

Тема № 15.

«Организация медицинского обеспечения войск при передвижении»**1. Условия деятельности медицинской службы на марше и во встречном бою.**

Войска могут совершать передвижение своим ходом (маршем), перевозиться железнодорожным, морским (речным) и воздушным транспортом или передвигаться комбинированным способом.

Основной способ передвижения войск - марш.

Марш - организованное передвижение войск в колоннах по дорогам и колонным путям, в целях выхода в назначенный район или на указанный рубеж.

В современных условиях марш стал составным элементом всех видов боевых действий войск. Это связано с увеличением пространственного размаха, маневренности и динамичности боевых действий и возросшими темпами наступления. Так величина суточного перехода может составить: для смешанных и танковых колонн - до 250км., для автомобильных - до 300 км.

В Великой Отечественной войне, в ходе Сталинградской операции, (ноябрь 1942г.) 1-й танковый корпус совершил марш в 120 км.; в период Курской битвы (июль 1943г.) 4 гв. Кантемировский танковый корпус - в 450км.

Марш может совершаться вне угрозы столкновения с противником, в предвидении вступления с ним в бой, а также в ходе стремительного преследования.

В зависимости от этого организация марша будет различной. **Во всех случаях он совершается скрытно, в основном ночью или в других условиях ограниченной видимости, а в ходе боевых действий или в глубоком тылу— так же и днём.** Время, отводимое на подготовку к маршу, будет, как правило, ограниченным.

Как правило, марш будет совершаться на боевых (транспортных) машинах, а в отдельных случаях—пешим порядком.

Полк (мсп или тп) совершает марш в составе дивизии или самостоятельно. Ему обычно назначаются один-два маршрута движения, а при действии в передовом отряде—направление действий.

Для своевременного начала марша, и регулирования скорости движения колонн назначаются **исходный рубеж, и рубежи регулирования** с указанием времени их прохождения головами колонн.

Удаление исходного рубежа должно обеспечить возможность вытягивания колонн батальонов из района сосредоточения (расположения) войск.

Рубежи регулирования обычно назначаются через три-четыре часа движения.

Для отдыха личного состава, приёма пищи, технического осмотра, и устранения неисправности материальной части, до заправки машин - **через каждые 3 – 4 часа движения назначаются привалы продолжительностью до 1 часа и один привал продолжительностью до 2 часов во второй половине суточного перехода.**

В конце каждого суточного перехода назначается **дневной (ночной) отдых**, а при совершении марша на большое расстояние, через каждые три-пять переходов, при необходимости, может назначаться суточный отдых.

Районы привалов и отдыха выбирают заблаговременно, с учетом условий, обеспечивающих скрытность и удобство расположения, быстрого сбора и развёртывания в случае необходимости части сил и, как правило, вне населённых пунктов.

Для разведки местности, маршрутов, определения наиболее выгодных рубежей развёртывания при встрече с противником, санитарного состояния полосы выдвигания, районов привалов и выполнения других задач, полк **высылает рекогносцировочную группу**, в которую входят представители штаба, подразделений полка и служб.

Походный порядок полка включает: - **передовой отряд**, если он высылается, **походное охранение, отряды обеспечения движения** колонны главных сил и колонны подразделений технического обеспечения и тыла.

Особенности проведения марша предъявляют к медицинской службе полка определённые требования, которые нельзя не учитывать при организации его медицинского обеспечения.

Возможность применения противником авиации и средств массового поражения по маршевым колоннам; вероятность воздействия на них воздушных десантов, диверсионных и разведывательных групп - всё это обуславливает необходимость постоянной готовности медицинской службы к оказанию помощи, независимо от того, проходит ли марш в сторону фронта, вдоль фронта или от фронта в тыл.

В предвидении встречного боя силы и средства медицинской службы должны быть распределены по походным элементам полка с таким расчетом, чтобы они были способны оказывать помощь раненым и осуществлять их эвакуацию, как только в этом возникнет необходимость.

Высокая скорость передвижения войск на марше, их рассредоточение на большую глубину и по фронту, неизбежность разрушений противником дорожных сооружений, постоянная занятость дорог выдвигающимися войсками и другие обстоятельства придают исключительное значение заблаговременному распределению сил и средств медицинской службы по колоннам, так как проведение в ходе марша и, особенно, при встрече с противником даже незначительных изменений установленного порядка сопряжено с большими трудностями, а, порой, невозможно.

