно выполняет перевязочное отделение.

Перевязочное отделение должно располагаться не менее чем в трех палатках (специальная палатка ДМП для развешивания собственно перевязочной и две малые палатки ПМП для вспомогательных помещений — предперевязочной и материальной).

В перевязочной выполняются многочисленные виды квалифицированной хирургической помощи: хирургическая обработка ран (рассечение — иссечение), окончательная остановка кровотечения, переливание крови, введение противостолбнячной и противогангренозной сывороток, паложение иммобилизирующих повязок при переломах и т. п.

Наиболее многочисленный контингент раненых, как это показал боевой опыт, получает необходимую ему хирургическую помощь именно в перевязочной.

При ориентировочных расчетах загрузки для принятия решений по расстановке сил на ДМП можно исходить из следующих предположений:

из всего количества раненых, поступивших на ДМП, в операционную направляется 10—15%, в перевязочную — 45—50% и в расположение взвода помощи легко раненым и больным — 35—40%. В зависимости от этого рассчитывается производственная мощность перевязочной и определяется количество одновременно работающих бригад и устанавливаемых столов.

Типовой состав бригады, работающей в перевязочной, — 10 человек (1 врач, 5 лиц среднего медицинского состава, 4 санитары). Нужно особо отметить, что в работе перевязочной должна так же строго соблюдаться асептика, как и в операционной: никакие уступки здесь недопустимы, и многочисленность проходящих контингентов никак не может быть причиной снижения требований.

Пункт помощи легко раненым и больным (ППЛ) может располагаться на площадке ДМП или по указаниям дивизионного врача может быть выдвинут в район дивизионного обменного пункта (ДОП) для самостоятельного обслуживания легко раненых и больных, эвакуируемых посредством обратного порожняка.

При решении вопроса о месте работы взвода (а следовательно, и о порядке эвакуации и оказания помощи легко раненым и больным) решающее значение имеет боевая обстановка. Большое количество раненых может считаться основанием для того, чтобы выделить ППЛ в качестве самостоятельного этапа санитарной эвакуации и тем самым разгрузить ДМП от большого наплыва поступающих. Точно таким же образом может повлиять характер путей сообщения и местности: поскольку легко раненые и больные эвакуируются преимущественно обратным порожняком, при наличии отдельных путей подвоза и эвакуации также может возникнуть необходимость выделения ППЛ на пути подвоза.

Вместе с тем нужно подчеркнуть, что всякая возможность иметь ППЛ в бою развернутым в общей системе ДМП должна быть использована, ибо этим устраняется дробление сил и облегчается маневр и управление действиями пунктов помощи легко раненым и больным со стороны командира МСБ. Кроме того, преимуществами такого использования взвода являются также возможность более правильной сортировки и удобство хозяйственного обслуживания и медицинского снабжения.

Пункт помощи легко раненым и больным при развертывании своей работы должен располагать одной специальной палаткой ДМП для перевязочной, одной такой же палаткой для осмотра раненых и ожидания эвакуации и одной малой палаткой ПМП для материально-стерилизационной при перевязочной.

Безразлично, работает ли ППЛ на площадке ДМП или в районе ДОП, или же выполняет другие самостоятельные задания командира МСБ или дивизионного врача — в любых условиях он должен обеспечивать своими силами всю полноту необходимой данному легко раненому или больному медицинской помощи.

Разумеется, нельзя исключить взаимодействие ППЛ с другими подразделениями ДМП, если пункт помощи легко раненым и больным развертывается в районе расположения ДМП.

ППЛ выполняет также сортировочно-эвакуационную работу.

Сортировка эвакуируемых производится в двух направлениях:

1. Эвакуация по назначению. Легко раненые и больные, состояние здоровья которых позволяет рассчитывать на восстановление способности в течение 3—5 суток лечения или которым противопоказана длительная эвакуация, направляются в войсковой подвижной госпиталь. Остальные, в зависимости от имеющихся указаний, в соответствии с состоянием здоровья, направляются на станцию снабжения (эвакоприемник (ГОПЭП)) или в специальный госпиталь для легко раненых. Назначение обязательно отмечается в медицинской карточке передового района.

2. Эвакуация по виду транспортировки: сидя или лежа.

Часть легко раненых и больных после оказания им медицинской помощи и предоставления кратковременного отдыха по своему состоянию может быть возвращена в свои части. Возвращающиеся в части направляются в район расположения эвакуационного взвода МСБ и при возможности направляются в свои части попутным транспортом.

Боевой опыт показал, что под влиянием транспортировки (даже специальным санитарным транспортом) состояние некоторых раненых ухудшается, возникает угроза для жизни. Поэтому в санитарном обеспечении необходимо сочетать три элемента: эвакуацию, квалифицированную медицинскую помощь и стационарное лечение; в частности, для некоторых категорий раненых необходимо совместить оказание квалифицированной помощи и стационарное лечение.

Контингент этих «нетранспортабельных» раненых определяется следующим перечнем:

- 1) черепные ранения после пропавшей трепанации;
- 2) ранения с проникающими повреждениями грудной клетки;
- 3) ранения в живот после лапаротомии;
- 4) шок раевой или послеоперационный;
- 5) острые анемии при наличии признаков сердечной слабости;
- 6) анаэробные инфекции при наличии общей интоксикации.

Госпитальное подразделение МСБ имеет основной своей задачей обеспечить таких раненых квалифицированным уходом и лечением; оно не может разрешить задачу полного восстановления боеспособности этих раненых, но обязано сделать все возможное, чтобы подготовить их дальнейшей эвакуации, восстановить их эвакуационную способность.

Для выполнения этой задачи требуется иногда значительное время: например, при ранениях черепа 8—10 суток, при ранениях живота после лапаротомии 5—7 суток, столько же при проникающих повреждениях грудной клетки.

При продвижении ДМП на новый рубеж развертывания (в наступлении), когда подразделения МСБ переходят поспешно, вместе с выдвинутым вперед отделением ДМП следует часть личного состава и средств питательного подразделения МСБ. Вместе с тем путем координации маэра с высшим санитарным начальником достигается взаимодействие с подвижным госпиталем. Последний выдвигает свое отделение к тому месту, находятся раненые госпитального подразделения, и принимает их насте. Только после такой сдачи раненых подвижному госпиталю госпитальное подразделение может двинуться вперед для присоединения к МСБ. При выходе дивизии из боя положение оказывается более затруднительным. Эвакуация раненых становится неизбежной, иначе они могут по-

пасть в руки противника. В этом случае отход госпитальной роты производится поешелонно, совместно с отделениями ДМП; раненые эвакуируются специальным транспортом, с соблюдением наибольшей бережливости, в сопровождении медицинского состава, снабженного всем необходимым для оказания медицинской помощи в пути; широко используется санитарная авиация.

И в этом случае необходимо взаимодействие с войсковым подвижным госпиталем, на который сразу переключается направление всех нетранспортируемых раненых.

Силами и средствами «медико-санитарного батальона должны быть госпитализированы только раненые, находящиеся в шоковом состоянии, после полостных операций, имеющие жизненные противопоказания к дальнейшей эвакуации» (Е. И. Смирнов).

В числе функций госпитального подразделения МСБ нужно указать также на развертывание изоляторов для временной госпитализации заразных больных (на 2—3 инфекции). Помещать в изолятор следует также тех больных, у которых диагноз не мог быть точно установлен и имеется подозрение на заразное заболевание. В данном случае необходимо по возможности привлекать к выяснению диагноза лабораторное отделение санитарного взвода.

Заразные больные содержатся в изоляторах госпитальной роты до тех пор, пока не явится возможность эвакуировать их в инфекционный госпиталь (ИГ).

Таблица сортировки раненых и больных, эвакуируемых из ДМП

№ п/п	Категории раненых и больных	Куда направляются	Каким транспортом	Примечание
1 *)	Тяжело раненые и больные, нуждающиеся в неотложной госпитализации	1. Войсковой подвижной госпиталь 2. ГОПЭП (ППГ, входящие в ГОПЭП) или госпитальная база армии ГОПЭП	1. Автосанитарный транспорт 2. Авиасанитарный транспорт	*) С особой бережностью и дополнительным под- рессориванием
2	Остальные тяжело раненые и больные, а также больные и раненые средней тяжести		Армейский (корпусный) автосанитарный транспорт	
3	Инфекционные больные	ИГ	То же	
4	Легко раненые и больные, могущие после кратковременного лечения вернуться в часть	Войсковой подвижной госпиталь	Общевойсковой транспорт (обратный порожняк подвоза)	
5	Остальные легко раненые и больные	1. Эвакоприемник ГОПЭП 2. Госпиталь для легко раненых	То же	

Дивизионный медицинский пункт должен быть развернут в наиболее короткий срок после прибытия на избранную площадку.

Готовность ДМП к приему раненых должна быть достигнута уже через 30 минут после прибытия на место; полное развертывание — спустя 2 часа.

При работе ДМП в полном составе на одной площадке срок готовности 1-го эшелона к выступлению определяется в 50 минут.

Войсковой подвижной госпиталь

Задачи наиболее быстрого и надежного восстановления здоровья и боеспособности раненых требуют приближения к войскам этапа санитарной эвакуации, обеспечивающего возможность стационарного лечения в войсковом тылу для двух категорий раненых и больных:

а) для тяжело раненых (больных), состояние здоровья которых в данный момент не допускает эвакуации на дальнейшее расстояние;

б) для тех легко раненых (больных), которым нужно лишь кратковременное (5—7 суток) стационарное лечение, после чего они могут быть возвращены в свои части.

Эта задача возлагается на войсковой подвижной госпиталь (ВПГ). Войсковые подвижные госпитали (рис. 38), как правило, подчиняются корпусному врачу и располагаются в дивизионном тылу (25—30 км).

В зависимости от обстановки корпусной врач определяет порядок базирования дивизий на определенные ВПГ. Порядок использования ВПГ определяется начальником санитарной службы армии.

Основное условие для правильного использования ВПГ — это насыщение его именно теми контингентами раненых и больных, для лечения которых он предназначен. Поэтому первостепенное значение приобретает постановка сортировки на том ДМП, с которым ВПГ связан линией эвакуации. Грубейшей ошибкой было бы считать ВПГ каким-то коллектором, куда можно без разбора эвакуировать всех раненых и больных из ДМП в надежде на то, что дальнейшая сортировка будет произведена в ВПГ. Последний не предназначен для массового приема и сортировки раненых и больных.

ВПГ выполняет, как правило, следующие функции в обслуживании указанных выше контингентов раненых и больных.

1. Оказание квалифицированной медицинской помощи тем раненым и больным, которым по какой-либо причине необходимая помощь не могла быть оказана предыдущими этапами санитарной эвакуации.

Таким образом, в сферу деятельности ВПГ безусловно входит развертывание широкой хирургической работы, дополняющей действия ДМП.

2. Стационарное лечение не подлежащих дальнейшей эвакуации раненых в целях восстановления их эвакуационности (для тяжело раненых) или возвращения в строй (для легко раненых и больных).

В этом направлении ВПГ также должен осуществлять полное взаимодействие с ДМП, так как в ряде случаев дело будет идти не только о приеме поступающих в госпиталь раненых, но и о высылке госпиталем своих отделений вперед для приема раненых, оставляемых госпитальной ротой МСБ на месте.

3. Сортировка и подготовка к дальнейшей эвакуации тех тяжело раненых и больных, для которых уже может быть разрешена транспортировка, и возвращение в части (через ближайшего этапного коменданта) выздоровевших легко раненых и больных, которым возвращена работоспособность.

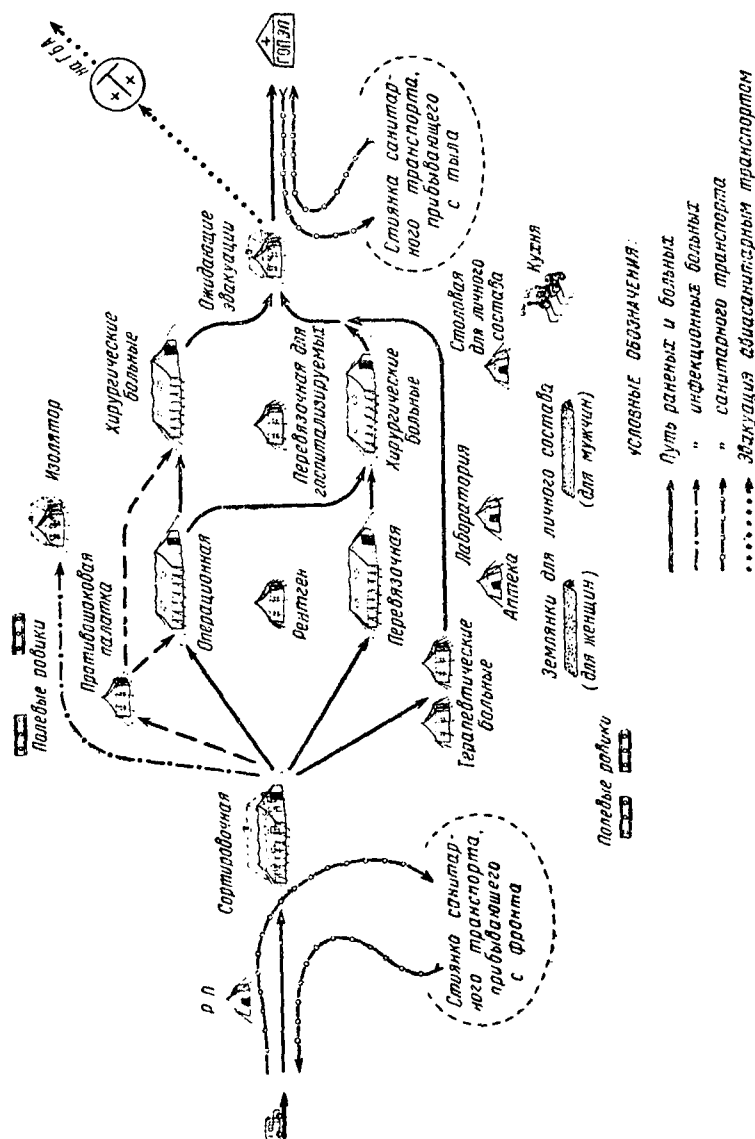


Рис. 38. Схема войскового подвижного госпиталя.

Госпиталь связан теснейшим образом с находящимися впереди него дивизионными медицинскими пунктами и поэтому должен так или иначе принимать участие в маневре средствами санитарной службы дивизии на данном направлении.

В наступлении основным видом маневра для ВПГ является выброска

отделений (эшелонов) вперед и поочередное выдвижение госпиталя на последовательные рубежи.

Начальник санитарной службы армии (корпуса) в соответствии с этим концентрирует войсковые подвижные госпитали на направлении главного удара, указывает порядок и ось продвижения ВПГ и дает указания, какие именно соединения (направления) должны обслуживаться данным госпиталем.

В обороне ВПГ располагается за тыловым рубежом обороны дивизии, на возможно более близком расстоянии от ДМП.

При выходе из боя район расположения ВПГ обычно избирается для развертывания ДМП отходящего соединения; поэтому ВПГ, по возможности эвакуирует больных и раненых, передает остающихся на месте перемещаемых раненых госпитальной роте МСБ и отходит пешеходно в указанный ему новый район развертывания.

При развертывании ВПГ должны быть предусмотрены специальные помещения для начальствующего состава.

Порядок эвакуации легко раненых и больных

Специальный санитарный транспорт, имеющийся в распоряжении санитарной службы, далеко не всегда может обеспечить все количество подлежащих эвакуации на данном отрезке путей и в течение назначенного отрезка времени.

Поэтому совершенно естественно наше стремление использовать для эвакуации легко раненых и больных, которые не нуждаются в специальном транспорте, общевойсковые транспортные средства, в частности, обратный порожняк подвоза.

Войсковой транспорт, используемый для санитарной эвакуации, должен быть по заявке соответствующего санитарного начальника подан на указываемый им этап санитарной эвакуации и направлен именно на тот этап, куда надлежит доставить по назначению данную группу раненых или больных.

В соответствии с этим эвакуация легко раненых и больных строится следующим образом:

1. На ПМП легко раненые и больные приходят самостоятельно. После оказания необходимой медицинской помощи и регистрации легко раненые и больные эвакуируются на ДМП, в зависимости от обстановки, санитарным транспортом, общевойсковым транспортом или пешком.

Уже на ПМП в отношении некоторых легко раненых и больных может быть принято решение об отправке их в ВПГ (так как после нескольких дней стационарного лечения такой раненый может быть возвращен в свою часть). Однако лишь в редких случаях будет возможность оставить таких раненых непосредственно в ВПГ: обычно эвакуационный путь такого раненого также пройдет через ДМП.

2. На ДМП легко раненые и больные, не нуждающиеся в оказании квалифицированной врачебной помощи, выделяются при приеме и сортировке. Обычно функции их обслуживания несет взвод помощи легко раненым МСБ.

В отдельных случаях (самостоятельные пути подвоза и эвакуации, большое количество раненых) легко раненые и больные могут быть отправлены от ДМП в сторону дивизионного обменного пункта (ДОП), и для об-

служивания их в составе ДОП развертывается пункт помощи легко раненым и больным (ШПЛ).

В этом случае (согласно приказу по тылу дивизии) легко раненые могут направляться из ШМП непосредственно на ШПЛ посредством войскового транспорта.

3. Эвакуация легко раненых и больных из ДМП (ШПЛ) на дальнейшие этапы санитарной эвакуации осуществляется армейскими (корпусными) транспортными средствами, подаваемыми к указанному месту погрузки.

В зависимости от состояния здоровья легко раненые и больные могут направляться в ВШГ или в специальный госпиталь для легко раненых (АЛ), входящий в состав ГОПЭИ и располагаемый обычно в районе станции снабжения. В отдельных случаях при организации промежуточного (корпусного) перегрузочного пункта АЛ может выдвигаться в район последнего.

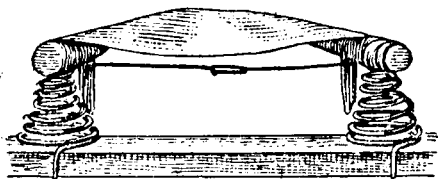


Рис. 39.
Пружина кружилина.

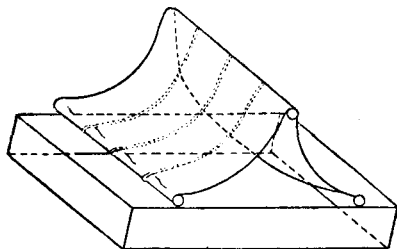


Рис. 40. Схема шезлонгов универсального оборудования.

Каждый руководящий эвакуацией санитарный начальник должен самым тщательным образом увязать вопрос эвакуации легко раненых и больных с соответствующим штабом. Нужно знать, какие транспорты, в каком направлении и когда именно отходят; нужно рассчитать, достаточно ли количество отходящих единиц транспорта для перевозки ожидающих больных и раненых; нужно, наконец, проверить, обладают ли машины необходимыми приспособлениями для перевозки раненых и больных. В настоящее время при большом развитии грузовых автоперевозок в войсках вопрос приспособления грузового автотранспорта для целей санитарной эвакуации приобретает особое значение, так как это дает возможность быстрой и массовой эвакуации.

Предложен ряд способов, при помощи которых грузовая автомашина может быть приспособлена для перевозки лежащих и сидящих раненых и больных (рис. 39—42). Наилучшим образом разрешает этот вопрос принятое уже на вооружение Красной армии универсальное оборудование грузовой автомашины, пригодное для всех видов перевозок.

Необходимо учитывать при эвакуационной сортировке раненых и больных следующие обстоятельства:

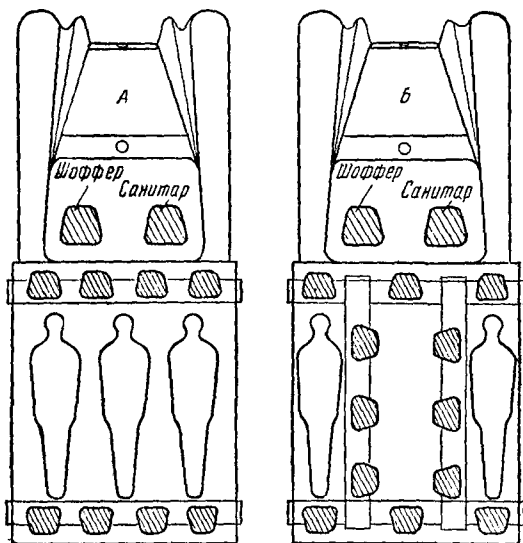
- а) состояние данного раненого (больного): насколько может быть исключена возможность ухудшения состояния здоровья под влиянием перевозки на неприспособленном транспорте;
- б) атмосферные и климатические условия (дождь, снег, мороз, ветер);
- в) дальность расстояния одного этапа эвакуации от другого;
- г) возможность обеспечить тот или иной процент раненых и больных специальным автосанитарным транспортом.

С уверенностью можно решить вопрос об эвакуации того или иного раненого или больного обратным порожняком только в том случае, если со-

стояние его здоровья не внушает серьезных опасений и если для него не требуется квалифицированная врачебная помощь.

Отправка крупных групп раненых или больных с обратными рейсами войсковых транспортов должна производиться обязательно в сопровождении медицинского работника, который обязан следить в пути за состоянием здоровья эвакуируемых и оказывать им в случае надобности медицинскую помощь. Сопровождение групп легко раненых и больных медицинским персоналом должно быть правилом, и всякое направление из ПМП легко раненых и больных одиночным порядком и без сопровождения должно стать редким исключением.

Боевой опыт показывает, что такие одиночные раненые и больные весьма часто сбиваются с правильного пути, рискуя попасть в руки противника, действующего иногда по тыловым коммуникациям, а также подвергаются серьезной опасности за-



А — 3 лежачих и 8 сидячих
Б — 2 лежачих и 12 сидячих

Рис. 41. Схема размещения носилочных и сидячих в полутонном автомобиле.