Ограничения в использовании радиосредств на марше требует применения таких способов получения информации и связи, которые давали бы возможность осуществлять постоянное и целенаправленное воздействие на силы и средства медицинской службы и позволяли иметь чёткие представления о создавшейся обстановке.

С другой стороны, подразделения медицинской службы, находящиеся в колоннах, должны быть готовы к самостоятельным действиям в любых ситуациях, как в ходе совершения марша, так и при ведении встречного боя.

Встречный бой имеет целью разгром в короткие сроки наступающего противника, захват инициативы и создание выгодных условий для дальнейших действий.

В ходе Великой Отечественной войны встречные бои возникали как в её начале, при проведении встречных сражений (в районах Шяуляя, Гродно, Лоци), так и позже, при проведении наступательных и оборонительных операций.

Типичным примером может служить встречный бой, который вели танковые соединения в ходе сражения у Прохоровки (Курская битва, 12 июля 1943 г.).

Встречный бой относится к наступательным действиям и рассматривается как наступление на противника, который также стремится решить свои задачи наступлением.

Встречный бой может возникнуть при совершении марша **навстречу противнику**; при выдвижении войск для **отражения контратак резервов** противника в ходе наступления; **при вступлении в соприкосновение с противником**, выдвигающимся из глубины для занятия районов обороны, подвергшимся ядерным ударам и, наконец, при **нанесении контратак по противнику**, вклинившемуся в оборону и развивающему наступление.

Встречный бой характеризуется стремлением сторон нанести решительное поражение ещё до развёртывания и вступления в бой главных сил, быстрым сближением сторон, недостаточной ясностью обстановки, резкими её изменениями и скоростью боевых действий, напряжённой борьбой за выигрыш времени, захват и удержание инициативы; развёртыванием боевых действий на широком фронте, свободой маневра и, обычно, наличием открытых флангов, взаимным глубоким проникновением в боевые порядки сторон.

Эти обстоятельства определяют условия деятельности медицинской службы:

- невозможность детально изучить и знать обстановку, предшествующую встречному бою;
- вероятность появления значительных санитарных потерь в любом из элементов боевого порядка и возникающие в связи с этим трудности в определении районов развертывания медицинских пунктов ведут к необходимости заблаговременно распределить силы и средства медицинской службы по подразделениям полка.

В то же время подготовка медицинского обеспечения в ограниченные сроки, самое различное расположение и состояние мпб и мпп к моменту организации встречного боя в значительной мере затрудняют выполнение указанной задачи.

В связи с этим, начальник медицинской службы должен принять энергичные меры для их выдвижения в необходимые районы и создания группировки сил и средств медицинской службы, соответствующей характеру и замыслу встречного боя.

Резкие и частые изменения боевой и медицинской обстановки, трудности определения исхода встречного боя и другие обстоятельства заставляют;

во-первых, обратить особое внимание на организацию сбора раненых и пораженных в максимально короткие сроки;

во-вторых, развертывать медицинские пункты батальонов и полка в полном составе только после ввода в бой главных сил батальона или полка;

в-третьих, быть в постоянной готовности к быстрому выдвижению за войсками (при переходе к преследованию) или отходу (при неудачном исходе встречного боя);

в-четвёртых, иметь резерв сил и средств медицинской службы для выполнения внезапно возникающих задач.

В то же время наличие открытых флангов и угроза выхода отдельных подразделений противника в тыл наших войск определяют необходимость развёртывания этапов медицинской эвакуации вблизи места боя, под охраной боевых или тыловых подразделений.

Успех медицинского обеспечения встречного боя во многом зависит от степени осведомлённости медицинского начальника о создавшейся тактической и тыловой обстановке, своевременности принятия решения и сроков доведения задач до подчинённых.

Для этого он должен знать построение боевого (походного) порядка полка, задачи, поставленные основным боевым подразделением, вероятные рубежи их развёртывания, направление атаки, содержание ближайшей задачи и направление дальнейшего наступления, состав и порядок перемещения 2-го эшелона полка.

Также необходимы постоянные сведения о местонахождении медицинских пунктов батальонов и полка, их состояние, устойчивая связь с подчинёнными.

Это позволит своевременно и обоснованно создать группировку сил и средств медицинской службы, в наибольшей степени отвечающую замыслу боя, и оказывать постоянное влияние на ход медицинского обеспечения.

Силы и средства медицинской службы в боевом порядке должны быть распределены таким образом, чтобы они могли быстро выдвинуться, развернуться и в нужный момент приступить к оказанию раненым и пораженным необходимой медицинской помощи. Если одномоментное распределение сил и средств оказывается невозможным, то следует сначала усилить подразделения, которые в бой вступают первыми.

2. Медицинское обеспечение мсп (гп) на марше.

Работа начальника медицинской службы полка осуществляется в следующей последовательности.

Получив указания командира полка о совершении марша, он уясняет задачу медицинской службы, рассчитывает время, оценивает обстановку, принимает решение и ставит задачу исполнителям.

Если подготовка к маршу проводится в сжатые сроки, распоряжения подчинённым отдаются параллельно с принятием решения.

Оценив обстановку, начальник медицинской службы должен ориентировочно наметить рубежи и районы санитарных потерь, определить, в каких подразделениях они предполагаются наибольшими, каковы условия оказания медицинской помощи и эвакуации раненых, есть ли на пути выдвижения развёрнутые лечебные учреждения и возможность направления туда раненых и больных, чьим транспортом они будут доставляться. Он должен уяснить, где будут находиться на марше и в ходе боя силы и средства медицинской службы, тыловые подразделения полка, как организуются спасательные работы при использовании противником оружия массового поражения и т.д.

Источником сведений для уяснения задачи и оценки обстановки, помимо приказа (распоряжений) командира полка и указаний начальника медицинской службы дивизии, являются различные документы и информации, полученные в штабе полка и от подчинённых, а также в результате медицинской разведки.

Медицинская разведка—это изучение местности (территории) в медико-тактическом и санитарно-эпидемиологическом отношении.

Она осуществляется всеми звеньями медицинской службы. В полку вне угрозы соприкосновения с противником её проводят самостоятельно или совместно с рекогносцировочной группой полка.

В состав группы обычно включают врача или фельдшера, санитарного инструктора и водителя-санитара на санитарной машине.

Медицинская разведка имеет задачи:

- определение санитарно-эпидемического состояния маршрутов выдвижения, районов привалов, ночного и дневного отдыха, районов, куда должны выйти войска в результате совершения марша;
- возможность и вероятность воздействия неблагоприятных факторов на личный состав в этих районах;
- выявление медицинских учреждений, расположенных поблизости от маршрутов выдвижения;
- определение состояния дорог, по которым будет осуществляться в случае необходимости эвакуация раненых на марше;
- обследование предполагаемого места развёртывания мпп.

Разведка должна быть организована с таким расчетом, чтобы полученные сведения позволили провести неотложные мероприятия ещё до того момента, когда главные силы полка подойдут к обследуемым районам. Разведгруппа обозначает водоисточники с доброкачественной водой, очаги инфекционных заболеваний и т.д. сведения докладываются начальнику медицинской службы полка, а наиболее важные, затем и командованию для принятия необходимых мер.

Уяснив задачу и оценив обстановку, начальник медицинской службы **принимает решение** на медицинское обеспечение марша полка и одновременно ставит задачи подчиненным по подготовке к нему.

Эти подготовительные мероприятия заключаются в выявлении в подразделениях больных, не способных участвовать в марше, эвакуации раненых и больных из мпп в назначенные лечебные учреждения, доукомплектовании медицинских подразделений личным составом и пополнении их недостающим медицинским имуществом, получении средств усиления от старшего начальника и организации взаимодействия с другими службами полка, обеспечении личного состава полка индивидуальными медицинскими средствами профилактики и оказания первой медицинской помощи, проведении бесед о сбережении сил на марше и выполнении санитарно-гигиенических правил.

Главное внимание обращается на проведение в соответствие группировки сил и средств медицинской службы поставленным задачам. Для этого доукомплектованные и высвобожденные от раненых медицинские пункты приближаются к своим подразделениям и усиливаются медицинским составом, транспортом и имуществом.

В решении на медицинское обеспечение определяются:

- вероятные рубежи санитарных потерь;
- организация лечебно-эвакуационных мероприятий;
- организация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- организация мероприятий медицинской службы по защите войск и медицинских подразделений от ОМП;
- организация медицинского снабжения;
- организация управления и связи.

Опыт Великой Отечественной войны показал, что число заболевших на марше при совершении его на механизированных средствах зависит от условий проведения марша, его про-

тяженности, степени напряженности сил личного состава, санитарно-эпидемического состояния войск и полосы выдвижения, а также от объёма проведённых подготовительных мероприятий.

Важное значение при организации медицинского обеспечения полка на марше в предвидении встречного боя приобретает правильное распределение по колоннам штатных и приданных сил и средств медицинской службы. Особое внимание обращается на усиление медицинской службы подразделений походного охранения. В авангардный батальон выделяется врач с автоперевозочной и медицинским имуществом для оказания неотложных мероприятий первой врачебной помощи.