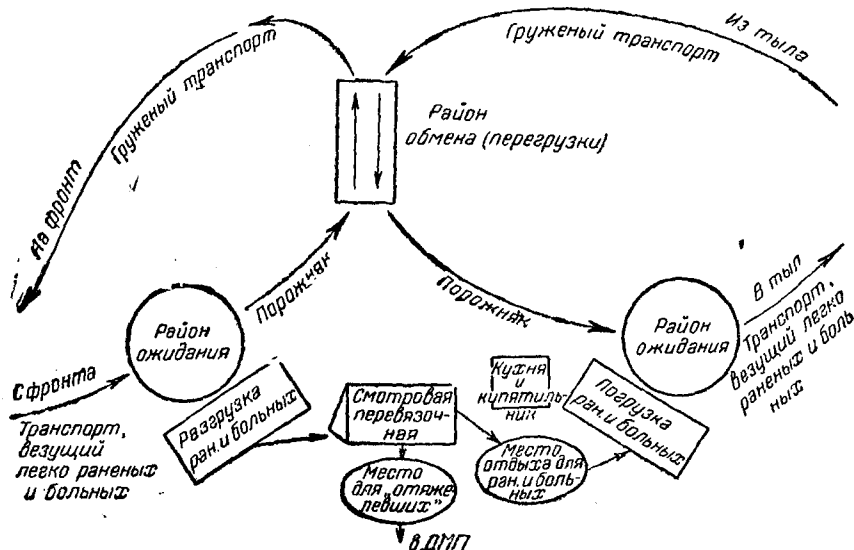


Рис. 42. Развертывание ППЛ в районе обменного пункта.

назидывания необходимой для них медицинской помощи в случае ухудшения состояния здоровья.

Схема разграничения участков сопровождения раненых и больных может быть представлена в следующем виде:

1) между ИМП и ДМП (ППЛ) для сопровождения распоряжением старшего врача выделяется фельдшер или санитарный инструктор;

2) между ДМП (ППЛ) и ВПГ или станцией снабжения для сопровождения раненых и больных распоряжением дивизионного врача назначаются из МСБ (ВПГ) лица среднего медицинского состава.

Эта система дает большие преимущества и может предупредить ряд весьма опасных и нежелательных последствий, которые связаны с отправкой одиночных раненых и больных войсковыми транспортом без сопровождения медицинскими работниками.

Мы обязаны с особой осторожностью подходить к отправке раненых и больных войсковыми транспортом при неблагоприятных атмосферных условиях (снег, дождь, ветер, сильное понижение температуры воздуха): в этих случаях можно использовать только крытые грузовые машины. В зимних условиях при наличии сильных морозов необходимо не только использовать крытые машины, но и обеспечить каждого эвакуируемого теплыми (меховыми) одеялами и грелками; в противном случае возможны отморожения с весьма тяжелыми последствиями.

В зимних условиях требуется также, чтобы эвакуируемый возможно меньше времени проводил на открытом воздухе в пути с одного этапа санитарной эвакуации до другого; для этого на путях эвакуации средствами дивизии должны быть развернуты перевязочно-обогревательные пункты, где раненый мог бы согреться, получить кружку горячего чая и в случае надобности медицинскую помощь.

Расстояние между этими перевязочно-обогревательными пунктами рассчитывается, в зависимости от используемого вида транспорта, так, чтобы после каждого часа пути сделана была остановка на таком промежуточном пункте.

В зимних условиях нужно стремиться эвакуировать максимум легко раненых (не говоря уже о тяжело раненых и больных) специальным санитарным транспортом.

Организация транспортной сортировки подлежащих эвакуации раненых и больных во многом зависит от сложившейся боевой обстановки: эта сортировка должна в своей основе иметь определенное решение санитарного начальника.

Если количество раненых и больных, подлежащих эвакуации на протяжении данного отрезка времени, не превышает подъемной способности имеющихся средств специального санитарного транспорта, то, разумеется, использование не приспособленного войскового транспорта для санитарной эвакуации должно быть минимальным.

Однако гораздо чаще встречаются случаи, когда специального санитарного транспорта не хватает даже для эвакуации действительно нуждающихся в нем раненых и больных. В этих случаях при использовании войсковых транспортов должны быть пущены в ход все обеспечивающие эвакуируемого средства: сопровождение лицами медицинского состава, дополнительное подпрессоривание матрацами или соломой, сооружение на машинах брезентовых тентов, средства обогрева (в зимних условиях).

Иногда мы встречаемся с необходимостью при эвакуации раненых и больных последовательно использовать различные способы транспортировки: например, в зимних или горных условиях часть пути раненый преодолевает на лыжных или вьючных носилках; далее идет отрезок пути, на котором возможно лишь движение гужевого транспорта (сани, санитарная двуколка); еще дальше возможна эвакуация автотранспортом.

В этих случаях должно быть выполнено категорическое требование: в каждом пункте, где происходит перегрузка эвакуируемых с одного вида транспорта на другой, иметь ответственных за это лиц медицинского состава.

В тех случаях, когда дивизионным врачом принято решение о выделении в состав ДОП пункта помощи легко раненым и больным, начальник ППЛ остается в непосредственном подчинении командиру МСБ, подчиняясь одновременно в оперативном отношении (в смысле выбора места для ППЛ) коменданту обменного пункта. Последний обязан организовать подачу транспорта для погрузки эвакуируемых, обеспечить прикрытие района ППЛ от возможного нападения противника и выделять по требованию начальника ППЛ охрану для транспорта с ранеными и больными.

Основные элементы, из которых состоит ППЛ, следующие (рис. 42):

1. Район разгрузки раненых и больных, который должен вплотную прилегать к назначенному комендантом ДОП району ожидания транспорта, прибывающего с фронта; прибывающие машины или повозки, доставившие раненых или больных, разгружаются немедленно.

2. Смотровая-перевязочная, где производится осмотр и сортировка всех прибывших и оказывается им необходимая медицинская помощь врачом. Если состояние раненого или больного позволяет эвакуировать его дальше тем же порядком, каким он прибыл, его направляют в специально отведенное место для отдыха легко раненых и больных. Здесь нужно иметь готовое чай и горячую пищу, чтобы накормить раненых перед отправкой.

При палиции у раненого или больного признаков ухудшения состояния здоровья (промокла повязка, поднялась температура, ощущается сильная боль) врач оказывает необходимую медицинскую помощь и помещает его в районе, отведенном для «отяжелевших» и ожидающих эвакуации санитарным транспортом в ДМП.

3. Район погрузки раненых и больных должен находиться в непосредственной близости от района ожидания тех транспортов, которые прибыли с грузом из тыла, сдали свой груз и готовятся обратно вернуться в тыл.

Погрузка должна производиться под наблюдением врача, который должен указать способ эвакуации данного раненого или больного (сидя или лежа).

Составление плана лечебно-эвакуационного обеспечения дивизии

По сравнению с рассмотренным планом лечебно-эвакуационного обеспечения стрелкового полка план дивизионного врача является процессом более сложным.

Принимая решение по санитарному обеспечению боевых действий дивизии, дивизионный врач должен прежде всего самым тщательным образом

изучить решение командования дивизии и направить все усилия к тому, чтобы со своей стороны обеспечить ее осуществление.

План санитарного обеспечения боевых действий соединения, составляемый дивизионным врачом, является основным оперативным документом, отражающим как принятое решение, так и пути его выполнения.

Этот план состоит обычно из двух частей: плана лечебно-эвакуационного обеспечения и плана противоэпидемических мероприятий.

Первая часть должна быть построена следующим образом:

а) особенности в задачах санитарной службы, вытекающие из данной обстановки (например, при прорыве обороны противника, приближение в исходном положении этапов санитарной эвакуации и массирование средств санитарного транспорта на решающем направлении);

б) ориентировочный расчет потерь людьми по этапам операции и направлениям;

в) расчет санитарной эвакуации;

г) маневр средствами санитарной службы;

д) использование средств усиления санитарной службы;

е) объем лечебной помощи на этапах санитарной эвакуации и основания для сортировки раненых и больных.

План лечебно-эвакуационного обеспечения должен содержать указания:

а) санитарной службе полков — об особенностях работы в данных условиях (объем медицинской помощи, порядок эвакуации, распределение средств усиления, основные пути и средства эвакуации);

б) медико-санитарному батальону дивизии — о характере маневра, местах развертывания и задачах по этапам или рубежам боя, об объеме медицинской помощи и порядке эвакуации различных контингентов раненых, больных и пораженных ОВ;

в) санитарной службе приданных частей усиления — об увязке работы, о базировании на санитарные учреждения дивизии.

План, составленный дивизионным врачом, должен быть утвержден начальником штаба дивизии и согласован с начальником отделения по устройству тыла; согласование принципиальных вопросов значительно облегчает работу дивизионного врача и ускоряет процесс реализации плана. Согласованные вопросы помещаются в приказе по тылу дивизии. Очень важно уметь самым сжатым образом сформулировать в приказе основные указания по санитарному обеспечению. При составлении приказа по тылу дорога каждая минута, ибо он должен быть отправлен в части вместе с боевым приказом. Поэтому дивизионный врач должен согласовать с начальником тыла дивизии свои принципиальные вопросы до принятия командованием окончательного решения; когда уже пишется приказ, он должен прийти к начальнику тыла дивизии с готовым проектом пункта приказа, касающегося санитарного обеспечения. Не следует все свои указания включать в приказ по тылу, так как это было бы слишком громоздко. Дивизионный врач должен помнить, что приказ по тылу должен дать основные указания командирам частей; поэтому все подробности, касающиеся организации работы санитарной службы, должны быть отданы частными распоряжениями по санитарной службе.

решения начальника связи может быть включен одной из ближайших станций. Часто ВПГ будет находиться поблизости от одного из узлов связи, что также позволит обеспечить его связь.

Нужно только помнить, что в боевой обстановке нельзя пользоваться телефоном для открытой передачи секретных распоряжений и дозвонений (возможно подслушивание). Поэтому для передачи по телефону оперативных распоряжений дивизионного врача подчиненным учреждениям следует пользоваться кодом.

Боевые распоряжения, от четкости исполнения которых зависят организация и успешность работы всей санитарной службы дивизии, нужно передавать таким способом, который гарантировал бы своевременное получение их.

Дивизионный врач передает свои распоряжения: медико-санитарному батальону посредством упомянутых уже средств живой и проводочной связи, дублируя распоряжение при помощи общештабных технических средств, когда это возможно; старшим врачам (врачам) частей посредством общештабных средств связи, дублируя передачу распоряжений через командира МСБ и используя для этого его средства связи или санитарный транспорт.

Каждое распоряжение следует отдавать, строго учитывая время, необходимое для получения исполнителем приказа и его выполнения.

Пример. Дивизионный врач отдает приказание командиру медико-санитарного батальона, расположенного в 12 км от штаба дивизии: выслать 5 санитарных машин к ПМП, развернутому в 7 км расстояния от места нахождения МСБ.

Распоряжение подписывается в 21.00, вручается ожидающему конному посыльному медико-санитарного батальона; начальник санитарной службы дивизии может при этом указать срок прибытия автомашин к месту назначения не ранее 24.00, так как около двух часов требуется на доставку приказаний командиру МСБ и около часа — на движение машин ночью к указанному пункту.

Если этот расчет минимальных сроков не выдерживается, неминуема путаница в исполнении, грозящая чрезвычайно опасными последствиями.

В распоряжениях дивизионного врача по лечебно-эвакуационному обслуживанию боевых действий основное место должны занять четкие указания по выполнению маневра санитарными средствами дивизии и распределению средств усиления. Эти распоряжения не только должны быть даны в адрес начальников санитарных учреждений, но и сообщены каждому старшему врачу полка для должной увязки.

Иногда при наличии к этому возможностей следует вместо приказаний разослать схему, которая наглядно показала бы решение по выполнению маневра. Если в штабе дивизии заготовлены литографированные «скелеты» для таких схем, это может значительно сэкономить время.

Маневр санитарными средствами организуется в точном соответствии с планом боевых действий и решением командования; маневр должен отвечать построению этого решения по этапам и рубежам боя. Например, в наступлении медико-санитарному батальону должна быть ясна задача: что нужно делать в исходном положении, по выполнении войсками ближайшей задачи при выходе к конечному рубежу. Можно лишь ориен-

нельзя фиксировать это заранее по часам и минутам, ибо в ходе боя обстановка может резко измениться; значит, дивизионный врач заранее может дать только общий план маневра и по ходу боя обязан осуществлять непрерывное управление своей службой.

Дивизионный врач должен находиться на командном пункте командира дивизии; в зависимости от необходимости он работает в составе первого или второго эшелона этого командного пункта. Следует находиться именно там, где обеспечена наиболее быстрая и точная информация о боевой обстановке; эту информацию дивизионному врачу (наравне с другими начальниками служб) обязан давать начальник отделения по устройству поля.

Очень важно также располагать во время боя надежными средствами связи со своими санитарными учреждениями, чтобы во-время давать распоряжения.

Дивизионный врач в любую минуту должен знать, как работает санитарная служба дивизии, где и какие ощущаются трудности, где нужно в данный момент помочь. В ряде случаев дивизионный врач должен лично быть в частях, руководить действиями санитарной службы в сложных условиях работы ДМП, выезжать туда и оказывать на месте практическую помощь.

Вместе с тем успешное управление работой санитарной службы в бою требует прежде всего своевременных и исчерпывающих донесений от всех подчиненных лиц: командира МСБ и старших врачей (врачей) частей.

О наиболее важных моментах (место развертывания, поступление и эвакуация раненых и больных) донесения должны представляться любыми средствами связи. Дивизионный врач устанавливает часы ежедневного представления санитарной сводки, суммирует получаемый материал и представляет его старшему санитарному начальнику. Дивизионный врач с учетом указаний корпусного врача может устанавливать сроки представления санитарной сводки, в зависимости от боевой обстановки, и за более короткие промежутки времени.

В зависимости от характера боевых действий, от размеров предвидимых людских потерь в бою и от наличия средств дивизионный врач должен дать указания относительно объема медицинской помощи, оказываемой на этапах санитарной эвакуации. Эти указания должны рассматриваться как неотъемлемая часть в осуществлении маневра санитарными средствами.

При составлении лечебно-эвакуационного плана нужно использовать ориентировочные расчеты не только для распределения санитарного транспорта, но и для анализа условий предстоящей работы этапов санитарной эвакуации (рис. 44).

Только на основе этого учета можно дать правильные указания относительно объема медицинской помощи и сделать реально выполнимым составленный план.

Пример. Из расчетов дивизионного врача следует, что за день боя через ДМП пройдет до 400 раненых, пораженных ОВ и больных. С большим напряжением используя полученные средства усиления санитарного транспорта, дивизионному врачу по расчетам удастся обеспечить эвакуацию всего этого контингента.

Однако на деле ДМП был не в состоянии в течение дня справиться с оказанием квалифицированной врачебной помощи такому количеству нуждающихся в ней. Получился затор, нарушилась плановость эвакуации.

Между тем план мог быть осуществлен, если бы дивизионный врач дал указания о более жесткой сортировке в полках, сократил объем оказываемой на ДМП помощи и усилил направление раненых в ВПГ.

Очень трудно даже приблизительно указать производственные нормы для санитарных учреждений, ибо работоспособность этапа санитарной эвакуации зависит прежде всего от качества руководства, от натренированности, сработанности всего персонала, от условий размещения и освещения.

Как показал боевой опыт, работоспособность и энтузиазм наших медицинских работников могут творить чудеса и опрокидывать всякие нормы.

С учетом этих предпосылок можно указать следующие ориентировочные нормы в отношении хирургической работы:

1) за единицу принимается хирургическая группа, состоящая из двух врачей, 3—4 человек среднего медицинского персонала и 4—6 санитаров;

2) хирургическая группа за 10—12 часов непрерывной работы может выполнить 25—30 операций средней тяжести, и 80 наименее сложных операций или 200 перевязок;

3) мощность МСБ стрелковой дивизии определяется при этом в 4 группы, медико-санитарного дивизиона кавдивизии — в 2 группы, роты медицинской помощи танковой бригады — в 2 группы, автхирургического отряда армии — в 4 группы.

Если на основе этих нормативов рассмотреть среднюю суточную цифру предполагаемого поступления 400 человек на ДМП, то расчет может быть сделан следующим образом:

а) из всего числа поступающих на ДМП в среднем 300 человек нуждаются в производстве хирургических операций (75%); следовательно, будут полностью загружены работой четыре группы (бригады);

б) остается еще 100 раненых, нуждающихся в перевязках и других мероприятиях, для чего требуется одна хирургическая группа.

Если дивизионный врач не может своими силами и приданными средствами усиления покрыть эту потребность, он обязан дать указания об ограничении оказываемой на ДМП помощи случаями неотложных вмешательств и о подготовке остальных раненых и больных к дальнейшей эвакуации, о соответствующем увеличении процента направляемых в ВПГ, о направлении части раненых при отсутствии противопоказаний неоперированными на ГОПЭП. Последнее распоряжение может быть отдано лишь в крайнем случае, когда нет другого выхода, и только при хороших путях эвакуации.

Санитарная разведка и противоэпидемические мероприятия

В масштабе дивизии задачи санитарной разведки имеют значительно больший размах и иной характер, чем те же задачи санитарной службы полка.

Санитарная разведка должна осветить состояние всего района расположения или действий частей дивизии.

Дивизионный врач может получить необходимые сведения от старшего санитарного начальника, от дивизионного врача соседней дивизии или, если произошла перегруппировка войск, от начальника санитарной службы эскадрона, ранее занимавшего данный район, а также от старших врачей (врачей) подчиненных частей в порядке выполнения ими специально поставленной задачи или в виде донесений о результатах разведки, производимой ими в обычном порядке, и в результате выполнения задач специальной санитарной разведки дивизионными средствами.

В добывании необходимых сведений путем санитарной разведки средства МСБ должны играть роль средств усиления, вводимых в действие тогда, когда средства полков не могут решить данную задачу в ее масштабу или содержанию.

Если задача такова, что дивизионные средства не могут с ней справиться, в действие вступают армейские средства усиления.

Такой же последовательности можно придерживаться в выполнении противоэпидемических мероприятий. Если они не могут быть достаточно эффективно проведены средствами санитарной службы войсковой части, нужно направить для распознавания, прекращения и предотвращения заболеваний дивизионные средства. Если в данной обстановке и этого недостаточно, дивизионный врач должен ставить вопрос о присылке армейских средств.

Нужно предостеречь от двух встречающихся ошибок. Первая заключается в том, что соответствующий начальник недооценивает опасности, рассчитывает «как-нибудь» обойтись средствами самой части; при этом теряется время, эпидемические заболевания растут и делаемая в конце концов заявка на средства усиления противоэпидемической борьбы уже опаздывает. Прибывающие с опозданием дивизионные или армейские средства не могут локализовать заболевание настолько же успешно, как это могло бы быть сделано в самом начале.

Отсюда правило: не терять ни минуты, трезво и всесторонне оценивать опасность и сразу вводить в действие все необходимые для ликвидации заболевания средства.

Вторая ошибка имеет в своей основе часто встречающуюся «переграховку»: санитарный начальник, не оценив по существу окружающей обстановки и характера заболеваний, сразу бьет тревогу, вызывая дивизионные и армейские средства усиления. А при проверке оказывается, что и собственных сил было достаточно, чтобы справиться с задачей.

Обе эти ошибки могут принести серьезный вред в боевой обстановке, так как нарушают плановость в работе высших инстанций и напрасно отвлекают средства усиления от более важных участков.

Избежать ошибок как в одну, так и в другую сторону можно вдумчивым, глубоким изучением санитарно-эпидемической обстановки и полной объективной информацией об этом вышестоящего санитарного начальника.

В плане противоэпидемических мероприятий дивизионный врач должен делить основное внимание тем мерам, которые по какой-либо причине не вводятся или не могут быть проведены силами самих частей. Если об-

становка требует проведения этих мероприятий, дивизионный врач докладывает об этом командиру дивизии и представляет при этом проект приказа. Далеко не обязательно во всех случаях и в любой обстановке отдавать по дивизии приказы, касающиеся противоэпидемических мероприятий. Совершенно недопустимо, если такой приказ содержит лишь повторение уставных требований, лишен конкретности в постановке задач и изобилует общими местами, такой приказ не принесет ничего, кроме вреда.

Другое дело, если приказ ставит перед командованием частей определенные, вызванные конкретной обстановкой задачи, указывает содержание, срок и масштаб проводимого мероприятия, устанавливает ответственность определенных лиц. Самое главное при этом — обеспечить проверку исполнения; в данном случае эта обязанность ложится на дивизионного врача и должна быть им выполнена с особой тщательностью.

Дивизионный врач регулирует и решает вопрос о порядке эвакуации из частей инфекционных больных. Он должен указать всем своим подчиненным, где развернут инфекционный госпиталь (ИГ), каким порядком вести эвакуацию заразных больных, в каких пределах задерживать подозрительных на инфекцию больных в изоляторах войсковых частей и в ДМШ.

Решение вопроса всецело зависит от характера и количества этих заболеваний и от боевой обстановки. При небольшом количестве заболевших и отсутствии особо опасных острых инфекций дивизионный врач дает указания о выделении для этой цели санитарного автотранспорта из общего числа машин, работающих на данном направлении. При значительном количестве эвакуируемых и далеком расстоянии от ИГ можно с разрешения начсанарма использовать для госпитализации инфекционных больных местные лечебные учреждения. Наконец, при наличии определенвшегося в какой-либо части эпидемического очага можно ставить вопрос о вызове ИГ в район этой части.

При проведении в жизнь противоэпидемических мероприятий дивизионный врач руководствуется имеющимися у него данными и указаниями, полученными от корпусного врача (начальника санитарной службы армии). При угрозе распространения заболевания нельзя терять времени на ожидание каких-либо указаний; в этих случаях дивизионный врач должен организовать противоэпидемическую борьбу, используя свои средства, и одновременно донести о характере заболеваний и о содержании проводимых мероприятий.

Санитарное обеспечение стрелковой дивизии в походном движении

Походное движение дивизии производится по одной или чаще всего по двум параллельным дорогам. Выбор путей производится командованием в зависимости от поставленной задачи, от обстановки, в которой производится походное движение войск, от характера местности. Если дивизии поставлена задача занять и удержать определенный район, обычно выбрасывается передовой отряд (ПО) на автомашинах; ПО должен удерживать этот район до подхода главных сил дивизии.

Дивизия в современных условиях не может выступить, не имея по пути движения развернутых этапов санитарной эвакуации.