Походные заставы силой до роты могут усиливаться фельдшером и имуществом, позволяющим оказывать доврачебную помощь.

В головной дозор включается санитарный инструктор. Кроме того, подразделения походного охранения усиливаются средствами сбора и эвакуации раненых.

Батальону, выдвигающемуся во главе основных сил полка, придается санитарный транспорт. Мпб перемещается непосредственно за боевыми порядками своих батальонов, мпп - за одним из головных батальонов в готовности к обеспечению подразделений полка с началом боя.

Вместе с мпп следует выделенный в качестве усиления санитарный транспорт омедб. Последний может перемещаться и за главными силами дивизии. В случае возникновения в полку значительных санитарных потерь санитарный транспорт немедленно выдвигается к очагу потерь.

Лечебно-эвакуационные мероприятия.

Медицинская помощь раненым и больным организуется следующим образом.

В исходном районе **первая медицинская и доврачебная помощь** оказывается в подразделениях, **первая врачебная помощь** - на медицинских пунктах полков, которые будут выдвигаться в составе вторых эшелонов дивизии, или в вмп, развёрнутых распоряжением начальника медицинской службы дивизии. При возникновении массовых потерь развертываются мпп и омедб дивизии, готовящейся к совершению марша.

В ходе марша первая медицинская и доврачебная помощь раненым оказывается непосредственно в боевых (транспортных) машинах на ходу или во время коротких остановок.

Оказывается она в порядке само- и взаимопомощи, стрелками - санитарями, санитарными инструкторами боевых подразделений, а также личным составом мпб и мпп.

После оказания первой медицинской помощи раненых на приданом старшим медицинским начальником санитарном транспорте эвакуируют в развёрнутые в полосе выдвижения полка медицинские пункты или лечебные учреждения. При невозможности эвакуации, раненые следуют вместе с медицинскими подразделениями до передачи их на вмп.

Временные медицинские пункты развёртываются с таким расчетом, чтобы они были готовы к приёму раненых и больных к моменту подхода главных сил дивизии. Для этого они выдвигаются заблаговременно с авангардом или передовым отрядом.

Задача вмп—обеспечение возможности непрерывного движения мпп за своими полками и своевременного развертывания с началом боевых действий или в районе сосредоточения.

Вмп организуется за счет сил и средств омедб и включает врача, фельдшера, 1-2

санинструкторов или медсестёр, 1-2 санитаров и оснащение для оказания первой медицинской помощи.

Развёртываются вмп в непосредственной близости от маршрутов выдвижения дивизии через каждые 60-80км пути. Места их размещения заблаговременно сообщаются всем начальникам медицинской службы полков и отдельных батальонов. Для обозначения дороги, ведущей на вмп, выставляются хорошо заметные указатели.

Раненым и больным, доставленным на вмп, оказывают первую врачебную помощь, а затем специальным приданным для этих целей транспортом эвакуируют в лечебные учреждения.

Как только раненые будут эвакуированы, и колонны частей пройдут, вмп свертывается и присоединяется к тому подразделению, из которого он был выделен, или следует в другой район для нового развертывания.

При наличии на маршруте движения полка развернутых медицинских пунктов войск, в полосе которых совершается марш, вмп может не развертываться.

Связь начальника медицинской службы полка с подчиненными и начальником медицинской службы дивизии на марше поддерживается общевойсковыми средствами через штаб полка, выдвигными средствами связи, с помощью связных, а в подразделениях, кроме того, и сигналами.

Обычно начальник медицинской службы в ходе марша в предвидении встречного боя следует со штабом полка.

По прибытии полка в назначенный район медицинское обеспечение организуется в зависимости от складывающейся обстановки. Здесь могут частично развертываться силы и средства медицинской службы, если войска не вступают в бой и ведут подготовку к предстоящим боевым действиям, или осуществляться как при обеспечении встречного боя, начавшегося непосредственно из положения марша.

Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия.

Значение проведения этих мероприятий приобретает в связи с непрерывным изменением районов нахождения подразделений полка и повышенными возможностями контакта личного состава с инфекционными очагами по пути следования, снижением общих санитарно-гигиенических условий питания, водоснабжения, размещения.