- В связи с этим в обязанность начальника санитарной службы дивизии, кроме общих задач, изложенных в предыдущих главах, входит:
- а) организация временных медицинских пунктов, на которые части должны базироваться на марше;
 - б) обеспечение правильной расстановки дивизионных санитарных средств в составе колонн;
 - в) распределение в исходном положении средств усиления между частями;
 - г) организация санитарного обеспечения ПО.

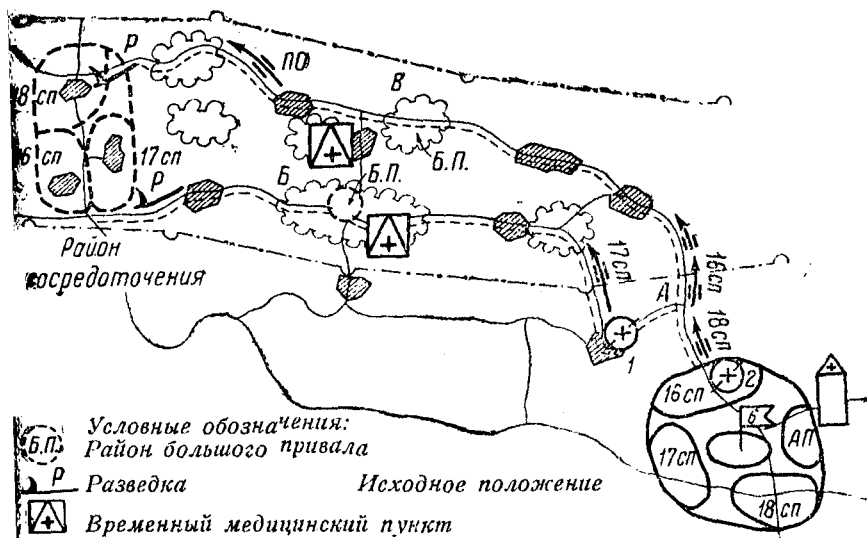


рис. 45. Санитарное обеспечение стрелковой дивизии в походном движении по двум дорогам.

Начальник санитарной службы армии (корпусный врач) в предвидении прихода обязан дать дивизии указания:

- 1) о базировании на армейские этапы санитарной эвакуации;
- 2) о выделенном санитарном транспорте, его количестве, времени в пункте прибытия.

Разберем на примере (рис. 45) решение дивизионного врача.

6 сд совершает марш с задачей занять к 7.00. 15.9 полосу обороны; расстояние от исходного положения — 40 км.

Командир 6 сд решил:

1. Передовому отряду в составе 1/18 сп и дивизиона артиллерии выступить 15.00. 14.9 на автомашинах, прибыть в назначенный район к 00. 14.9.

2. Разведке выступить в 13.00. 14.9.

3. Дивизия совершает походное движение двумя колоннами (пути указаны в схеме).

Левая колонна, 17 сп, артиллерия, спецчасти — пройти головной колонны перекресток дорог «А» 17.00. 14.9, большой привал в лесу «Б» с 00. 14.9 до 2.00 15.9.

Правая колонна, 16 сп, 18 сп, артиллерия, спецчасти — пройти го-
ловой колонны перекресток дорог «А» 18.00. 19.9, большой привал на
западной окраине рощи «В» с 24.00. 14.9.

4. Штадив в составе главных сил правой колонны.

Дивизионный врач 6 сд вызвал к себе на совещание в 10.00. 14.9
старших врачей полков и командира МСБ, отдал следующее распоряже-
ние: а) Средствами МСБ развернуть к 19.00. 14.9 временные медицинские
пункты на путях движения каждой из колонн, в районах близости от
намеченного большого привала (см. схему).

б) Использовать для развертывания временных медицинских пунктов
госпитальную роту и взвод помощи легко раненым и больным.

Эвакуацию из временных медицинских пунктов вести приданными
средствами корпуса в ВПП, расположенный в пункте «Н».

в) Медико-санитарному батальону следовать расчлененно: 1-й взвод
медицинской роты, часть 2-го взвода и 3 санитарных автомашины в
хвосте главных сил 17 сп; 2-й и 3-й взводы медицинской роты, сани-
тарный взвод и 5 санитарных автомашин — в хвосте главных сил
17 сп, хозяйственный взвод и парковый взвод — с первым эшелонем ди-
визионного обоза.

Выделить к 14.00. 14.9 в распоряжение старших врачей полков:

16 сп — 5 санитарных автомашин.

Дезинфекционно-обмывочное отделение из состава МСБ;

17 сп — 3 санитарных автомашины;

18 сп — 2 санитарных машины.

г) Для обеспечения ПО прижать из состава МСБ одного врача,
одного лекарского помощника и 3 автосанитарных машины; из 18 сп —
два отделения санитаров-носильщиков.

Дивизионный врач, кроме того, указал объекты для выполнения сани-
тарной разведки; командир санитарного взвода выезжает вместе с вой-
сковой разведкой в район сосредоточения, разведывает эпидемическое
состояние и наличие источников водоснабжения в трех населенных пунк-
тах, находящихся в этом районе. О результатах разведки доложить к
1.00. 15.9 в районе большого привала.

Старшему врачу 16 сп произвести разведку района большого привала
«В»; старший врач 17 сп — в районе большого привала «Б».

Донесения на походе направлять машинами по оси движения шта-
дива 6.

Командиру МСБ с резервом средств следовать за 18 сп.

Управление санитарной службой дивизии на походе должно отли-
чаться особой гибкостью и оперативностью. Всем санитарным начальни-
кам нужно подробно разъяснить план действия на случай нападения
с воздуха или завязки встречного боя.

В частности, деление медицинской роты МСБ между двумя колон-
нами должно обеспечивать возможность развертывания ДМП одновремен-
но с развертыванием главных сил колонны в боевой порядок.

При данном варианте решения дивизионного врача 6 сд эвакуацион-
но-лечебное обеспечение в случае наличия людских потерь во время дви-
жения мыслится следующим образом:

1) с момента выступления до достижения района большого привала
части базируются на развернутый войсковой подвижной госпиталь;

2) после большого привала все эвакуируемые направляются теми
же средствами на один из временных медицинских пунктов. Здесь ране-
ным и больным оказывается медицинская помощь, после чего они эва-
куируются в ВПП.

Временные пункты медицинской помощи свертываются к 8.00. 15.9
и присоединяются к МСБ.

В случае завязки встречного боя с противником, получения донесени-
о наличии значительных потерь и недостаточности имеющихся средств

дивизионный врач должен выдвинуть к месту имеющегося в его распоряжении резервы и лично выехать в расположение ДМП для руководства и помощи в работе. Возможно, что имеющегося санитарного транспорта будет недостаточно для эвакуации раненых и пораженных ОВ; это должно быть заранее предусмотрено и должен быть отдан приказ по тылу, определяющий порядок подачи войскового транспорта для целей санитарной эвакуации в распоряжение начальника ДМП.

Нужно еще обратить внимание в предложенном варианте решения ИСД — 6 на организацию квалифицированной врачебной помощи раненым и пораженным ОВ на походе. На первой половине пути (до большого привала) этот вид медицинской помощи оказывается в войсковом подвижном госпитале.

Во второй половине пути все раненые и пораженные ОВ эвакуируются на временные медицинские пункты, которые по своему составу и назначению не полностью приспособлены для оказания квалифицированной хирургической помощи.

Может быть поставлен вопрос, не правильнее ли было бы использовать для развертывания временных медицинских пунктов более мощные подразделения МСБ (взводы медицинской роты).

Наиболее существенное возражение против такого варианта решения заключается в том, что эти подразделения МСБ должны следовать в колоннах в свернутом виде; обслуживание на походе не должно быть им вменено в обязанность, так как их задача — быть в любой момент готовыми к развертыванию ДМП при завязке встречного боя.

Функция временных пунктов медицинской помощи по предложенному варианту заключается в том, чтобы осмотреть поступившего раненого или больного, оказать ему неотложную врачебную помощь; предоставить, если требуется, отдых и питание и как можно быстрее эвакуировать в ВПП. Таким образом, момент оказания квалифицированной хирургической помощи откладывается не более чем на 1—2 часа (18—20 км могут быть покрыты за 1 час автотранспортом, что вполне допустимо).

Санитарное обеспечение дивизии в наступлении

В наступательном бою маневр санитарными средствами дивизии должен быть доведен до наивысшей гибкости и четкости. Для этого необходимо изучить не только решение командования, но и ряд материалов, использованных при принятии этого решения (оперативные, разведывательные сводки). Кроме того, необходимо так организовать маневр, чтобы подчиненные санитарные начальники понимали его связь с общей обстановкой и могли проявить необходимую инициативу в развитии этого маневра.

Личное руководство со стороны дивизионного врача является важнейшим условием успешности работы; поэтому он должен присутствовать там, где встречаются особенные трудности.

В области лечебно-эвакуационной маневр санитарными средствами дивизии должен обеспечить полную разгрузку санитарных учреждений: началу наступления от всех раненых и больных, приближение на всех этапах боя квалифицированной врачебной помощи к войскам и бесперерывную эвакуацию раненых, пораженных ОВ и больных из полковых и дивизионных медицинских пунктов.

Для достижения этих задач нужно стремиться в исходном положении приблизить санитарные учреждения к войскам; по мере продвижения боевого порядка выдвигать вперед основной этап санитарной эвакуации — ДМП; рассчитать свои эвакуационные средства таким образом, чтобы быть сильнее всего на решающем направлении.

Следующий пример может служить пояснением этих положений (рис. 46).

20 сд, тесня в течение 5—6 суток отходящие на северо-запад части синих, вышла к 18.00. 15.8 на рубеж, указанный на схеме. Командир дивизии решил: с 4.00. 16.8 продолжать наступление на перешедшего к обороне противника.

Ближайшая задача полков — лес Овальный, выс. 204,1, Избянка, искл. выс. 186,4; задача дня — овладеть Семеновцы, выс. 201,2. Главный удар наносится левым флангом (60 сп, 59 сп, артполк).

Начальнику санитарной службы 20 сд, кроме того, известно:

1. Передний край обороны противника установлен на ю.-в. окраине леса Овальный, южной окраине Избянка. На фронте дивизии имеется до двух пехотных полков противника.

По данным авиаразведки, в районе 5—10 км западнее Семеновцы в 14.30.15.8 скопление пехоты с артиллерией; в лесу 10 км с.-з. высоты 204,1 — танки. В 15.30. 15.8 колонна пехоты с артиллерией длиной до 3 км втягивалась с севера в Семеновцы.

2. Справа 7 сд имеет задачу наступать на обороняющегося противника в направлении на север; слева 17 сд ведет упорный бой южнее Теленево за переправы через р. Синяя.

Указания по устройству тыла 20 сд:

1) дивизия ведет подвоз своими средствами со станции снабжения, находящейся в 28 км ю.-в. от Блиново;

2) путь подвоза и эвакуации: станция снабжения, лес Треугольный, роща, что в 7 км южнее Разумово;

3) ДОП артиллерийский с 5.00. 16.8 южная окраина рощи, ДОП ВХС с 9.00. 16.8 восточная окраина леса Треугольного.

Данные санитарной службы 20 сд:

1. Общая заболеваемость на 13 и 14.8 — требующих госпитализации в пределах 0,5% в сутки; преобладали желудочно-кишечные заболевания, связанные с дефектами водоснабжения.

2. Среди населения занимаемого частями дивизии района повсеместно распространены заболевания дизентерией и брюшным тифом. Водоснабжение — из примитивных колодцев, дающих воду в очень малом количестве. Есть предположение, что противник на отдыхе прибегал к умыслу загрязнению и отравлению колодцев.

3. Санитарная служба частей и санитарные учреждения дивизии полностью укомплектованы положенным личным составом и санитарным транспортом.

Медико-санитарный батальон 20 сд развернул ДМП в лесу, что 2 км севернее Разумово. ВП № 612 к 23.00. 15.8 прибудет в Блиново.

4. Раненые и больные в количестве 130 человек эвакуированы на ГОПЭП; санитарный транспорт вернется к 2.00. 16.8; на ДМП госпитализировано 40 человек.

5. Получено распоряжение корпусного врача: «4.00. 16.8. Разумово прибивают распоряжение начальника санитарной службы 20 сд — 8 санитарных машин для эвакуации раненых на ГОПЭП № 3».

Выводы дивизионного врача и построение лечебно-эвакуационного плана.

1. Противник на отходе не успел создать долговременных укреплений переднего края обороны; однако в глубине оборонительной полосы идет концентрация сил и подтягивание резервов. На направлении 20 сд оборону занимает одна пехотная дивизия противника (два полка этой дивизии уже установлены).

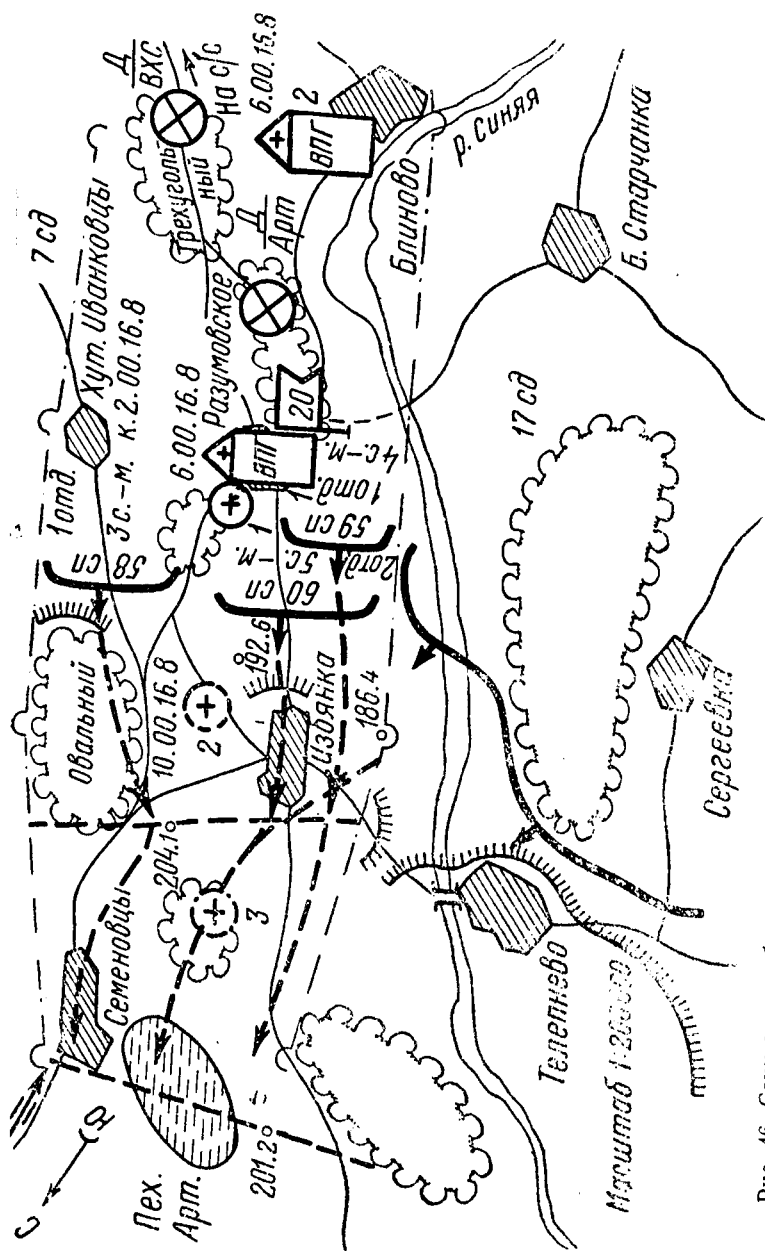


Рис. 46. Санитарное обеспечение наступления стрелковой дивизии на обороняющегося противника.

Местность благоприятствует наступающему (отсутствие естественных рубежей для обороняющегося, скрытые подступы к переднему краю обороны).

Вывод: ориентировочные потери людьми 20 сд могут быть приняты на день боя 16.8 до 6% от боевого состава.

2. Исходя из этого предположения, получаем следующие цифры: боевых потерь — 800 человек, из них убитых — 160, раненых — 640, больных — 80. Всего поступит на санитарно-эвакуационное обеспечение 720 человек; из этого числа направлено будет на ДМП и потребует санитарного транспорта 360 человек.

Легко раненых и больных, эвакуируемых войсковыми транспортом, — 360; для эвакуации их потребуется в среднем 36—40 грузовых автомашин.

Начальник отделения по управлению тылом дает справку, что в течение 16.8 на ДОП артиллерийский полкано будет до 100 грузовых автомашин с боеприпасами; на ДОП ВХС ожидается к 16.00. 16.8 прибытие 25 машин.

Вывод: эвакуация легко раненых и больных полностью обеспечивается движением транспорта.

Санитарный транспорт дивизии с приданными машинами усиления (всего 32 санитарных машины) должен обеспечить направление: от ПМП до ДМП в пределах 10 км; от ДМП до ГОПЭП — расстояние от 45 до 65 км; от ДМП до ВПГ — расстояние от 17 до 35 км; от ВПГ до ГОПЭП — 28 км.

В первую очередь должен быть обеспечен участок эвакуации между ПМП и ДМП. Для перевозки 360 человек здесь требуется 72 машины; один рейс (20 км) должен занять около 1½ часов; за день боя можно сделать до 6 рейсов (120 км — 9 часов). Следовательно, на направления полков нужно выделить 12 санитарных машин; при этом наибольшая их часть должна быть сосредоточена на левом фланге (60 сп — 5 машин, 59 сп — 4 машины, 58 сп — 3 машины).

Эвакуация из ДМП на ГОПЭП потребует до 60 санитарных машин, расстояние таково, что за 16.8 возможен только один рейс санитарных машин, которых у дивизионного врача осталось только 20.

Кроме того, нужно еще обеспечить эвакуацию наиболее тяжело раненых из ДМП в ВПГ: для этого потребуется 5 санитарных машин.

Выводы: санитарный автотранспорт распределить следующим образом: 12 машин — на направлениях полков, 5 машин — для эвакуации из ДМП в ВПГ, 10 машин — для эвакуации из ДМП на ГОПЭП, 5 машин — в резерве дивизионного врача.

Добиться указаний в приказе по тылу дивизии о подаче на ДМП (для эвакуации остальных раненых) грузовых машин, подвозящих снаряды на ДОП артиллерийский, в количестве 75—80 машин за день боя 16.8.

При сортировке на ДМП проследить за тем, чтобы наиболее тяжело раненные были эвакуированы санитарным транспортом.

3. Предполагаемые за день боя людские потери большей частью падут на второй этап (бой внутри оборонительной полосы); отсюда вывод, что всю мощность санитарных учреждений нужно приберечь для обеспечения этого этапа боя.

Решение дивизионного врача 20 сд по выполнению маневра санитарными средствами¹.

«1. Командиру МСБ подготовить выдвижение отделения ДМП для развертывания в районе выс. 192,6 по овладении войсками ближайшим рубежом.

Готовность к 7.30. 16.8 выступить по дополнительному распоряжению.

2. Второму отделению ДМП оставаться в исходном положении у подхода ВПГ № 612. По сдаче раненых и больных подготовиться продвижению на следующий рубеж.

¹ Данное решение приводится здесь как один вариант; не следует рассматривать его как единственно правильное.

3. Обеспечивать на ДМП квалифицированную хирургическую помощь неотложного характера; не подвергнутых хирургической обработке направлять в ВПГ № 612.

4. Для эвакуации раненых поданы будут на ДМП автогрузовые машины: к 9.30 — 20 машин 2,5 т; к 14.00 — 40 машин 1,5 т; к 16.00 — 40 машин 1,5 т.

5. Эвакуацию санитарным транспортом вести в ВПГ № 612 и на ОПЭП.

6. Донесения представлять через каждые 2 часа».

Одновременно, представляя донесения о своем решении корпусному врачу НСД—20 дает заявку на выдвижение к 10.00. 16.8 отделения ВПГ № 612 в район роши севернее Разумово для принятия на месте госпитализированных при ДМП раненых.

В порядке мероприятий противоэпидемической защиты отдается приказ 20 сд об усиленном санитарном надзоре за обеспечением войск, об организации массового обезвреживания питьевой воды, наполнения фляг и подвоза обезвреженной воды к войскам.

Санитарное обеспечение стрелковой дивизии в обороне

В обороне лечебно-эвакуационный план должен быть составлен с расчетом трех возможных вариантов:

а) уничтожение сил противника перед передним краем обороны и нанесение ему сокрушающего удара;

б) при прорыве противником переднего края оборонительной полосы — ввод в действие ударной группы с целью уничтожения в главнине обороны прорвавшейся пехоты и танков противника;

в) отход на заранее подготовленный тыловой рубеж.

Санитарные учреждения дивизии в обороне должны быть рассредоточены на нормальных дистанциях; средства санитарного транспорта вывинуты на полковые участки. Резервы должны быть сосредоточены при ударной группе с тем, чтобы они были автоматически введены в действие с переходом ударной группы в контратаку. В масштабе дивизии, как же, как и в масштабе полка, должны быть использованы танконеоступные районы для развертывания санитарных учреждений.

С особой тщательностью нужно избирать пути эвакуации, защищать их от огня и воздушного наблюдения противника, маскировать расположение санитарных учреждений и движение санитарных транспортов.

Приобретают также особую остроту вопросы противоэпидемической защиты, в особенности при длительном нахождении войск в обороне.

При развитии оборонительных работ медицинские пункты (в том числе ДМП) размещаются в убежищах; эвакуация раненых в некоторых случаях может производиться только по ходам сообщения.

Это означает, что мы можем в обороне встретиться с частичной или полной невозможностью использования гужевого и автомобильного санитарного транспорта вследствие интенсивности огня противника и отсутствия достаточно укрытых путей внутри оборонительной полосы.

В этом случае дивизионный врач должен создать (по указанию штаба дивизии) за счет частей вспомогательные подразделения санитаров-носильщиков; командир МСБ организует сплав этих носильщиков вынос тяжелых раненых из ПМП и ДМП или до той точки, куда можно сравнительно безопасно выдвинуть санитарный колесный транспорт.

При подвижной обороне, когда дивизия сдерживает натиск противника, отходя на последовательные рубежи обороны, медико-санитарный батальон организует ДМП пошелонно по этим же рубежам и совершает отход перекатами. Обычно в этот маневр вовлекается развернутый на направлении данной дивизии войсковой подвижной госпиталь.

При обороне на широком фронте мы встречаемся со следующими особенностями санитарного обеспечения:

а) в зависимости от наличия путей эвакуации, а также от ширины фронта обороны одновременно должны быть развернуты два ДМП за счет медико-санитарного батальона;

б) должна быть указана непосредственная эвакуация раненых на ДМП из тех батальонов, по отношению к которым ДМП находится ближе, чем ПМП, или на равном расстоянии.

Следует более подробно разобрать пример санитарного обеспечения выхода дивизии из боя, так как здесь требуется особая плановость и согласованность действий (рис. 47).

Противник прорвал передний край обороны; контратака ударной группы не увенчалась успехом; поэтому командир дивизии принял решение отвести фланговые 1 и 3 сп на тыловой рубеж под прикрытием 2 сп.

В момент принятия этого решения на полковых и дивизионных медицинских пунктах скопилось значительное количество раненых, нуждающихся в эвакуации.

Распоряжением корпусного врача придан дивизии взвод санитарных автомашин и автохирургический отряд. В тылу дивизии развернут обслуживающий ее ВПГ.

Дивизионный врач должен был в первую очередь решить сложную и наиболее ответственную задачу: не оставить ни одного раненого в руках противника и как можно скорее разгрузить медицинские пункты, чтобы тем самым облегчить войскам отход.

Весь санитарный транспорт выдвигается вперед к полковым медицинским пунктам 1 и 3 сп; кроме того, по докладу дивизионного врача командование дивизии предоставляет для этой цели весь свободный автотранспорт. Одним рейсом этого транспорта можно эвакуировать всех раненых, находящихся на полковых медицинских пунктах, но транспорта недостаточно для разгрузки ДМП, который продолжает обеспечивать бой прикрывающего полка.

Ввиду того что ДМП и без того перегружен, эвакуировать на него всех раненых из 1 и 3 сп бессмысленно; расстояние до ГОПЭП — 75 км. Столь дальняя отправка раненых, частично на непригодном транспорте, может нанести серьезный ущерб их здоровью; кроме того, если отправить весь транспорт на ГОПЭП, он вернется лишь через сутки, т. е. нечем будет разгрузить ДМП.

Остается только один выход: произвести однократную эвакуацию всех раненых, пораженных ОВ и больных из полков в ВПГ. Последний вынужден в данных условиях стать коллектором для всех поступающих раненых, пораженных ОВ и больных. На основе тщательной сортировки он должен обеспечить всех нуждающихся квалифицированной медицинской помощью и уходом. Для более успешного выполнения этой задачи дивизионный врач придает войсковому подвижному госпиталю автохирургический отряд.

Санитарный транспорт затратит на этот первый рейс 6—8 часов. Второй его рейс должен быть целиком предоставлен для разгрузки ДМП от скопившихся раненых, пораженных ОВ и больных. В зависимости от

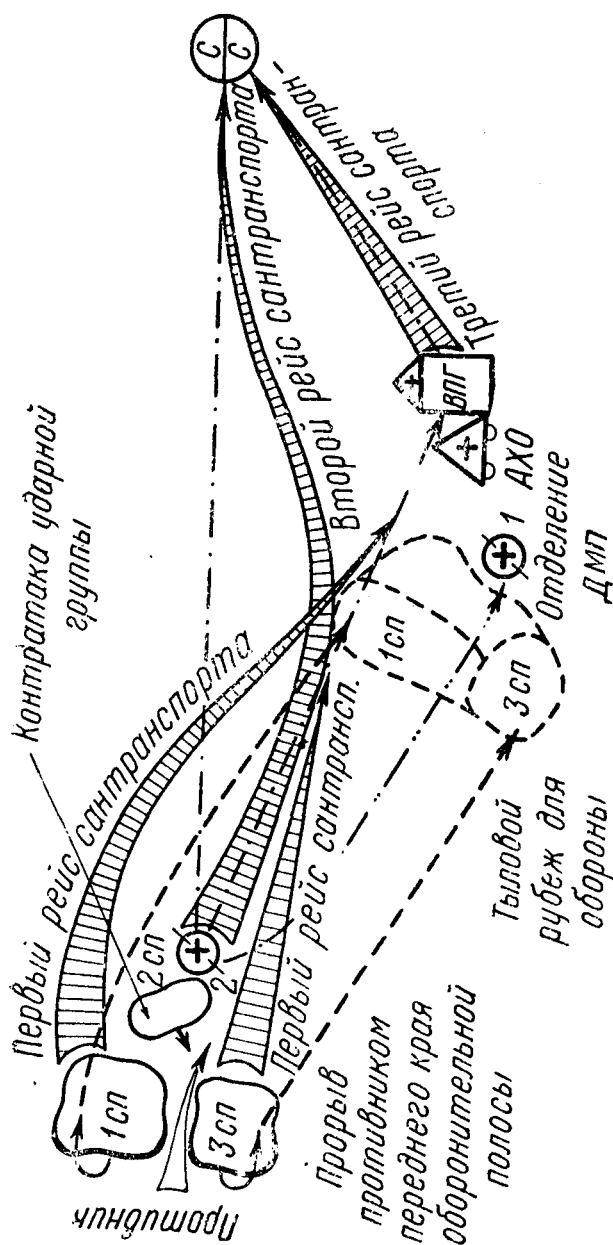


Рис. 47. Маневр санитарными средствами при выходе стрелковой дивизии из боя.

количества эвакуируемых и обстановки дивизионный врач решает направить второй транспорт частично в ВПГ, а большую его часть непосредственно на ГОПЭП.

Третий рейс в этом случае отводится для разгрузки ВПГ.

Интересно проследить выполнение этого эвакуационного решения по графику движения санитарного транспорта (рис. 47); оказывается, что при таком «ступенчатом» способе разгрузки все раненые, больные и пораженные ОВ обеспечиваются квалифицированной медицинской помощью уже через 2 часа после начала эвакуации. Разгрузка может быть полностью закончена через 20 часов после ее начала.

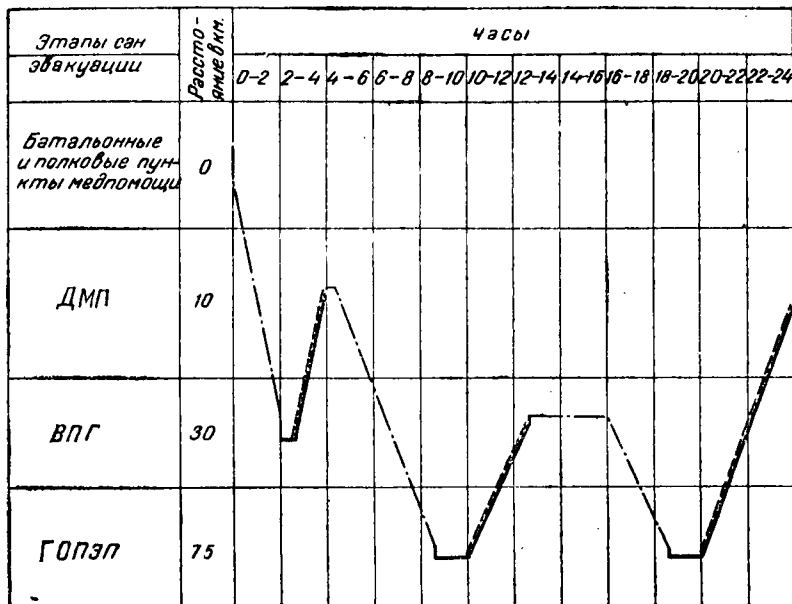


Рис. 48. График движения санитарного транспорта.

Одновременно должен быть выполнен маневр в части передвижения санитарных учреждений.

С началом отхода 1 и 3 сп командир медико-санитарного батальона выделяет первый эшелон ДМП, который отходит вместе с частями и разворачивается на тыловом рубеже.

Второй эшелон ДМП продолжает обеспечивать прикрывающий полк, отходит одновременно с началом его отхода и, в зависимости от обстановки, либо присоединяется к первому эшелону ДМП, либо разворачивается на том рубеже, где находится ВПГ.

Очень важно при выполнении такого маневра, чтобы он был правильно и точно рассчитан, а именно, чтобы первый рейс санитарного транспорта произведен был до начала отхода фланговых частей, а второй рейс (разгрузки ДМП) — до начала отхода прикрывающей группы.

Предложенный вариант решения может служить доказательством того, как можно успешно решить поставленную задачу, не придерживаясь слепо общепринятых схем санитарной эвакуации.

С точки зрения обеспечения боевых действий дивизии данное решение дает возможность быстро разгрузить войска от раненых и облегчает

отход; с точки зрения организации медицинской помощи соблюдается правило приближения во времени квалифицированной медицинской помощи. Значит, решение правильное.

Если бы дивизионный врач решил эвакуировать всех раненых из полков на ДМП (и до того уже перегруженный), раненые были бы лишены необходимой помощи, деление ДМП стало бы невозможным и весь маневр был бы обречен на неудачу. Представим себе другую крайность: решение дивизионного врача эвакуировать раненых непосредственно на ГОПЭП. В данном случае произошла бы полная катастрофа; санитарный транспорт вернулся бы в дивизию через 12—15 часов, а эвакуированные таким способом раненые в течение 7—8 часов или более оставались бы без необходимой медицинской помощи.

Г л а в а VII

ОСОБЕННОСТИ САНИТАРНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ РОДОВ ВОЙСК

Специальные войска в части санитарного обеспечения в бою имеют право базироваться на общевойсковые санитарные учреждения (полковые и дивизионные медицинские пункты стрелковых дивизий).

Это значит, что соответствующие этапы санитарной эвакуации облегчают обслуживание специальных родов войск, частично принимая на себя оказание квалифицированной врачебной помощи и стационарного лечения. Сортировка и эвакуация являются, как правило, обязанностью санитарной службы этих частей и соединений.

Рассматривая в предыдущих главах организацию и тактику санитарной службы стрелковых войск, мы в каждом отдельном случае определяли функции санитарной службы в зависимости от характера боевых действий частей и соединений этих войск.

Точно так же и вопросы организации и действий санитарной службы специальных родов войск должны рассматриваться в связи с тактическими и организационными особенностями этих родов войск.

Санитарное обеспечение частей военно-воздушных сил

В период первой империалистической войны (1914—1918) авиация была весьма несовершенна: маломощные моторы (до 100 лошадиных сил), примитивные конструкции и весьма низкие летные (аэродинамические) свойства самолетов, развивающих скорость всего лишь до 80—100 км/час с предельной высотой в 1 500—2 000 м; такие самолеты не имели вооружения и могли поднять (кроме экипажа) не более 50—80 кг полезного груза.

После первой империалистической войны, особенно после 1924—1927 гг., авиационная техника начала быстро развиваться, резко улучшились летно-тактические свойства самолетов. Соответственно этому военно-воздушные силы стали приобретать все большее значение в системе вооруженных сил государства.

Уже через 17 лет после первой империалистической войны на вооружении имелись самолеты, развивавшие скорость до 440—500 км/час с предельной высотой до 8 000—10 000 м при дальности полетов для истребителей 600—1 000 км, а для тяжелых бомбардировщиков 3 000—4 000 км, с грузоподъемностью в 3 000—6 000 кг.

Рекордные достижения характеризуются значительно более высокими показателями:

Год	Высота полета в м	Продолжительность пребывания в воздухе в часах	Дальность полета в км	Грузоподъемность самолета в кг
1914	5 500	10	3 000 (в 1925 г.)	500
1936	15 500	85	12 500	13 000

В своем докладе на XVIII съезде ВКП(б) товарищ Ворошилов указал, что «сейчас нередко встретить на наших военных аэродромах не только истребитель, но и бомбардировщик со скоростями, далеко перевалившими за 500 км в час, а высотностью за 14—15 тыс. метров».

Улучшение летно-тактических свойств самолетов расширило их боевое применение.

Боевая авиация разделилась на:

1. Истребительную, которая является главным средством борьбы с воздушным противником и имеет своим основным назначением уничтожение его в воздухе и на земле.

2. Бомбардировочную, которая предназначается для уничтожения живой силы, боевых и материально-технических средств, важных объектов и сооружений на поле боя, в войсковом, оперативном и глубоко тылу противника. В зависимости от района своего действия бомбардировочная авиация разделилась на ближнюю и дальнюю.

3. Штурмовую, которая предназначается для уничтожения живой силы и технических средств противника в местах их сосредоточения, для поддержания атаки своих частей и разрушения средств управления и связи противника.

4. Разведывательную, для разведки сил и средств противника.

Значительное увеличение высоты, скорости и дальности полета, более совершенные летно-тактические свойства самолетов и их разнообразное применение усложнили условия работы летно-подъемного состава и резко отличают их от условий работы личного состава других родов войск.

Из этих особенностей военно-воздушных сил вытекают особенности их санитарного обеспечения.

Все части военно-воздушных сил Красной армии могут быть разделены на две группы:

1. Летные части ВВС, выполняющие летные боевые операции (воздушный бой, уничтожение живых сил противника, разрушение его укреплений и т. д.). Эти части отличаются большой подвижностью, мобильностью и маневренностью.

Личный состав этих частей, непосредственно выполняющий боевые операции, называется летно-подъемным составом. К нему относятся летчики, летчики-наблюдатели, штурманы, стрелки-радисты и другие лица, входящие в состав летного экипажа.

2. Наземные части ВВС, обслуживающие летные части и обеспечивающие их всем необходимым для выполнения боевых летных опера-

ций (обслуживание аэродромов, снабжение горючим, боеприпасами, питанием, помещениями для размещения личного состава и т. д.).

К наземным частям ВВС приписаны аэродромы (постоянные и полево-оперативные). На каждом аэродроме сосредоточены обслуживающий состав и материально-технические средства авиационной базы для обеспечения летных частей, расположенных на аэродроме.

Полевые-оперативные аэродромы отличаются от постоянных примитивностью оборудования, которое, однако, вполне достаточно для полного обеспечения летных частей всем необходимым для выполнения боевых операций. Полевыми-оперативными аэродромами пользуются при необходимости рассредоточить летные части.

Полевые аэродромы объединяются в аэродромные узлы: один из объединенных в узел аэродромов, на котором находится командир летной части, называется главным аэродромом.

Особенности санитарного обеспечения летной части

Санитарная служба частей ВВС в соответствии с изложенным разделяется на санитарную службу летных и наземных частей.

Санитарная служба летной части предназначается для обслуживания личного состава и для санитарного обеспечения боевых действий части.

Она имеет те же отличительные особенности, что и летные части, а именно высокую мобильность, подвижность и маневренность; для своего перебазирования она затрачивает время, необходимое для перелета в новое место расположения своей летной части.

Санитарная служба летной части состоит только из личного состава, так как, прибывая в новое место расположения своей части, она находит там в подготовленном виде все необходимое для своей работы, развернутое санитарной службой наземной части.

Основной задачей санитарной службы летной части является забота о сохранении сил и здоровья личного состава, помощь летному составу в развитии у него летных качеств и санитарное обеспечение боевых действий части.

Для осуществления указанной основной задачи санитарная служба летной части должна:

1. Изучать летный состав, чтобы знать особенности физического развития и состояния здоровья каждого лица летного состава в отдельности, его служебные и бытовые условия, его летную работу; наблюдать за тем, чтобы летные задания соответствовали состоянию здоровья летного состава, и проводить лечебно-профилактические мероприятия, улучшающие состояние здоровья летного состава и повышающие его выносливость.

Такое изучение летного состава имеет целью в первую очередь выявить индивидуальные психофизические особенности каждого лица этого состава, чтобы своевременным применением лечебно-профилактических мероприятий устранить недостатки в состоянии здоровья, влияющие на его работу.

Изучение летного состава осуществляется периодическими осмотрами, путем наблюдений на аэродроме, при разборах летных заданий, а

также посредством тесного общения врачебного состава с летным составом во время работы, отдыха и т. п.

2. Проводить специальные наземные тренировки летного состава с целью повышения его выносливости и подготовленности к сложным полетам: высотным, скоростным, слепым, почным и длительным.

Наземные тренировки проводятся специальной аппаратурой (на четырехэтажных качелях — для тренировки вестибулярного аппарата, в барокамере — для повышения высотной выносливости, в кабине БОТИ — для тренировки к слепым полетам и т. д.) и по индивидуально разрабатываемым схемам, в которых предусматривается постепенное повышение нагрузки и темпа в соответствии с психофизическими особенностями тренируемого лица летного состава.

3. Наблюдать за физической подготовкой летного состава с целью повысить его подготовленность и выносливость.

В систему физической подготовки летного состава включаются упражнения для улучшения общего физического состояния и специальные упражнения для тренировки вестибулярного аппарата, развития скоростных реакций и правильной координации движений, быстрой ориентировки, развития ловкости, храбрости и других необходимых для летного состава качеств; к числу таких упражнений относятся упражнения с применением лопипга, батута, подвесных ренских колес, а также партерная гимнастика и акробатика.

Санитарная служба летной части должна участвовать в разработке схем и программ физической подготовки, наблюдать за правильным проведением физической подготовки, проверять результаты ее воздействия на каждое лицо летного состава и соответствие физической подготовки индивидуальным особенностям его физического состояния.

4. Подготовить летный состав по вопросам авиационной гигиены в пределах санитарных требований, обязательных при выполнении разных видов полета.

Подготовка летного состава проводится в порядке командирских занятий. Эта подготовка имеет целью повысить необходимые при выполнении сложных полетов теоретические и практические знания летного состава, как-то: по устройству кислородного прибора; по расчету потребности кислорода для выполнения высотного полета, по проверке правильной работы кислородного прибора на земле и в воздухе; по установлению симптомов, возникающих при чрезмерном воздействии инерционных сил — перегрузок и т. д.

В процессе подготовки необходимо вести учет усвоения каждым лицом летного состава всех разделов программы, чтобы по результатам учета определить возможность допуска к выполнению сложных полетов.

5. Наблюдать за питанием, отдыхом, одеждой и снаряжением летного состава, за их соответствием видам полета.

Для этой цели санитарная служба участвует в составлении и проверяет меню и особенно качество высотного питания, принимает участие в составлении расписания дня, проверяет высотную одежду и снаряжение летного состава.

6. Проверять качество кислорода, поступающего на снабжение, и его соответствие установленным требованиям.

7. Периодически производить медицинское переосвидетельство-

ранне летного состава, чтобы определять изменения, происходящие в физическом развитии и в состоянии здоровья, и предпринимать необходимые лечебно-профилактические мероприятия.

Медицинское переосвидетельствование производится во врачебно-летной комиссии, организуемой наземной частью ВВС, в составе врачей-специалистов (терапевта, хирурга, невропатолога, окулиста и отоларинголога) при обязательном участии представителя командования и врача летной части.

Санитарное обеспечение при расположении летной части на отдыхе зависит от характера подготовки и видов полета.

При высотных и скоростных полетах санитарная служба части участвует в составлении системы и метода тренировки, разрабатываемых штабом части; наблюдает за соответствием летной нагрузки физическому состоянию летного состава; организует отдых и особое питание на весь период подготовки и перед каждым вылетом; проверяет состояние пищевых запасов, воды и аптек первой помощи, находящихся на самолетах; проверяет состояние одежды и ее соответствие требованиям метеорологической обстановки, а также применение летным составом средств против отморожения в полете, организует оказание скорой медицинской помощи при вынужденной посадке или аварии самолета на аэродроме и вне его; наблюдает за состоянием летного состава при вылете, не допуская в полет лиц, обнаруживающих необычное психофизическое состояние; присутствует при разборе летных заданий для установления состояния летного состава в воздухе и при выполнении задания.

При ночных полетах санитарная служба летной части, помимо того, не допускает к полету летный состав с пониженным ночным зрением или цветослепотой; при слепых полетах санитарная служба уделяет особое внимание летному составу с расстройством вестибулярно-вегетативной координации.

Санитарное обеспечение перебазирования летной части в район боевых действий имеет целью сохранить силы личного состава части и предупредить его заболевания в пути.

Для этого санитарная служба в подготовительный период изучает санитарно-эпидемиологическое состояние нового района расположения полка и проводит соответствующие предупредительные мероприятия (медицинский осмотр, прививки); выделяет больных и организует их лечение на месте с последующим возвращением в часть; организует санитарное обеспечение вылета летного и наземного эшелонов и их приема в новом месте расположения полка; проверяет условия размещения, питания и водоснабжения в местах посадок по маршруту и оказывает медицинскую помощь при вынужденных посадках и авариях.

При перебазировании летной части личный состав его санитарной службы должен включаться в передовой и тыловой эшелоны.

Санитарное обеспечение боевых действий летной части складывается: из санитарного обеспечения в период сосредоточения (организация скорой медицинской помощи на аэродромах, организация питания, водоснабжения и размещения прибывающих летных и наземных эшелонов); в период подготовки к боевой операции (проведение лечебно-профилактических мероприятий по восстановлению боеспособности

ослабленного летного состава, составление лечебно-эвакуационного плана и обеспечение средствами для его осуществления); в период боевых действий (розыск пострадавших и оказание медицинской помощи в местах вынужденных посадок и аварий, организация хирургической помощи на аэродромах для возвращающихся раненых летчиков, организация эвакуации раненых с аэродромов до следующих этапов санитарной эвакуации).

Особенности санитарного обеспечения наземной части

Санитарная служба наземной части ВВС предназначается для:

- организации своевременного выноса и вывоза раненых с аэродромов и оказания им первой и доврачебной медицинской помощи;
- эвакуации раненых и больных с оперативных аэродромов в войсковой лазарет наземной части или в ближайший общевойсковой этап санитарной эвакуации;
- своевременного оказания врачебной помощи раненым и больным;
- лечения легко раненых и больных до их выздоровления и возвращения в строй и тяжело раненых и больных до восстановления их транспортабельности;
- эвакуации раненых и больных, нуждающихся в квалифицированной врачебной помощи, из войскового лазарета на соответствующий этап санитарной эвакуации;
- изоляции и лечения инфекционных больных до их эвакуации;
- выделения средств усиления медицинской помощи пунктам медицинской помощи оперативных аэродромов;
- санитарного обеспечения запасных аэродромов при превращении их в действующие;
- непрерывного надзора за состоянием здоровья личного состава частей, его размещением, питанием и водоснабжением;
- санитарной разведки района расположения летной и наземной частей ВВС и организации и проведения противоэпидемических мероприятий среди личного состава этих частей;
- военно-санитарной подготовки личного состава наземной части;
- снабжения личного состава частей и санитарных учреждений, расположенных в районе наземной части, медико-санитарным имуществом.

В состав санитарной службы наземной части ВВС входят следующие подразделения:

- медицинские пункты оперативных аэродромов (МПА);
- медицинский пункт и войсковой лазарет наземной части (МПН и ВЛП).

Санитарное обеспечение оперативного аэродрома осуществляется медицинским пунктом аэродрома (МПА). На начальника МПА возлагаются следующие обязанности:

- организация выноса и вывоза раненых с аэродрома на ПМА;
- проверка и исправление повязок, наложенных санитарями-посылщиками;
- оказание раненым и больным доврачебной медицинской помощи и подготовка их к эвакуации;
- эвакуация раненых и больных на следующий этап санитарной эвакуации;
- изоляция инфекционных больных до их эвакуации;
- проведение санитарной разведки и противоэпидемических мероприятий в районе оперативного аэродрома по плану старшего врача наземной части ВВС.

МПА развертывается распоряжением командира аэродромной роты в месте расположения личного состава роты. Для МПА распоряжением командира аэродромной роты оборудуется убежище.

В составе МПА развертываются следующие функциональные подразделения: перевязочная для оказания доврачебной помощи раненым и для амбулаторного лечения простейших заболеваний; отделение для ожидающих эвакуации; изолятор для временного размещения инфекционных больных до их эвакуации; пост медицинской помощи и отделение (место) дегазационной обработки.

Пост медицинской помощи выставляется на аэродроме на период полетов и работ в месте по указанию коменданта аэродрома и предназначается для оказания медицинской помощи пострадавшим при вынужденной посадке или аварии самолета на аэродроме или в его районе.

Пост медицинской помощи состоит из фельдшера и санитарного автомобиля, оборудованного всем необходимым для оказания первой медицинской помощи и эвакуации пострадавших до ближайшего этапа санитарной эвакуации.

С целью усиления средств оказания первой помощи раненым и для выноса и вывоза раненых на МПА командир наземной части, по докладу старшего врача, дает указания о выделении и подготовке носилочных звеньев для МПА из постоянного состава аэродромной роты.

Носилочные звенья предназначаются для оказания первой помощи и сосредоточения раненых на отдельных участках аэродрома вне летного поля, для выноса и вывоза раненых на МПА и для усиления работы в ОДО.

Место для укрытия раненых и защиты их от вторичного ранения оборудуется распоряжением командира аэродромной роты.

Вывоз раненых на МПА производится санитарной машиной поста медицинской помощи.

При воздушном или наземном нападении противника на аэродром и появлении раненых начальник МПА в необходимых случаях вызывает средства усиления медицинской (врачебной) помощи и санитарный транспорт от старшего врача наземной части ВВС, а до прибытия средств усиления производит сортировку раненых и оказывает доврачебную помощь в первую очередь тяжело раненым.

Эвакуация раненых и больных из МПА производится следующим образом: легко раненые и больные на обратном порожняке автотранспорта доставляются в войсковой лазарет наземной части, тяжело раненые и больные на санитарном автотранспорте части — в войсковой лазарет части или в ближайший этап санитарной эвакуации войскового или армейского тыла в зависимости от характера ранения (болезни), состояния пострадавшего и потребного объема медицинской помощи; заразные больные из изолятора МПА эвакуируются непосредственно в инфекционный госпиталь армии.

Начальник МПА при эвакуации раненых производит их сортировку по очередности и способу эвакуации. В первую очередь эвакуируются тяжело раненые, имеющие ранения крупных кровеносных сосудов, брюшной и грудной полостей, находящихся в состоянии шока (с обязательным применением простейших противошоковых мероприятий).

В отношении каждого раненого и больного начальник МПА определяет способ эвакуации (лежа, сидя, на санитарном автотранспорте или обратном порожняке).

Начальник МПА ведет простейшую регистрацию раненых и больных, записывая фамилию, имя и отчество, военное звание и подразделение части, характер ранения (болезни), а также объем оказанной медицинской помощи и название этапа санитарной эвакуации, куда раненые эвакуированы.

Отдельно регистрируются случаи смерти, происшедшие в МПА или пути к нему.

При значительном удалении одного из аэродромов узла от основной части наземной части МПА этого аэродрома заблаговременно усиливается ечебно-эвакуационными средствами и врачом, выделяемыми распоряжением начальника санитарной службы наземной части.

Врач, возглавляющий МПА удаленного аэродрома, выполняет перечисленные выше обязанности начальника МПА и дополнительно к ним оказывает первую врачебную помощь раненым и больным и производит лечение легко раненых и больных, требующих ограниченного срока для своего излечения (3—5 дней).

Медицинский пункт и войсковой лазарет наземной части ВВС предназначаются для:

- оказания врачебной помощи раненым и больным в районе наземной части; лечения легко раненых и больных до их излечения и тяжело раненых больных до восстановления их транспортабельности;

- эвакуации раненых и больных из пунктов медицинской помощи аэродромов в войсковой лазарет;

- организации отправки раненых и больных, подлежащих дальнейшей эвакуации;

- выделения средств усиления медицинской помощи аэродромным пунктам медицинской помощи;

- изоляции инфекционных больных и их лечения до эвакуации;

- санитарного обеспечения запасных аэродромов при превращении их в действующие;

- снабжения военно-санитарным имуществом личного состава и санитарных учреждений, расположенных в районе наземной части ВВС.

МПП и ВЛП разворачиваются в месте расположения основного ядра наземной части с учетом путей подвоза и эвакуации с оперативных аэродромов до ближайшей станции железной дороги.

МПП и ВЛП разворачиваются на одной санитарной площадке.

МПП состоит из амбулатории, зубо-врачебного кабинета и аптеки; ВЛП состоит из приемо-сортировочной, перевязочной (малой операционной), стационара, отделения для тяжело раненых и больных, изолятора и отделения дезинфекционной обработки.

Эвакуация раненых и больных из ВЛП производится в ближайший боевой этап санитарной эвакуации; раненые и больные из летно-технического состава могут быть эвакуированы непосредственно в специальный госпиталь для летно-технического состава, выделяемый распоряжением начальника санитарной службы фронта (армии).

Эвакуация заразных больных из изоляторов пунктов медицинской помощи аэродромов и войскового лазарета наземной части производится в инфекционные госпитали армии.

Эвакуация из частей ВВС производится транспортом частей, а в случае необходимости испрашивается дополнительный санитарный транспорт от ближайшего санитарного начальника.

Все раненые и больные, эвакуируемые из войскового лазарета наземной части, снабжаются медицинской карточкой передового района.

В случае необходимости старший врач наземной части из состава МПН и ВЛН выделяет личный состав и средства для усиления медицинской помощи на оперативных аэродромах и для организации санитарного обеспечения запасных аэродромов при превращении их в действующие.

При переходе наземной части в новый район расположения старший врач: высылает санитарную разведку для санитарно-эпидемиологического обследования нового района расположения и выбора мест для развертывания пунктов медицинской помощи;

составляет план медико-санитарного обеспечения эшелонов в пути следования и распределения медицинского состава по эшелонам;

эвакуирует в ближайший общевойсковой этап санитарной эвакуации всех раненых и больных, находящихся на излечении в войсковом лазарете; отправляет в новый район расположения части с первым эшелоном усиленный МПН и с последним эшелоном ВЛН.

По прибытии наземной части на новое место расположения старший врач: дает указания по немедленному развертыванию пунктов медицинской помощи и войскового лазарета;

организует изучение санитарно-эпидемиологического состояния района расположения и принимает необходимые меры к его оздоровлению;

составляет план лечебно-эвакуационного и санитарно-профилактического обеспечения частей;

устанавливает связь со старшим санитарным начальником.

По прибытии летной части на аэродромный узел:

старший врач наземной части знакомит врача летной части с санитарно-эпидемиологическим состоянием района расположения частей и с организацией лечебно-эвакуационного обеспечения частей в этом районе.

Старший врач наземной части обязан:

лично вести рабочую карту района расположения летной и наземной части; иметь лечебно-эвакуационный и санитарно-профилактические планы обеспечения боевых действий частей;

вести дневник работы санитарной службы;

своевременно представлять установленные донесения;

иметь все необходимые расчеты по применению санитарных средств.

Санитарная разведка, санитарный надзор, санитарно-предупредительные и противоэпидемические мероприятия организуются и осуществляются старшим врачом наземной части на общих основаниях.

Снабжение медико-санитарным имуществом наземных частей ВВС, расположенных в войсковом тылу, производится из аптечного склада при ГОПЭП, а частей, расположенных в армейском (фронтовом) тылу, — из армейского головного (фронтowego) санитарного склада.

Санитарная служба наземной части ВВС обеспечивает медико-санитарным имуществом обслуживаемую ею летную часть ВВС.

Санитарное обеспечение парашютных и авиационных десантов

Санитарное обеспечение парашютных и авиационных десантов складывается из ряда мероприятий, проводимых в периоде подготовки к десантной операции и в периоде боевых действий десанта.

Основная задача санитарной службы в периоде подготовки — отбор

личного состава десанта. В парашютный десант необходимо отбирать личный состав, обладающий полноценным здоровьем, высокими волевыми качествами, выносливостью, способностью быстро ориентироваться в окружающей обстановке и принимать правильное решение, прошедший наземную и воздушную тренировку к парашютным прыжкам.

В авиационный десант нельзя назначать лиц с явлениями расстройств вестибулярно-вегетативной координации.

Характерной особенностью парашютных и авиационных десантов является отсутствие своего тыла. Поэтому в отношении пополнения материально-техническими средствами и личным составом и эвакуации раненых и больных десант находится в полной зависимости от высылающего его войскового соединения.

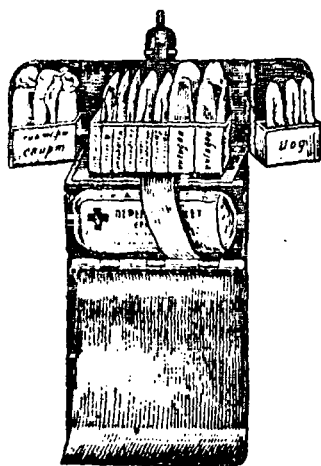


Рис. 49. Самолетная аптечка для самопомощи.

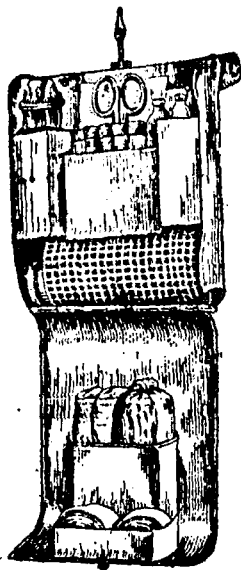


Рис. 50. Самолетная аптечка для взаимопомощи.

Санитарная служба соединения, высылающего десант, должна составить план обеспечения десанта в период боевых действий. В этом плане необходимо предусмотреть пополнение медико-санитарным имуществом убыль медицинского состава, выделение средств усиления медицинской помощи, эвакуацию из десанта раненых и заболевших, организацию медицинской помощи на аэродромах при возвращении десанта и организацию пунктов сбора раненых при действии десанта в ближнем тылу противника в районе предполагаемого прорыва фронта.

Успех всей последующей работы санитарной службы десанта в значительной степени зависит от усвоения всем личным составом санитарной службы десанта указанного плана санитарной службы соединения, высылающего десант.

Необходимое медицинское имущество десанта рассредоточивается между войсками, боевыми машинами и медицинским составом.

Каждый боец десанта должен получить определенное количество индивидуальных и противохимических пакетов, боевые машины должны

быть оснащены аптечками первой помощи и групповыми медицинскими пакетами, медицинский состав должен иметь сумки с увеличенным ассортиментом медикаментов и большим количеством перевязочного материала (рис. 49, 50).

Основной врачебный комплект, предназначаемый для оказания квалифицированной врачебной помощи, и дополнительные комплекты с запасом медикаментов и перевязочного материала должны быть выброшены десанту одновременно с первоочередным грузом.

Дальнейшее снабжение десанта медико-санитарным имуществом производится санитарной службой соединения, высылающего десант, автоматически (по заранее составленному плану) или по требованиям санитарной службы десанта, передаваемым по радио.

Особенности боевых действий десанта вызывают необходимость, чтобы каждый боец в совершенстве владел знаниями и навыками по оказанию первой помощи при ранениях, поражениях ОВ, ожогах, отморожениях и внезапных заболеваниях, а также умел применять санитарно-предупредительные мероприятия.

Поэтому санитарная служба в подготовительном периоде уделяет особое внимание военно-санитарной подготовке личного состава десанта.

Санитарное обеспечение вылета десанта имеет целью сберечь силы бойцов, необходимые им немедленно при приземлении на территории противника. Для этого санитарная служба десанта участвует в определении количества и ассортимента пищевых запасов, носимых бойцами, и проверяет качество пищевых запасов; проверяет состояние одежды и обуви и их пригонку, обращая особое внимание на то, чтобы в парашютный десант не были допущены бойцы с необщественной обувью или со стоптанными каблуками; дает указания, из каких источников водоснабжения пользоваться водой для заполнения фляг бойцов, и в случае необходимости организует обезвреживание питьевой воды; распределяет медицинский состав и выделенных боевых санитаров по кораблям и инструктирует их о порядке выполнения предстоящей им работы в пути и немедленно после приземления на территории противника; организует в необходимых случаях бинтование ног в голеностопных и коленных суставах.

В пути медицинский состав наблюдает за состоянием вентиляции на кораблях, за удобным размещением бойцов, за своевременным и правильным их питанием и за проведением других мероприятий, имеющих целью сберечь силы бойцов.

В случае ранения в полете медицинский состав и боевые санитары кораблей оказывают первую помощь раненым. Раненые на площадку и выгружаются, к прыжкам не допускаются и возвращаются обратным рейсом самолета.

Санитарное обеспечение десанта на месте выброски имеет целью организовать медицинскую помощь раненым при приземлении и обороне намеченного района. Для этого санитарная служба парашютного десанта немедленно после приземления своего личного состава разворачивает пост медицинской помощи. Помимо оказания медицинской помощи раненым при приземлении и обороне, пост медицинской помощи подготавливает раненых к воздушной эвакуации и организует санитарное обеспечение последующих посадочных эшелонов.

Место для развертывания поста медицинской помощи заранее выби-

рается возле места сбора десанта и объявляется всему личному составу десанта. Раненые при приземлении и обороне прибывают сами на пост медицинской помощи или доставляются туда боевыми санитарями.

Если эвакуация раненых при приземлении и обороне будет проведена самолетами, личный состав поста медицинской помощи остается при раненых до их эвакуации, а затем присоединяется к десанту. В противном случае пост медицинской помощи свортывается по окончании своей работы и санитарная служба организует транспортировку раненых в колонне десанта. В тех случаях, когда за парашютным десантом прибывает авиационный десант, раненые передаются последнему и для их эвакуации могут быть использованы транспортные самолеты, отправляющиеся в обратный рейс.

На период боевых действий медицинский состав распределяется по подразделением десанта, оказывает медицинскую помощь на месте и организует транспортировку раненых на боевых машинах.

Ближайшей задачей санитарной службы является получение санитарного транспорта для освобождения боевых машин от раненых и больных, выявление мест, пригодных для развертывания пунктов медицинской помощи на привалах (ночлегах) и посадочных площадках для санитарных самолетов.

Выполнение этой задачи возлагается на медицинский состав, назначаемый в разведывательные группы. Наиболее рациональным является захват у противника транспорта, пригодного для перевозки раненых. По мере получения транспорта санитарной службой боевые машины немедленно освобождаются от раненых и больных, которые перегружаются на санитарный транспорт, чтобы облегчить маневренность действий десанта и улучшить условия обслуживания раненых.

Санитарный транспорт с ранеными группируется в небольшие колонны, обеспечиваемые медицинским составом пункта медицинской помощи десанта. Колонны с ранеными должны располагаться в интервалах между колоннами подразделений десанта.

В случае значительного скопления раненых и больных весьма целесообразно колонну с ними под охраной и в сопровождении медицинского состава направить на ночной пункт сбора десанта или на пункт воздушной эвакуации, в зависимости от места их расположения и результатов боевых действий десанта. Медицинский состав, сопровождающий колонну с ранеными, должен по прибытии к месту назначения принять все меры для маскировки пункта и раненых, оказать им возможно более полную медицинскую помощь и подготовить их к воздушной эвакуации.

Эвакуация раненых и больных из десанта производится (за исключением случаев действия десанта в ближнем тылу противника) санитарными или транспортными самолетами, посылаемыми соединением, обеспечивающим десант. В необходимых и возможных случаях для санитарной эвакуации могут быть использованы и боевые самолеты. При вызове самолетов для санитарной эвакуации необходимо указать место расположения посадочной площадки и для каких типов самолета она пригодна, количество раненых и больных, подлежащих эвакуации, и когда ожидается прибытие самолетов на посадочную площадку.

Пункт воздушной эвакуации необходимо расположить в непосредственной близости к посадочной площадке, в отлочно замаскированном ме-

сте, обеспеченном связью и охранением. Раненые должны доставляться на пункт воздушной эвакуации в подготовленном виде ко времени прибытия самолетов. Медицинский состав в ожидании прилета самолетов должен проверить состояние раненых и больных и их готовность к эвакуации.

Квалифицированная врачебная помощь оказывается раненым и больным на привале (ночлеге), если десант временно прекратил свои боевые действия и раненые и больные находятся под прикрытием его главных сил.

На ночлеге (привале) санитарная служба десанта развертывает пункт медицинской помощи, который предназначается для оказания возможно более полной и квалифицированной врачебной помощи и для создания раненым и больным благоприятных условий отдыха и питания. Объем врачебной помощи, оказываемой на пункте медицинской помощи, зависит от степени прикрытия пункта главными силами десанта, от мощности десанта и успешности его боевых действий.

По окончании привала (ночлега) раненые и больные, подлежащие эвакуации, направляются на пункт воздушной эвакуации с соблюдением указанных выше требований; пункт медицинской помощи свертывается, остальные раненые и больные погружаются на санитарный транспорт и следуют в промежутках между колоннами десанта.

Санитарное обеспечение обороны, наступления и выхода из боя десанта осуществляется, как указано выше для стрелковых войск. Колонна с ранеными и больными располагается в месте, указанном командиром десанта, защищенном от нападения с тыла.

При действиях парашютного десанта в ближнем тылу противника воздушная эвакуация раненых и больных бывает затруднена. Однако выброска парашютного десанта в ближний тыл противника производится лишь в районе предполагаемого прорыва фронта. В этих условиях лучше укрыть раненых и больных до выхода в прорыв своих войск, чтобы не затруднять маневренные действия десанта, нежели эвакуировать их воздушным путем.

Если десант остается в ближнем тылу противника до выхода своих частей, санитарная служба десанта организует в замаскированных безопасных местах сборные пункты раненых. Сборные пункты должны быть обеспечены медицинским составом и медицинским имуществом, пищевыми продуктами и оружием для самозащиты легко раненых.

Места расположения таких пунктов начальник санитарной службы десанта отмечает на своей рабочей карте и доносит о них санитарному начальнику соединения, действующего в прорыве, для розыска сборных пунктов и эвакуации оставленных раненых. При выдвижении в район десанта этапов санитарной эвакуации частей, преследующих противника, раненые со сборных пунктов должны быть эвакуированы на эти этапы.

Санитарная служба десанта должна постоянно заботиться об организации отдыха и ночлега бойцов десанта. Эта забота является важнейшей обязанностью санитарной службы и имеет большое значение для боеспособности десанта. При выборе места отдыха и ночлега санитарная служба должна произвести санитарную разведку и использовать сведения о санитарно-эпидемиологическом состоянии района, получаемые от санитарной службы соединения до вылета десанта.

Санитарное обеспечение танковых войск

Весь личный состав танковых войск должен безукоризненно владеть приемами само- и взаимопомощи: в случае ранения кого-либо из экипажа танка этот вид помощи часто остается единственным на все время выполнения боевого задания.

Кроме обычных средств (перевязочный пакет первой помощи и индивидуальный противохимический пакет), в каждом танке или бронемашине должна паходиться специальная аптечка; весь экипаж должен знать применение содержимого этой аптечки.

Весьма ответственным, а иногда трудным моментом взаимопомощи является извлечение раненого из боевой машины (рис. 51—55), потому что это нужно выполнить таким образом, чтобы не причинить раненому боли и вреда.

Извлечение раненого производится чаще всего самими бойцами, а поэтому нужно заранее обучить весь личный состав необходимым приемам.

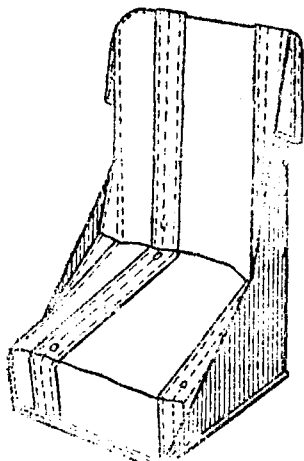


Рис. 51. Сидение, покрытое техлами-приспособлениями для извлечения из танкетки.

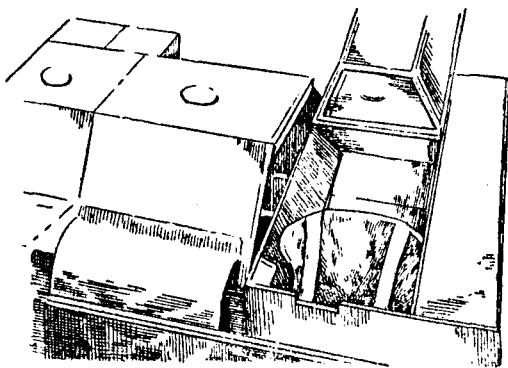


Рис. 51а. То же сидение, установленное в танкетке.

Наиболее часто встречающимся видом ранений танкового экипажа являются ранения черепа, грудной полости, верхних конечностей; это связано с положением бойца внутри танка и должно быть учтено как момент, осложняющий извлечение раненого из машины.

Оказание медицинской помощи раненым из состава танковых экипажей производится на сборном пункте, где этим делом руководит врач танкового батальона.

Таким образом, в танковых частях при современной структуре и оснащении санитарной службы доврачебная помощь почти совершенно отсутствует, зато первенствующее значение приобретают само- и взаимопомощь и умение бережно извлечь раненого из машины.

Военно-санитарная мысль упорно работает над разрешением проблемы обслуживания танковых частей в бою. Основной вопрос в том, чтобы обеспечить танковые части бронированным вездеходным транспортером, который, двигаясь по боевому курсу танков, в любой момент мог бы подойти к аварийному танку, оказать медицин-

скую помощь раненому на месте и эвакуировать его под защитой брони. Появление в танковых войсках такого транспортера коренным образом изменит организацию и тактику санитарной службы.

Врач (фельдшер) танкового батальона располагает небольшим штатом помощников и санитарной машиной, которая служит как для перевозки персонала и имущества, так и для эвакуации. Это сочетание определяет круг действия санитарной машины танкового батальона. На ней нельзя производить эвакуацию раненых в тыл, так как в этом случае медицинский состав должен либо вместе со своей машиной оторваться от батальона, либо остаться без средств передвижения. Зато вполне

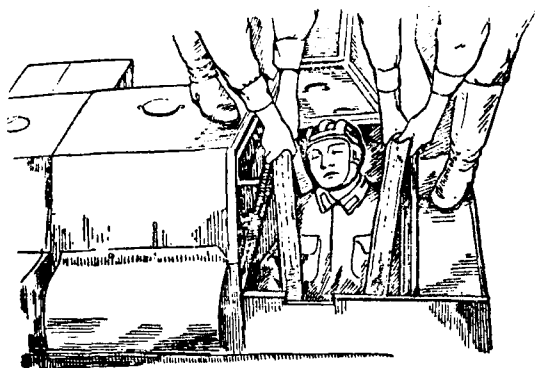


Рис. 52. Санитары захватывают ремни приспособления и поднимают раненого.

возможным в некоторых случаях является выезд врача батальона в отдельную действующую роту для личного руководства оказанием медицинской помощи раненым.

На марше БМТ следует с головным эшелонным парком (ГЭП) и располагается в районе сборного пункта аварийных машин части (СПАМ).

Пункт медицинской помощи батальона, развешиваемый в районе линии (в зависимости от

СПАМ части на расстоянии 3—8 км от боевой обстановки), выполняет следующие функции:

а) организует доставку раненых на ЦМ посредством высылаемых вперед ремонтно-эвакуационных средств части или посредством специальных транспортеров;

б) оказывает раненым первую врачебную помощь;

в) производит сортировку раненых и подготовку их к дальнейшей эвакуации.

Для руководства эвакуацией раненых из рот врач батальона высылает вперед санитарных инструкторов совместно с ремонтно-эвакуационными средствами, которые имеют своей задачей обслужить бое-

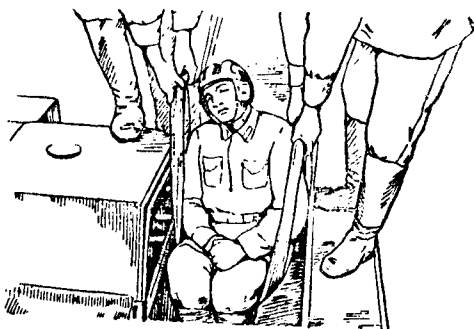


Рис. 53. Санитары вытаскивают раненого, поднимая его до уровня люка.

вые машины и в случае необходимости доставить их на СПАМ части. Таким образом, если не высылаются специальные транспортеры, раненые могут быть эвакуированы либо в потерпевшей аварии боевой машине, либо посредством тракторов и машин, которые возвращаются на СПАМ.

Чтобы обеспечить своевременность оказания раненым медицинской помощи, должна быть организована четкая система оповещения ЦМ со

стороны командиров танковых подразделений (по радио) о том, где именно и в какой машине находится подлежащий эвакуации и раненый.

При оказании на ПМ части медицинской помощи раненым врач руководствуется основным соображением: выполнить именно те мероприятия, которые необходимы, чтобы отвести непосредственную угрозу для жизни и здоровья раненого и чтобы дать ему возможность без ущерба перенести транспортировку на дальнейшие этапы санитарной эвакуации. В силу того, что в бою пребывание СПАМ части на одном рубеже непродолжительно, невелика также и оседлость связанного с ним ПМ части. Нужно успеть за сравнительно небольшой промежуток времени обеспечить медицинской помощью всех доставленных раненых и двинуться дальше.



Рис. 54. Санитары выносят раненого на крышу машины.

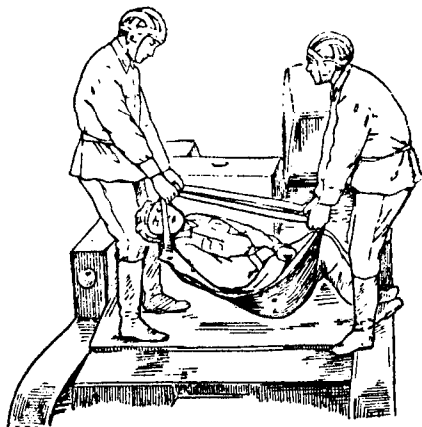


Рис. 55. Санитары выносят раненого на лобовую площадку танкетки.

Сортировка раненых на ПМ танковой части производится в зависимости от поступивших указаний начальника санитарной службы соединения о направлениях эвакуации.

Здесь могут быть различные варианты.

1. Все раненые направляются на ближайшие общевойсковые этапы санитарной эвакуации. В этом случае сортировка производится лишь по виду транспортировки (сидя, лежа) и по очередности отправки.

2. Все раненые эвакуируются на ПМ соединения.

3. Раненые, нуждающиеся в квалифицированной врачебной помощи, эвакуируются на ближайший ДМП стрелковой дивизии, а легко раненые и требующие неотложной госпитализации — в указанный войсковой подвижной госпиталь.

4. Ввиду особенностей обстановки возможна эвакуация лишь наиболее тяжелых и нуждающихся в неотложной госпитализации раненых средствами санитарной и транспортной авиации.

Во всех приведенных примерах сортировка строится различно, но общая задача — обеспечить каждому раненому своевременную квалифицированную помощь — остается без изменений.

Распоряжением начальника санитарной службы соединения к ПМ

частей для эвакуации раненых высылается санитарный автотранспорт роты медицинской помощи бригады.

Начальник санитарной службы танковой (механизированной) бригады имеет в непосредственном своем подчинении роту медицинской помощи (РМП), построенную приблизительно по типу медикосанитарного батальона стрелковой дивизии, но значительно меньшую по численности.

РМП в бою должны развертывать бригадные пункты медицинской помощи (БрМП), осуществляющие квалифицированную врачебную помощь раненым и больным; производить сортировку и эвакуацию раненых и больных из танкового батальона на БрМП и на общевойсковые этапы санитарной эвакуации; выполнять задания начальника санитарной службы бригады по специальной санитарной разведке и противоэпидемическим мероприятиям¹.

Рота медицинской помощи следует и располагается совместно с тыловым эшелоном парка бригады (ТЭП); выбор места развертывания БрМП определяется районом развертывания СПАМ соединения.

Боевая задача танковых частей и соединений увязывается с задачей стрелковых войск; танковые части должны облегчать пехоте выполнение боевых заданий. Поэтому и санитарная служба танковой части или соединения обязана свой план санитарного обеспечения боя увязать с санитарным обеспечением стрелковых войск.

Если дело касается отдельного танкового батальона, действующего на направлении стрелкового полка, врач батальона должен решать вопросы санитарного обслуживания в контакте со старшим врачом полка, руководствуясь указаниями дивизионного врача и базируясь на РМП данного стрелкового полка.

Если на направлении дивизии действует танковая бригада, руководящие указания должны быть получены от корпусного врача. Между дивизионным врачом и начальником санитарной службы бригады должна быть безотказная взаимная связь.

Начальник санитарной службы бригады может при этом выбирать наиболее удобные для него направления эвакуации (на ДМП, ВПГ, ГОПЭП). В зависимости от обстановки он дает указания командиру РМП и врачам батальонов о порядке сортировки, объеме оказываемой медицинской помощи и избранных путях эвакуации; указывает, на какие именно этапы санитарной эвакуации стрелковых войск надлежит сдавать раненых и больных, в каком направлении и в каком количестве выдвигать санитарный автотранспорт РМП.

Согласуя организацию санитарного обеспечения боя с дивизионным врачом стрелковой дивизии, начальник санитарной службы танковой бригады не имеет права требовать от первого выделения санитарного автотранспорта и должен рассчитывать исключительно на свой транспорт. В особых случаях санитарный транспорт танковой бригады может быть усилен распоряжением корпусного врача или начальника санитарной службы армии.

¹ Во всех случаях для эвакуации легко раненых и больных используется обратный порожняк транспорта подвоза, направляющийся на станцию снабжения.

Как показывает опыт боевых действий на различных фронтах, все более частым становится массированное применение танков, использование на данном оперативном направлении крупных танковых соединений с целью прорыва обороны противника, захвата коммуникаций, уничтожения резервов, штабов и тылов.

В этих случаях санитарное обеспечение действий танковых соединений должно быть построено совершенно самостоятельно, так как возможность базирования на ближайшие общевойсковые этапы санитарной эвакуации отпадает.

При вводе танкового соединения в прорыв все раненые и больные должны быть даны на общевойсковые этапы санитарной эвакуации; медицинские подразделения частей и соединения должны быть освобождены от всего громоздкого имущества, не являющегося необходимым для организации медицинской помощи; распоряжением старшего санитарного начальника (корпуса, армии) санитарная служба танкового соединения усиливается санитарным транспортом и другими средствами в зависимости от обстановки и выполняемой задачи.

При действиях в глубине расположения противника все раненые и больные эвакуируются из ПМ частей на ПМ соединения, развертываемые последовательно из последовательных рубежей, соответственно продвижению боевого порядка танков.

После оказания раненым и больным необходимой медицинской помощи начальником санитарной службы соединения принимаются меры к возможной эвакуации их в тыл.

В этих случаях эвакуация раненых и больных из танкового соединения может производиться:

- а) посредством санитарной авиации;
- б) путем использования обратного рейса транспортных самолетов;
- в) посредством обратного порожняка транспорта наземного подвоза.

Санитарная авиация обычно находится в распоряжении начальника санитарной службы армии. Начальник санитарной службы танкового соединения, действующего в глубине расположения противника, при наличии раненых, требующих особо спешной эвакуации или неотложной госпитализации, вызывает санитарные самолеты путем подачи заявки начальнику санитарной службы армии по радиосвязи. Одновременно с подачей заявки должна быть оборудована в районе пункта медицинской помощи посадочная площадка и организована ее охрана.

Примерный текст заявки (текст обязательно кодируется и район посадочной площадки обозначается по кодированной карте с применением специального целлулоидного планшета) таков: «Начсанарм... ..(откуда дано, дата заявки). Подлежат эвакуации авиатранспортом десять лежащих, один сидячий. Площадка подготовлена... (район расположения), возможна посадка тяжелых самолетов. Начсанбриг (подпись)».

Получивший эту заявку санитарный начальник обязан уведомить полковника, будут высланы самолеты или нет; к какому времени придут к указанному месту; тип самолетов и количество; условный сигнал для того, чтобы при подходе этих самолетов к назначенной площадке был выложен посадочный знак «Т». Пример уведомления: «Начсанбригу 37... (дата и место отправки). Район... (обозначение посадочной

площадки) высылаю к 16.00.10.6 два К-5, один У-2. Сигнал два левых (виража). Начсанарм (подпись).

Для целей эвакуации по воздуху могут быть использованы различные типы санитарных или приспособленных транспортных самолетов. В числе легких самолетов (одно место для лежащего и одно для сопровождающего или сидячего раненого) следует упомянуть конструкции У-2 и И-2 (рис. 56, 57, 58), среди многоместных (тяжелых) самолетов — К-5, Сталь-3, Дуглас.

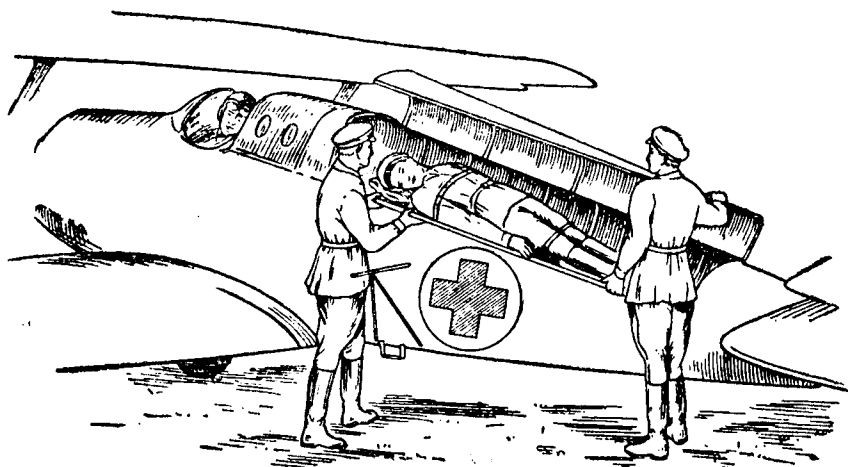


Рис. 56. Погрузка раненого в санитарный самолет.

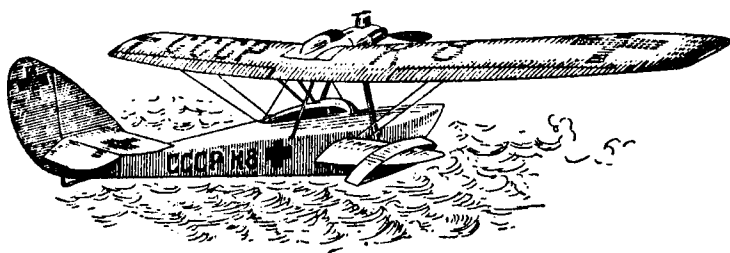


Рис. 57. Санитарный самолет-амфибия.

В ряде случаев подвоз необходимого для танковых частей снабжения (горючее, боеприпасы и т. д.) будет производиться транспортной авиацией; пополнение запасов частично будет происходить путем сбрасывания на парашютах, но иногда транспортные самолеты будут приземляться в районе танковых частей для выгрузки.

Обратный полет транспортных самолетов (порожняком) должен быть обязательно использован для эвакуации раненых.

Весьма сложным в условиях действий танкового соединения в глубине расположения противника является вопрос обслуживания нетранспортабельных раненых. Обстановка часто не позволит оставить их на том месте, где им была оказана квалифицированная медицинская помощь (например, при движении всего соединения вперед).

В этих случаях должна быть использована эвакуация авиационным транспортом, связанным с наименьшей продолжительностью пребывания в пути и наименьшими сотрясениями эвакуируемых.

Особо нужно отметить вопросы санитарного обеспечения марша танковых соединений.

Опыт войны показывает, что наиболее частым средством, применяемым противником против танковых частей на марше, является авиация. Налеты бомбардировочной авиации на колонны танковых частей являются обычным и весьма частым способом борьбы. Поэтому санитарные средства на марше танковых частей и соединений должны следовать непосредственно за главными силами и быть всегда готовыми обслужить раненых при нападении воздушного противника.

По сравнению со стрелковыми частями и соединениями (см. гл. V) особенность обеспечения заключается в том, что здесь не организуются временные медицинские пункты (ВМП). Медицинский пункт соединения

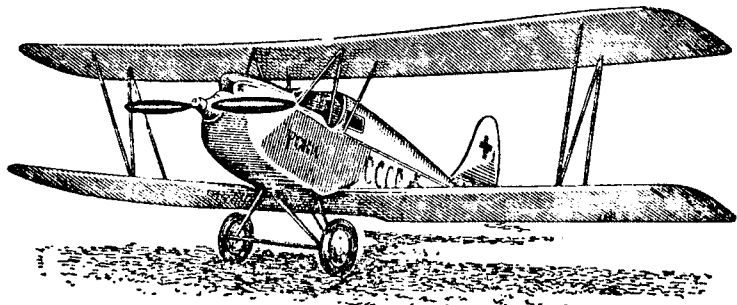


Рис. 58. Санитарный самолет У-2.

в случае полета разворачивается в кратчайший срок, и раненые после соответствующей хирургической обработки эвакуируются на общевойсковые ближайшие этапы санитарной эвакуации, указанные начальником санитарной службы армии (корпусным врачом).

Санитарное обеспечение артиллерийских частей

Артиллерийские части располагают штатными средствами санитарной службы, позволяющими самостоятельно организовать первую врачебную помощь раненым и больным. Но для эвакуации их в тыл и обеспечения квалифицированной медицинской помощью и стационарным лечением артиллерийские части не располагают средствами и должны полностью базироваться на соответствующие ресурсы санитарной службы стрелковых частей.

Вопрос о санитарном обеспечении артиллерийских частей нужно рассматривать исключительно в разрезе выполняемых артиллерией боевых задач.

Дивизионный врач, в состав которой входит, постоянно или временно, данная артиллерийская часть, определяет порядок и объем лечебно-эвакуационного ее обеспечения.

Отдельные дивизионы артиллерии, поддерживающие стрелковый или

кавалерийский полк (группа ПП и ПК), полностью обеспечиваются неотложной врачебной помощью и эвакуацией раненых и больных ПМП данного полка. Медицинский состав дивизиона, имеющийся по штату (фельдшер, санитарные инструктора), организует доврачебную помощь, располагаясь в непосредственной близости к огненным позициям своих батарей. В большинстве случаев место развертывания ПМП расположено недалеко от огневых позиций артиллерии поддержки пехоты (конницы), а поэтому установление между ними личной связи не представляет особой трудности.

Если на направлении данного стрелкового полка действует артиллерийский полк в полном составе (что будет иметь место на направлении главного удара), дивизионный врач определяет порядок обеспечения: либо санитарная часть артиллерийского полка вливается в состав ПМП стрелкового полка и в оперативном отношении подчиняется старшему врачу последнего, либо для обслуживания артиллерии развертывается самостоятельный ПМП (в исключительных случаях).

Ни в коем случае не разрешается дробить медицинский пункт артиллерийского полка между двумя или более стрелковыми полками: он должен быть использован в полном своем составе. Если, например, на направлении 1-го стрелкового полка действуют два дивизиона артиллерийского полка, а на направлении 2-го стрелкового полка — один дивизион, медицинский пункт артиллерийского полка придается 1-му стрелковому полку.

Для группы артиллерии ПП (ПК) создание отдельного ПМП, а следовательно, и отдельного эвакуационного направления будет чрезвычайно редким случаем. Концентрация сил на направлении главного удара дивизии и малая величина даваемого в наступлении расстояния по фронту (1,5—2 км) приведут к тому, что такой отдельный артиллерийский ПМП придется развернуть в непосредственной близости к ПМП стрелкового полка, и получится ничем не оправдываемое дробление сил.

В то же самое время объединение санитарных сил и средств стрелкового и артиллерийского полков создает мощный ПМП, способный выполнить все возлагаемые на него задачи и дающий возможность осуществлять маневр.

При этом надо учитывать, что боевые потери артиллерии обычно значительно меньше, чем в стрелковых войсках, но среди раненых артиллеристов преобладают тяжелые ранения. Поэтому нужно обеспечивать возможность быстрой доставки раненого на ПМП для оказания ему врачебной помощи. К огненным позициям артиллерии должен быть выдвинут весь штатный санитарный транспорт артиллерийского полка; кроме того, в ряде случаев старший врач стрелкового полка должен оказывать помощь и своим транспортом.

Несколько иначе следует подойти к вопросу санитарного обеспечения артиллерии дальнего действия (группа ДД). В некоторых случаях эта группа создается из большого количества артиллерийских частей, управление ею централизуется в руках начальника артиллерии дивизии (корпуса), и задачи такой группы ДД более значительны, чем задачи одного из стрелковых полков.

В этих случаях начальником санитарной службы дивизии должен быть создан специальный медицинский пункт артиллерийских частей.

базирующийся в эвакуационном отношении непосредственно на ДМП. Характер работы такого ПМП ничем существенным не отличается от ПМП стрелкового полка.

Санитарное обеспечение конницы

Высокая подвижность и маневренность конницы, ее способность наносить противнику быстрый и неожиданный удар, а также возможность действия как в пешем, так и в конном строю являются отличительными свойствами конницы и определяют особенности ее санитарного обеспечения.

Средства санитарной службы конницы значительно меньше, чем в соответствующих стрелковых частях.

Кавалерийский эскадрон имеет в своем составе санитарного инструктора и санитаров.

Кавалерийский полк располагает полковым медицинским пунктом (ПМП) несколько сокращенного размера по сравнению с ПМП стрелкового полка.

Кавалерийская дивизия имеет в своем составе медико-санитарный дивизион, построенный по типу медико-санитарного батальона стрелковой дивизии, но меньший по численности и оснащению.

Чтобы надлежащим образом обеспечить маневренные действия этого рода войск, санитарная служба конницы должна также обладать высокой степенью гибкости и подвижности, и выполнение маневра санитарными средствами приобретает здесь еще большее значение, чем в стрелковых войсках.

Санитарная служба конницы имеет право базироваться на любые общевойсковые этапы санитарной эвакуации (таким же порядком, как это было изложено для танковых войск). При совместных действиях конницы со стрелковыми войсками это значительно облегчает задачи лечебно-эвакуационного обслуживания, при самостоятельных же действиях кавалерийских соединений (например, действия на фланге армии, в прорыве) вопросы эти подлежат разрешению особым порядком.

При действиях конницы в пешем строю или в обороне нет особого различия в санитарном обеспечении между нею и стрелковыми частями, кроме того, что в коннице отсутствует звено санитарной службы, соответствующее санитарному взводу батальона.

Кавалерийский эскадрон при наступлении и атаке в конном строю обеспечивается доврачебной помощью санитарным инструктором, следующим со взводом второго эшелона (рис. 59).

На направления эскадронов выделяются из средств полка санитарные повозки (двуколки, тачанки).

При переходе эскадрона в атаку санитарный транспорт остается в ближайшем тылу за местным укрытием, а санитарный инструктор (верхом) следует в атаку со своим эскадроном.

Во время атаки, насколько это возможно, санитарный инструктор оказывает доврачебную помощь раненым, не отрываясь вместе с тем от своего эскадрона.

Нужно не упускать из вида, что основным средством эвакуации для бойца-кавалериста, если он еще в состоянии сидеть верхом, является его конь; если раненому трудно удержаться в седле, его поддерживает едущий сбоку товарищ.

Сложнее обстоит вопрос о вывозе и вывозе упавших с коня тяжело раненых, которых нельзя посадить верхом. Пу́жно иметь для этого в коннице ПСТ, аналогичный по своим функциям посту санитарного транспорта стрелковых войск, но гораздо более подвижный. Этот ПСТ в составе начальника — фельдшера или санитарного инструктора, нескольких санитаров и 2—3 санитарных повозок должен неотступно продвигаться вслед за атакующей конницей, подбирать, сортировать по очередности и быстро эвакуировать раненых.

Ввиду того что кавалерийский полк обычно атакует на небольшом фронте (500—1 000 м), иногда достаточно одного такого ПСТ на полк.

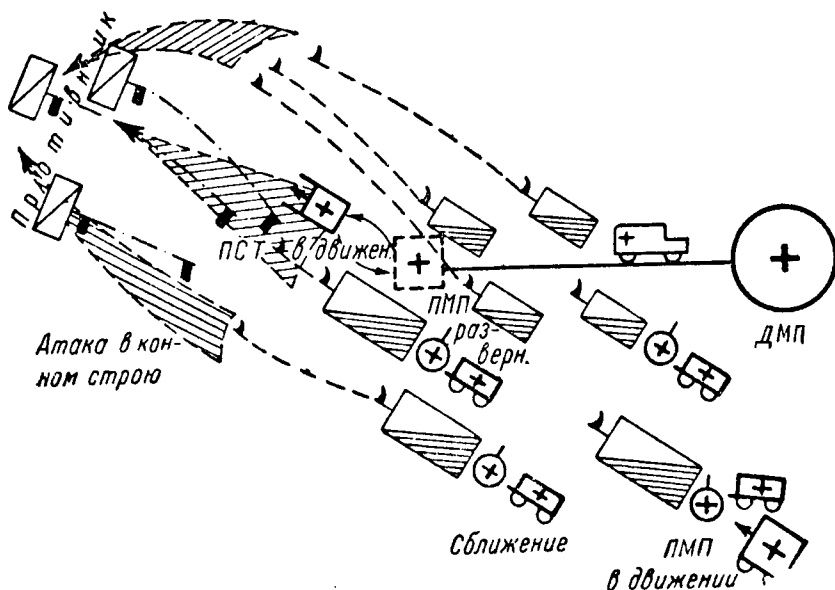


Рис. 59. Санитарное обеспечение наступательного боя кавалерийского полка.

Весь выдвигаемый вперед санитарный транспорт полка сосредоточивается под руководством начальника ПСТ, обязанности санитаров при ПСТ могут выполнять бойцы взвода трубачей.

Начальник ПСТ высылает конных санитаров с выючными посылками на направления эскадронов; доставляемых раненых он по очереди, в зависимости от состояния, укладывает на санитарные повозки и немедленно отправляет на ПМП. Вместе с тем начальник ПСТ, располагая положенным санитарному инструктору оснащением, оказывает доврачебную помощь тем раненым, которые нуждаются в ней.

Существование и деятельность такого ПСТ в коннице вполне оправдываются и в других видах боевой деятельности: при переходе в преследование, при наступлении в пешем строю, в обороне. Во время походного движения следует, наоборот, рассредоточивать по эскадронам средства санитарного транспорта.

Полковой медицинский пункт кавалерийского полка выполняет функции, аналогичные функциям полковых медицинских пунктов

стрелковых войск, при значительно меньшем составе и оснащенности, а главное — в условиях исключительной подвижности и частой смены мест развертывания.

Для ПМП кавалерийского полка в условиях маневренных действий не годятся даже те минимальные сроки развертывания и свертывания, которые были указаны для ПМП стрелковых войск. За время, затраченное на развертывание, конница успеет уйти далеко вперед и ПМП окажется оторванным от своего полка, а выполнение эвакуации раненых из эскадрона будет все больше и больше затрудняться из-за увеличения расстояния.

Некоторые считают, что единственным средством устранить данное противоречие является моторизация ПМП; при этом условии ПМП сможет продвигаться скачками и нагонять свой полк. Вопрос этот разрешим лишь в порядке перехода всего тыла кавалерийского полка на механизированную тягу.

Однако и при существующем штате и транспорте ПМП кавалерийского полка может справиться с задачей санитарного обеспечения даже в довольно сложных условиях. Нужно только отказаться от шаблона и не пытаться организовать работу ПМП кавалерийского полка в маневренных условиях по образцу стрелковых войск.

ПМП кавалерийского полка должен быть организован так, чтобы важнейшие виды его работы могли выполняться с хода, без затраты времени на какое-либо развертывание.

К этим важнейшим видам работы относятся следующие:

1. Сортировка поступающих раненых и больных.

Нуждающиеся в наиболее неотложной врачебной помощи должны получить ее тут же, причем основным критерием должно быть стремление привести раненого в состояние дальнейшей эвакуационной способности.

Тяжело раненые немедленно направляются на ДМП приданным полку санитарным автотранспортом медико-санитарного дивизиона.

В коннице особенно нежелательно дробление сил и средств санитарной службы, неизбежно связанное с выделением в район ДОП пункта помощи легко раненым и больным. Нужно принять за правило положение: легко раненые должны следовать в общем токе на ДМП. Войсковой транспорт для эвакуации легко раненых также должен быть подан к ДМП.

2. Оказание неотложной врачебной помощи:

главным образом иммобилизация при переломах конечностей, остановка кровотечения наложением повязки, жгутом.

Объем этой работы ПМП кавалерийского полка в наступлении или подвижной обороне может быть скорее всего приравнен к объему медицинской помощи, оказываемой на БМП стрелковых войск.

Дивизионный пункт медицинской помощи кавалерийской дивизии, развертываемый средствами МСД, организует свою работу на тех же основаниях, какие указаны для ДМП стрелковых войск.

Основным различием является значительно большая подвижность ДМП кавалерийской дивизии в ее маневренных действиях: оседлость

ДМП иногда не превышает 3—4 часов, а поэтому необходимо максимально сокращать сроки развертывания и свертывания ДМП.

Начальник санитарной службы кавалерийской дивизии при построении лечебно-эвакуационного плана определяет, на какие именно общевойсковые этапы санитарной эвакуации должны базироваться части дивизии. В зависимости от обстановки часть эвакуируемых из полков может быть направлена на ближайший ДМП стрелковой дивизии или же эвакуация из ДМП кавалерийской дивизии может направляться в расположенный поблизости войсковой подвижной госпиталь.

Довольно сложным является вопрос санитарного обеспечения кавалерийской дивизии, действующей в тылу противника, когда возможность эвакуации раненых отсутствует. В этом случае при МСД создается транспорт раненых и больных, следующий в составе дивизии до окончания выполнения ею боевого задания; транспортные средства для этой цели выделяются командованием дивизии за счет освобождающихся машин войсковых транспортов.

При наличии особо тяжело раненых, нуждающихся в срочной эвакуации, вызываются санитарные самолеты тем же порядком, какой указан для танковых войск.

В случае действий кавалерийского соединения на направлении стрелкового корпуса начальник санитарной службы кавалерийского соединения должен получить от корпусного врача своевременную и точную информацию о дислокации общевойсковых этапов санитарной эвакуации.

Начальник санитарной службы кавалерийского соединения получает также указания начсанарма о порядке эвакуации, базировании и придании армейских средств усиления.

Г л а в а VIII

САНИТАРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЙ ВОЙСК В ОСОБЫХ УСЛОВИЯХ

Изложенные в предыдущих главах общие санитарно-тактические положения требуют внесения ряда дополнений тогда, когда войска действуют в особых условиях (например, ночью, в горах, в лесу и т. д.).

Ночные действия войск

Ночные действия войск являются обычными в современных условиях. Ночные передвижения войск и тылов позволяют скрыть намерения командования и значительно уменьшить потери, особенно от авиации. Ночная темнота дает наибольшие возможности для достижения внезапности. Эти уставные положения всесторонне доказаны опытом боев у озера Хасан, в Монголии и Финляндии.

Ночные операции затрудняют для санитарной службы розыск раненых и управление действиями санитаров-носильщиков.

Чтобы справиться с этой задачей, санитарной службе прежде всего необходимо настойчиво тренировать все свои звенья в ночных условиях работы, уделяя особое внимание низовому звену (рота — батальон). Для этапов санитарной эвакуации, расположенных в более глубоком тылу, ночная работа также будет правилом, а дневная — исключением, но условия работы этих учреждений (начиная с ДМП) более благоприятны, так как внутри своего расположения они могут пользоваться искусственным освещением, соблюдая правила маскировки.

Ротные санитары, санитары-носильщики и санитарные инструктора должны быть снабжены карманными электрическими фонарями, дающими возможность освещать раненого в момент оказания ему помощи и сигнализировать условными вспышками (можно при этом пользоваться азбукой Морзе), если это не демаскирует расположения своих войск.

Большое облегчение в работе санитарной службы принесет предвзятельное изучение днем той местности, на которой предполагаются ночные действия, и запоминание имеющихся ориентиров (группы деревьев, направление дорог, отдельные строения и т. д.).

Каждый работник санитарной службы должен быть снабжен также ветящимся компасом, уметь пользоваться им и отыскивать дорогу по вимуту.

В деле розыска тяжело раненых, которые не могут самостоятельно двигаться, огромную пользу принесут санитарные собаки. Отделение санитар-

ных собак во главе со своим возжакон (санитарным инструктором) при-
дается посту санитарного транспорта на решающем направлении с подч-
непнем пачальнику ПСТ.

Санитарные собаки разыскивают раненых и приводят к месту их на-
хождения санитаров-носильщиков. Вынос в почных условиях даже песколь-
ко благоприятнее, чем днем, так как значительно снижается действитель-
ность ружейно-пулеметного и артиллерийского огня противника.

Нужно обязательно обозначать ночью пути эвакуации светящимися ука-
зателями на всех поворотах и перекрестках дорог.

При отсутствии специальных указателей нужно выставять на эти пе-
рекрестки санитаров, снабженных фонарями.

Движение санитарного автотранспорта, особенно в районе полкового
тыла, должно производиться с выключенными фонарями и стоп-сигналами.
Во многих случаях (как это, например, было во время хасапских боев)
сопровождающему приходится идти впереди машины, нащупывать и указы-
вать путь, держа белый платок в руке. Если одна за другой следуют не-
сколько санитарных автомашин, задние дверцы каждой машины должны
быть обтянуты белой простыней (для лучшей видимости). В некоторых
случаях можно разрешить включение фар, затемненных синей повязкой.

Санитарное обеспечение действий войск в горах

Особенностью боевых действий в горах является дробление войск на не-
большие группы (отряды), самостоятельно действующие на изолированных
направлениях и тропах. Это обстоятельство требует включения в состав
таких отрядов санитарных средств, соответствующих задаче самостоятель-
ного обеспечения.

В соответствии с маневром войск очень часто возникает необходимость
изменения эвакуационных направлений (эвакуация раненых не в тыл,
а по флангу, «на соседа»).

При действиях войск в горах отсутствует сплошной фронт, создаются
значительные промежутки между боевыми порядками частей и соедине-
ний: это может повлечь за собой проникновение небольших отрядов про-
тивника в тыл и поэтому требует особого внимания к охране и обороне
этапов санитарной эвакуации и транспортов с ранеными.

Пути в горных местностях, используемые для санитарной эвакуации,
представляют собой в большинстве случаев тропы, по которым возможно
движение лишь в одну сторону. Поэтому следует избирать пути эвакуации,
не совпадающие с путями подпоса или подвоза, устанавливать посты регу-
лирования движения, оборудовать дороги указателями.

Действия войск в горах предъявляют высокие требования к физической
тренировке бойцов, требуют времени для акклиматизации и умения ориен-
тироваться в горных условиях.

Санитарной службе войск, действующих в горах, необходима трениров-
ка, чтобы приобрести навыки по оказанию медицинской помощи и эвакуа-
ции раненых и больных в условиях бездорожья, узких тропинок, крутых
подъемов и спусков, частых туманов, затрудняющих видимость, больших
расстояний, которые приходится покрывать носильщикам и выночному
транспорту.

Санитарная служба войск, назначенных для действий в горных условиях, располагает специальным оснащением в виде вьючных носилок, вьючных двуколок и специальной вьючной техники (рис. 60, 61).

Основные особенности санитарного обеспечения действий войск в горах следующие:

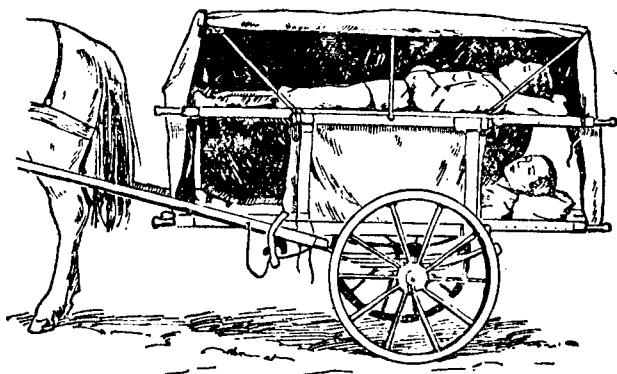


Рис. 60. Вьючная санитарная повозка.

1. Значительно затруднен розыск раненых; поэтому должны быть использованы все средства к тому, чтобы доставить своевременно всех раненых на ближайший медицинский пункт.

2. Часто затруднена эвакуация раненых вследствие неудобства путей (узкие тропы, обвалы и т. д.), а также вследствие загрузки этих путей односом и подвозом необходимого войскам снабжения.

Для устранения этих трудностей пути эвакуации должны быть улучшены и борудованы распоряжением соответствующих штабов. При возможности следует собирать пути эвакуации, отдельные от путей подвоза; при отсутствии этой возможности служба регулирования должна обеспечить первоочередной пропуск транспортов с ранеными.

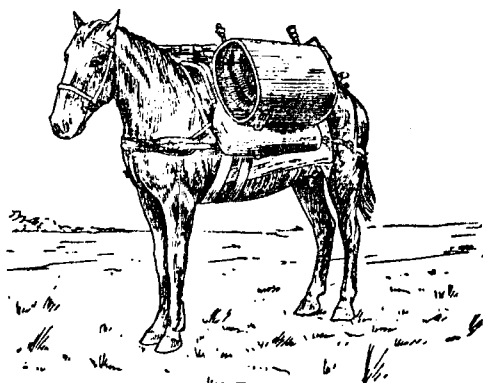


Рис. 61. Вьючная душевая установка.

3. Резкие колебания температуры воздуха создают угрозу тепловых ударов и отморожений; должны быть приняты предупредительные меры в том направлении.

4. Развертывание санитарных учреждений возможно лишь в палатках, причем обычно приходится довольствоваться меньшей площадью территории, нежели это указано в соответствующих разделах (гл. IV и V).

Эвакуация раненых в тыл в ряде случаев будет производиться не косяным транспортом, а при помощи вьючных или обычных носилок.

Нужно также учесть, что при действиях в горах очень многие из раненых, которые в обычных условиях смогли бы самостоятельно добраться до медицинских пунктов, потребуют помощи из-за трудных условий пути.

В горных условиях принцип максимального приближения квалифицированной врачебной помощи к месту действия войск должен проводиться с особой настойчивостью. Дивизионный медицинский пункт должен быть насколько возможно приближен к войскам. Если только часть пути доступна для колесного транспорта, то в концах этого пути, соприкасающихся с вьючными и пешеходными тропами, должны быть созданы перегрузочные посты с дежурством санитарных повозок или санитарных автомашин.

При действиях войск в горах трудность использования санитарного автотранспорта должна быть компенсирована соответствующим приближением этапов санитарной эвакуации и сокращением расстояний между ними.

Действия в горах требуют также широкого использования санитарной авиации; всюду, где это возможно по природным условиям и по обстановке, должны быть оборудованы посадочные площадки. В ряде случаев эвакуация по воздуху раненых, нуждающихся в безотлагательном оказании специальной помощи, будет единственным выходом.

При выполнении маневра санитарными средствами в горах должны учитываться условия передвижения учреждений по горным дорогам; так, иногда рациональнее и быстрее выделить из состава данного учреждения небольшую группу людей с наиболее портативным имуществом для вьючной укладки, чем передвигать учреждения целиком; поэтому должна быть самым широким образом использована делимость санитарных учреждений, облегчающая маневр.

Действия войск в лесах

Действия войск внутри лесных массивов создают больше выгод обороняющемуся, чем наступающему. В этих условиях сильно затруднено наблюдение, ведение действительного огня, использование танков и авиации. Продвигающиеся в глубине леса наступающие войска могут в любую минуту и с любой стороны подвергнуться неожиданному нападению; поэтому должна быть усилена разведка и охранение.

Есть и ряд преимуществ, связанных с действиями в лесистой местности: возможность скрытого от авиации противника движения войск, осуществления подвоза и эвакуации.

Вместе с тем нужно иметь в виду, что лесные массивы, в глубине которых подозревается присутствие войск противника, будут поражаться авиацией или заражаться стойкими ОВ на значительной площади. В этих случаях лес, в глубине которого действуют войска, превращается из укрытия в препятствие: приходится затрачивать огромные усилия на ликвидацию лесных пожаров и прокладывание путей сквозь зараженные участки.

Санитарное обеспечение боевых действий в лесу создает те же трудности, которые отмечены были для ночных действий и боя в горах, а именно: в лесу затруднен бывает розыск раненых и часто приходится считаться с отсутствием путей, доступных для колесного санитарного транспорта.

Трудности отыскивания раненых, связанные с характером местности, преодолеваются использованием санитарных собак и особым способом работы санитаров-носильщиков. Построившись в цепочку на расстоянии

2—3 м друг от друга (в зависимости от частоты леса), санитары-носильщики проходят через данный участок леса («прочесывание»).

В этих условиях возможно максимальное приближение санитарных взводов батальонов к ведущим бой ротам; выделение ПСТ вперед, как это иногда бывает при наступлении на открытой местности, не будет иметь места. Зато часты такие случаи, когда санитарный взвод батальона, обеспечивая непосредственно одну из рот, вынужден будет выделить ПСТ на фланги батальона.

Передки будут также случаи, когда действия в лесу будут развиваться в условиях полного отсутствия проходимых для колесного транспорта путей: в этих случаях санитарный транспорт должен быть заменен конными «носилками-волокушами».

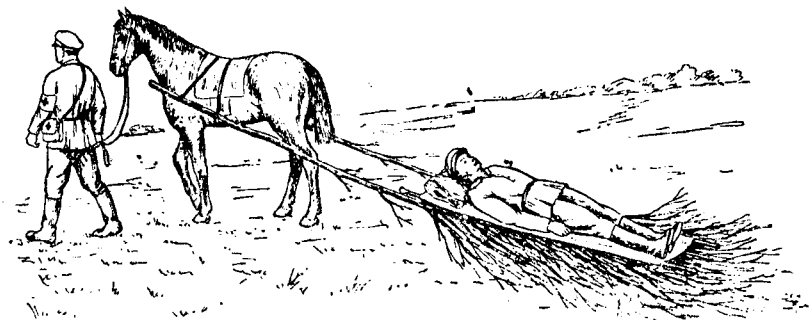


Рис. 62. Перевозка раненого на волокуше из двух деревьев.

Волокуши изготавливаются следующим образом: два древесных ствола с сохраненными на вершине ветвями соединяют перекладинами и к ним прикрепляют носилки-гамак с приспособлениями для привязывания раненого (рис. 62). Это приспособление при конной тяге и наличии довольно хорошего подрессоривания пружинящими кронами деревьев дает возможность безболезненно транспортировать раненого даже по лесной почве, сплошь покрытой неровностями (кочки, пни).

В разбираемом примере (рис. 63) в исходном положении колесный санитарный транспорт на направлении 15 сп мог быть выдвинут только по одной просеке, до южных скатов выс. 214,3. По отношению к 1-му и 3-му батальонам ПСТ занимает центральное положение, находясь в то же время на таком же расстоянии и от ПМП.

Было бы неправильным придать в данном случае этому посту санитарного транспорта те функции, о которых шла речь в III главе; поскольку он может обслужить оба батальона и других путей эвакуации нет, ему дают функции полкового перегрузочного поста, и действующий на направлении 15 сп санитарный транспорт выдвигается к указанному району. Раненых эвакуируют из батальонов на этот пост исключительно на носилках, проводя сортировку лишь по очередности (так как существует лишь одно эвакуационное направление). На ПМП производится сортировка по назначению, и нуждающиеся в квалифицированной медицинской помощи без задержки направляются на ДМП.

На направлении 3/15 сп показано движение цепочки санитаров, пересекающих участок в поисках раненых.

Во втором положении (по овладении рубежом домик лесника — выс. 217,5 — родник) два санитарных взвода батальонов находятся западнее просеки, идущей от выс. 209,1 на юго-запад; третий находится в непо-

средственной близости к просеке. ПМП выдвинут на дорогу, разделяющую лес с севера на юг. Эта просека, идущая на юго-запад, является единственным проходным для колесного транспорта путем эвакуации для всех батальонов. Это обстоятельство приводит начальника санитарной службы 15 сп к решению выдвинуть санитарный транспорт на указанную просеку, создав для 1-го и 3-го батальонов перегрузочные посты и продвинув транспорт для 2-го батальона вплотную к расположению санитарного взвода.

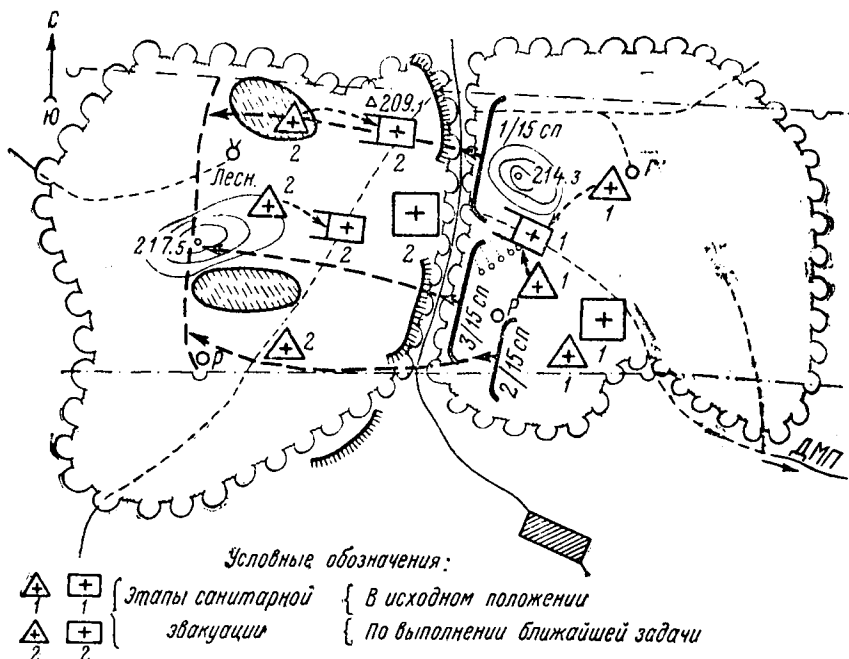


Рис. 63. Санитарное обеспечение наступления стрелкового полка на обороняющегося противника (действия в лесу).

При действиях в лесу санитарные учреждения дивизии также должны разворачиваться на сближенных дистанциях; при разворачивании особое внимание должно быть уделено обороне данного этапа санитарной эвакуации и обеспечению постоянной готовности мер противопожарной и противохимической защиты.

Санитарное обеспечение действий войск зимой

При наличии сильных морозов и снежного покрова действия санитарной службы войск значительно затрудняются: нужно одновременно с выполнением обычных задач исключить возможность отморожений.

Каждое звено санитарной службы, начиная от санитарного отделения стрелковой роты и до санитарной службы войсковых соединений, ведет неослабный надзор за правильным применением средств, предупреждающих отморожения (смазывание открытых мест кожи жирами, обертывание ног теплыми портянками или газетной бумагой, защита от холода наиболее чувствительных мест).

Чрезвычайно осложняется при сильных морозах вопрос о немедленном выносе и вывозе раненых, не могущих самостоятельно двигаться.

Оставление тяжело раненых на местности в зимних условиях угрожает не только обычными последствиями из-за несвоевременно оказанной медицинской помощи, но и тяжелыми отморожениями, иногда даже замерзанием раненого (при этом надо учесть ослабленную сопротивляемость организма, особенно при кровопотерях).

Поэтому все силы и средства санитарной службы должны быть в этих условиях брошены на то, чтобы доставить как можно скорее всех раненых на пункт медицинской помощи.

Все пункты медицинской помощи в зимнее время должны быть щедро снабжены средствами обогрева (одеяла, химические грелки, горячий чай, коньяк).

Значительные изменения претерпевает также методика санитарной эвакуации. При наличии снежного покрова основным средством для выноса раненого из-под огня, а иногда и для эвакуации на ПМП и ДМП стано-

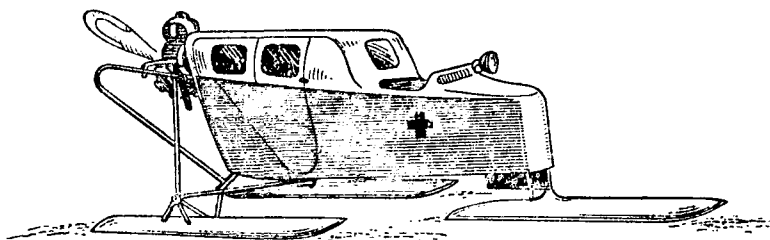


Рис. 64. Аэросани.

вятся лыжно-носильные установки. Все санитары-носильщики должны быть поставлены на лыжи; гужевого транспорта должен быть переставлен с колес на полозья. Роль автотранспорта, особенно при сильных заносах, резко снижается; значительно ограничивается возможность использования для эвакуации войсковых транспортов (о чем речь уже была выше).

Трудности встречаются в зимних условиях также при разворачивании медицинских пунктов: здесь требуются утепленные и отапливаемые палатки или землянки; по возможности для размещения санитарных учреждений должны быть использованы жилые строения.

В связи с малой продолжительностью дня большая часть всех передвижений и работ производится в ночных условиях.

Санитарные войска и учреждения должны быть снабжены рядом специальных предметов, дающих им возможность выполнять свои задачи в зимних условиях; у них должны быть маскировочные халаты, лыжи, лыжно-носильные установки и «лодочки-волокуши», санный транспорт, приспособления для защиты раненых от холода (химические грелки, одеяла, печи для санного транспорта), средства для отопления помещений и специальная укупорка для жидких медикаментов, сывороток, консервированной крови (рис. 64, 65, 65а).

Значительно затрудняется оказание медицинской помощи раненому под открытым небом. Каждый этап санитарной эвакуации должен располагать местом для обогрева поступающих и ожидающих эвакуации раненых, причем емкость таких отапливаемых помещений должна быть рассчитана

на максимальное число раненых, могущих одновременно находиться на данном этапе.

При эвакуации раненых с одного этапа на другой время пребывания в пути должно быть сокращено до минимума.

С этой целью развешиваются перевязочно-обогревательные пункты: в дивизионном тылу — распоряжением дивизионного

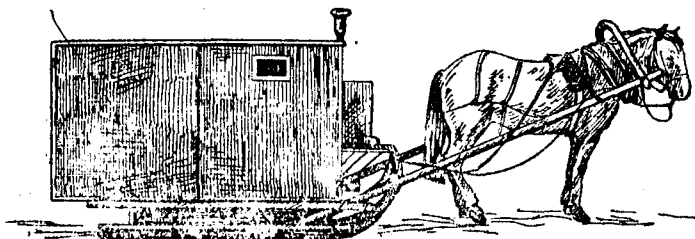


Рис. 65. Санитарные сани.

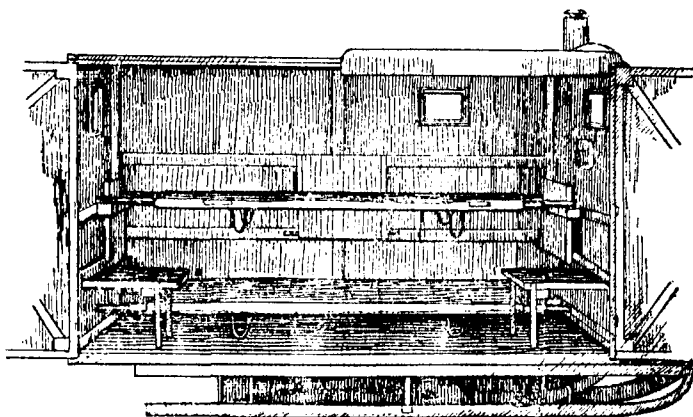


Рис. 65а. Санитарные сани (внутренний вид).

врача, в пределах грунтового участка — распоряжением корпусного врача за счет средств дорожно-эксплуатационного полка (ДЭП). Начальником такого пункта назначается фельдшер; обязанности его заключаются в том, чтобы дать возможность согреться раненым, следующим мимо данного пункта, осмотреть наложенные повязки, оказать в случае необходимости медицинскую помощь.

Расстояние между перевязочно-обогревательными пунктами рассчитывается в зависимости от вида курсирующего на данном отрезке пути транспорта с расчетом максимального пребывания раненого в пути до 1 часа. Таким образом, при санном транспорте расстояние между пунктами должно быть до 5—6 км, при автотранспорте — до 18—20 км.

При оборудовании перевязочно-обогревательного пункта должны быть соблюдены требования маскировки от наблюдения с воздуха: подъезжающие транспорты должны рассредоточиваться, повозки и машины должны помещаться в укрытых местах.

Санитарное обеспечение действий войск в пустынных местностях

Действия войск в пустынных, песчаных и безводных местностях требуют особой закалки и физической выносливости бойца: поэтому важнейшей задачей санитарной службы в этих условиях является: следить за физическим состоянием бойца, применять меры к облегчению нагрузки, предотвращению заболеваний и тепловых ударов, заботиться о создании наилучших условий для отдыха бойцов, участвовать в разрешении вопроса водоснабжения—самого существенного вопроса в этих условиях. Опыт действий частей Среднеазиатского военного округа по ликвидации басмачества показал, что в число вопросов, поручаемых общевойсковой разведке, обязательно должны быть включены вопросы водоснабжения. Войсковые части должны быть обеспечены в пути запасом обезвреженной питьевой воды, рассчитанным на удовлетворение потребностей войск впредь до достижения района источников водоснабжения. В зависимости от качества путей эти запасы перевозятся в специальных цистернах или выючных бурдюках.

Передвижение войск в указанных местностях совершается преимущественно ночью, особенно в жаркое время года; поэтому должно быть особенно тщательно выбрано место для дневного отдыха войск.

Мероприятия по санитарному обеспечению боевых действий войск в пустынной местности вытекают из характера местности, открытой для огня и наблюдения противника, и качества путей, зачастую непроходимых для колесного транспорта.

Первое обстоятельство требует усиленной маскировки всякого движения, соответствующего выбора путей выноса и вывоза раненых и защиты расположения этапов санитарной эвакуации. Второе обстоятельство заставляет широко применять выючный транспорт, используя для этого верблюда как наиболее выносливое в пустынных условиях животное.

Санитарные учреждения в этих условиях должны развертываться исключительно в палатках, соблюдая правила маскировки.

Широко должны быть использованы для целей санитарной эвакуации средства воздушного транспорта (как специальная санитарная авиация, так и обратный полет транспортных самолетов). Использование в данном случае авиации облегчается наличием большого количества природных посадочных площадок, не нуждающихся в каком бы то ни было приспособлении.

В условиях пустынной местности чрезвычайно трудно использовать обычные приемы маскировки для выноса раненых с поля боя, а также бывает затруднено движение транспортов с ранеными и развертывание этапов санитарной эвакуации.

Создание условий для полноценного отдыха раненых и больных и госпитальное лечение их в большинстве случаев возможно лишь в значительном удалении от района боевых действий.

В результате опыта действий частей Красной армии у р. Халхин-Гол в 1939 г. могут быть рекомендованы следующие приемы:

1. Санитары рот должны приближаться к раненому только ползком и тотчас после оказания помощи помещать раненого в отрытый поблизости окоп.

2. Вынос раненых должен прикрываться ружейно-пулеметным, а иногда и артиллерийским огнем.

Санитаров-носильщиков нужно снабжать колесными носилками или волокушами.

3. Для вывоза раненых следует широко применять танки, бронемашины и бронебронированные вездеходные транспортеры.

4. Передовые этапы санитарной эвакуации следует по возможности располагать в районе оазисов и колодцев.

5. Санитарная и транспортная авиация должна обеспечить быструю эвакуацию в тыл большинства раненых, начиная от ДМП. Только легко раненые могут быть эвакуированы автотранспортом на значительные расстояния.

Санитарное обеспечение десантных действий войск

Действия войск совместно с флотом, направленные к овладению прибрежной морской полосой для распространения вглубь приморской территории, называются десантными.

Сухопутные войска (десант) перевозятся при этом по морю на транспортных судах (специальных или приспособленных); в случае надобности, в зависимости от обстановки, их сопровождают боевые корабли и гидроавиация.

Высадке войск на берег обычно предшествует подавление огнем судово-вой артиллерии обороны противника; под прикрытием этого огня войска высаживаются на берег. Транспортные суда и боевые корабли не могут подойти близко к берегу, а поэтому доставка людей, транспорта и материальной части производится на шлюпках или специальных плоскодонных судах.

Боевые действия десанта, овладевающего побережьем, уничтожающего узлы сопротивления и опорные точки обороны противника на берегу, продолжаются при поддержке артиллерии боевых кораблей и гидроавиации до тех пор, пока сухопутные войска не овладеют заранее намеченными рубежами в глубине обороны противника, далее которых поддержка с моря уже не может иметь места.

Санитарное обеспечение десантной операции строится следующим образом:

1. Во время перевозки войск по морю санитарное обслуживание их производится собственными средствами, но по плану и указаниям, даваемым старшим военно-морским санитарным начальником.

Должна быть обеспечена готовность медицинской помощи во время погрузочных и разгрузочных операций, так как возможны случайные травмы; на обязанности санитарной службы десантных войск лежит также организация медицинской помощи в случае нападения авиации противника во время погрузки или выгрузки.

Санитарная служба частей должна также принимать меры к сохранению боеспособности перевозимых войск во время их следования; в первую очередь должны быть приняты меры против массового распространения морской болезни (разъяснительная работа, лекарственная помощь).

2. При высадке на берег первых подразделений стрелковых частей совместно с ними высаживаются санитарные отделения рот и санитарные взводы батальонов, усиленные санитарями-носильщиками.

На берегу развертываются сперва батальонные медицинские пункты;

при дальнейшем продвижении санитарные взводы батальонов уходят вглубь, а на берегу остаются эвакуационные посты, выделенные морской санитарной службой.

Санитары-носильщики доставляют раненых к этим постам; здесь происходит погрузка эвакуируемых на шлюпки, продолжающие высаживать войска с кораблей. Таким образом, непрерывно происходит использование морского транспорта на обратном его рейсе для доставки раненых на суда.

Квалифицированная врачебная помощь в данном случае организуется на судах силами военно-морской санитарной службы (в некоторых случаях привлекаются к участию силы перевозимых дивизионных санитарных учреждений).

Дальнейшая эвакуация может производиться в направлении морской базы либо специальным госпитальным судном, либо одним из судов, доставивших войска к месту десанта.

Доставленному на судно раненому или больному может быть на месте оказана необходимая квалифицированная врачебная помощь и предоставлено стационарное лечение, так как морские пути санитарной эвакуации (при отсутствии шторма) представляют наибольшие удобства для эвакуируемого, освобождая его от толчков и тряски и создавая возможность ухода и лечения в пути следования.

3. Следующим этапом в санитарном обеспечении десанта является выгрузка на берег средств санитарного транспорта и полковых медицинских пунктов.

Этот этап действий осуществляется после подавления береговых огневых точек противника и успешного продвижения батальонов в глубину на 1—1,5 км.

Эвакуационные посты на берегу продолжают теперь работу уже под руководством ММП, оказывающего раненым неотложную медицинскую помощь и производящего сортировку по очередности дальнейшей отправки.

В качестве базы для эвакуации обратными шлюпками избирается либо госпитальное судно, включенное в состав транспорта, либо один из транспортных кораблей, специально оборудованный для оказания квалифицированной медицинской помощи раненым и больным и для стационарного лечения их. При наличии достаточных средств для одновременного оказания медицинской помощи на нескольких судах можно рассредоточить силы санитарной службы.

Дальнейшее выдвижение санитарных средств на сушу также связано с ходом боя и успешностью продвижения боевого порядка.

Медико-санитарный батальон (кроме эвакуационного подразделения, высадившегося уже ранее) высаживается на берег и получает распоряжение развернуть ДМП после того, как занята прибрежная полоса глубиной в 5—6 км. По базирование на корабли остается в силе даже после развертывания ДМП и прекращается лишь тогда, когда организуются собственные базы (пристани снабжения) на берегу.

Санитарная служба десантной операции не знает обычного деления на пути эвакуации специальным санитарным транспортом и пути эвакуации обратным порожняком; от берега до судна, используемого в качестве базы, имеется лишь одно средство передвижения, используемое для всех надобностей.

Десантные действия разворачиваются сразу на широком фронте с целью отвлечь силы и внимание противника. Но начальник санитарной службы высаживаемой дивизии должен знать решающее направление, чтобы сконцентрировать свои силы на этом направлении. В противном случае он может раздробить свои силы и не будет в нужное время и в нужном месте располагать достаточными ресурсами.

Десантные действия будут производиться либо ночью, при потушенных огнях, либо под прикрытием дымовой завесы, а поэтому каждый работник санитарной службы должен хорошо знать местность, уметь ориентироваться по компасу, соблюдать все правила, которые были указаны для ночных действий.

СПРАВОЧНЫЕ ДАННЫЕ ДЛЯ РАСЧЕТОВ ПО САНИТАРНОЙ ЭВАКУАЦИИ

1. Характеристика средств санитарного обеспечения

Название	Подъемная способность	Скорость в час (в км)	Радиус действия (в км)
Санитарные носилки	1 чел.	1—2	1—2
Санитарная двуколка образца 1930 г.	2—3 лежащих или 4—6 сидячих	3—4	25—30
Санитарная повозка образца 1936 г.	То же	4—5	25—30
Хозяйственная повозка (парная)	1 лежащий и 2—3 сидячих	3—4	25—30
Грузовая автомашина 1 ¹ / ₂ -т (с приспособлением)	3 лежащих и 8 сидячих или 2 лежащих и 12 сидячих	15—20	80—100
Грузовая машина 2 ¹ / ₂ -т (без приспособлений)	4 лежащих и 8 сидячих или 18 сидячих	15—20	80—100
Санитарная автомашина	4 лежащих и 2 сидячих или 10 сидячих	20—30	100—120
Санитарный прицеп к автомашине	2 лежащих и 2 сидячих или 8 сидячих	20—30	100—120
Санитарный самолет „У-2“	1 лежащий и 1 сидящий	100—150	200—400

2. Ориентировочное распределение (в %) раненых, подлежащих санитарной эвакуации, по виду транспортировки

Направление эвакуации	Подлежат выносу на носилках	Нуждаются в специальном сантранспорте		Могут быть эвакуированы обратным порядком	Могут следовать пешком	Всего (в % ко всему количеству раненых)
		лежа	сидя			
От места ранения до ПСТ	30	—	—	—	70	100
От ПСТ (БМП) до ПМП	—	20	20	—	60	100
От ПМП до ДМП	—	20	20	до 50	В зависимости от обстановки	90
От ДМП до ГОПЭП	—	20	10	30	—	60
От ДМП до ВПГ	—	10	—	10	—	20
От ВПГ до ГОПЭП	—	10	—	—	—	10

ЭКСПЛУАТАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДВИЖНЫХ ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ КАМЕР

Приложение 2




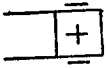
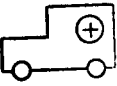



Название дезинфекционной камеры	Характеристика хода	Общий вес хода (в кг)	Единовременная загрузка (в комплектах)	Срок обработки	При какой температуре в °С	Пропускная способность в 1 час (в комплектах)	Средний расход топлива в 1 час (в кг)	Примечания
Вьючная горячевоздушная дезинфекционная камера „ВГК“	2 вьюка весом 80 кг каждый (2 лошади)	160	6—8	35—45 мин.	100—110	8—10	8—9	„ВГК“ в летнее время допускает загрузку 8 комплектов. Один комплект суконного обмундирования содержит суконную гимнастерку, брюки и шинель, общим весом 5 кг
Конная горячевоздушная дезинфекционная камера „ГК“	Тачанка (2 лошади)	950	16	45—50 мин.	100—110	20	35	
Конная пароформалиновая дезинфекционная камера „КПФ-18“	Двуколка с прицепным передком (2 лошади)	1 260	18—28	35—55 мин.— 1 час 30 мин.	58—65—70—80	28—56	20—25	При дезинфекции спорозоных форм „КПФ-18“ допускает загрузку только 18 комплектов; при дезинфекции обмундирования, зараженного неспорогенными формами, паровоздушной смесью и при дезинсекции суконно-бумажного обмундирования—28 комплектов

Конная пароформалиновая дезинфекционная камера „ПФ-14“	Четырехколесный ход (2 лошади)	1 000	14—22	35—55 мин.— 1 час 30 мин.	58—65—70—80	18—44	20—25	Во всех пароформалиновых камерах дезинсекция продолжается 35 мин., дезинфекция—45—55 мин., а при спорозоных формах—1 час 30 мин.
								Во всех пароформалиновых камерах обработка кожного и мехового обмундирования проводится при 58°; дезинфекция суконно-бумажного обмундирования—при 65—80° (паровоздушной смесью) и дезинсекция—при 70°
								„ПФ-14“ допускает при дезинфекции загрузку 14 комплектов кожного и мехового обмундирования, при дезинсекции—18 комплектов и суконно-бумажного обмундирования 22 комплектов (дезинфекция и дезинсекция паровоздушной смесью)
Пароформалиновая дезинфекционная камера на автомобиле „АПК“ („И-24“)	Шасси ГАЗ-АА или ГАЗ-ААА	2 800	24—42	35—55 мин.— 1 час 30 мин.	58—65—70—80	30—76	40	„АПК“ („И-24“) допускает при дезинфекции загрузку 24 комплектов кожного и мехового обмундирования и при дезинсекции—30 комплектов; при дезинфекции и дезинсекции суконно-бумажного обмундирования паровоздушной смесью—42 комплектов

ЭКСПЛУАТАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДУШЕВЫХ УСТАНОВОК

Название установки	Характеристика хода	Общий вес с укладкой и ходом (в кг)	Количество душей		Продолжительность обработки (в мин.)		Пропускная способность в 1 час				Средний расход топлива в 1 час (в кг)
			зимой	летом	при дегазации	при санит- тарной обработке	при дегазации		при санитарной обработке		
							зимой	летом	зимой	летом	
Вьючная душевая установка „ВД“	1 вьюк, 1 лошадь	76	2	4	3,5	10	34	68	12	24	25
Душевая установка „КД“	Двуколка, 1 лошадь	500	4	6	3,5	10	68	102	24	36	50—60
Конная душевая установка „ОЭ-2“ (пароэлеваторная)	Тачанка, 2 лошади	900	10	16	3,5	10	170	270	60	96	60—80
Душевая установка на авто- мобиле „АД“	Шасси ГАЗ-АА или ГАЗ-ААА	3 100	16	24	3,5	10	270	410	96	144	90

УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

	Санитар
	Санитарный инструктор
	Звено санитаров-носильщиков (цифры обозначают количество звеньев)
	Санитарная двуколка, повозка
	Автосанитарная рота (АР)
	Санитарный автомобиль
	Батальонный медицинский пункт (БМП)
	Полковой медицинский пункт (ПМП)
	Дивизионный медицинский пункт (ДМП)
	Медико-санитарный батальон (МСБ)
	Пункт помощи легко раненым
	Войсковой подвижной госпиталь (ВПГ)