Предупреждение эпидемических заболеваний достигается:

- медицинской разведкой состояния маршрутов выдвижения, районов привалов, дневного и ночного отдыха;
- профилактической иммунизацией личного состава против наиболее угрожающих эпидемических заболеваний;
- систематическим выявлением лиц, страдающих хроническими формами инфекционных заболеваний;
- борьбой с переносчиками инфекций, своевременной информацией командования и вышестоящего медицинского начальника об обнаружении заболеваний, принятых мерах и необходимой помощи.

Эти мероприятия проводятся как в подготовительный период, так и в ходе марша. Объем их будет зависеть от условий, в которых проходит марш, а также от наличия времени, отведенного на подготовку марша.

При сжатых сроках будут осуществляться только наиболее важные и требующие небольших временных затрат мероприятия.

В первую очередь это раннее выявление заболевших и их своевременная изоляция. Инфекционные больные из войск направляются в инфекционный госпиталь (больницу) или в вмп (при значительном удалении от госпиталя).

Населенные пункты, в которых имеются или имелись случаи заболеваний ООИ, а также районы, где наблюдались эти заболевания, под размещение личного состава не отводятся и обязательно изолируются.

При необходимости следования через районы принимаются меры к максимальному ограничению контактов с местным населением, а в подготовительный период проводятся прививки против чумы или холеры, а также сан-просвет работа.

Санитарно-гигиенические мероприятия проводятся в любой обстановке и включают:

- медицинский контроль за физическим состоянием личного состава, его питанием и водоснабжением, санитарным состоянием территории по маршруту движения войск;
- предупреждение воздействия неблагоприятных погодных условий;
- повышение общего санитарно-гигиенического уровня личного состава и т.д.

Осуществляя контроль за физическим состоянием личного состава, медицинский состав в подготовительный период проверяет правильность подгонки обуви, обмундирования и снаряжения, наличие в вещевых мешках второй пары портянок и умение правильно их наворачивать.

При совершении длительного марша на транспортных автомашинах рекомендуется иметь запасных водителей. Проверять размещение личного состава на автомашинах, оборудовать сиденья мягким подстилочным материалом (плащ-палатки, сено, солома укрытые брезентом).

Длительные перевозки людей вызывают их укачивание и значительное утомление. Длительное пребывание в малоподвижном положении ведёт к застою крови в венах нижних конечностей, ограничение движения грудной клетки ведёт к уменьшению объёма вдыхаемого и выдыхаемого воздуха. Поэтому во время привалов медицинская служба должна настойчиво проводить в жизнь активный отдых (быстрая ходьба или пробежка).

В жаркое время принимаются меры по предупреждению перегревов и тепловых ударов в ходе марша. Для этого транспортные машины должны быть оборудованы тентами, а боевых машинах - достаточной вентиляцией. Для защиты личного состава от пыли необходимо строго соблюдать установленные дистанции.

В зимнее время особое внимание следует обращать на профилактику озноблений и обморожений.

Обувь не должна быть тесной и мокрой, личный состав обеспечивается теплой одеждой, пол машин утепляется подстилочным материалом. На коротких остановках производится физическая разминка и изменение положения личного состава на транспорте, на привалах обязательно разворачивание пунктов обогрева.

Важное значение приобретает организация питания личного состава, особенно водителей.

При медицинском контроле обращается внимание на доброкачественность продуктов. Как правило, на марше пища будет выдаваться 2раза в сутки. Продукты распределяются сле-

дующим образом: 50-60% на прием пищи перед маршем, 50-40% перед отдыхом. Прием пищи следует организовать так, чтобы личный состав мог отдохнуть после еды до возобновления движения.

Осуществляя контроль за водоснабжением, медицинская служба должна следить за тем, чтобы войска пользовались только доброкачественной водой. Для этого в подготовительный период проверяют наличие у личного состава фляг и индивидуальных средств обеззараживания воды. Приказами запрещается употребление воды из непроверенных источников.

Мероприятия медицинской службы по защите личного состава от оружия массового поражения проводятся в подготовительный период: личный состав обеспечивается средствами профилактики и оказания медицинской помощи при поражении современными боевыми средствами. С личным составом проводят практические занятия по правилам пользования этими средствами и оказания первой медицинской помощи на поле боя, а с офицерами - дополнительно по организации первой медицинской помощи в подразделениях в наступлении.

3. Медицинское обеспечение мсп (тп) во встречном бою.

Наиболее трудной является организация медицинского обеспечения встречного боя, возникшего в ходе марша.

Это связано не только со сложностью тактической обстановки, но и отсутствием войск, находящихся в непосредственном соприкосновении с противником, а, следовательно, и отсутствием развернутых медицинских пунктов, которые можно было бы использовать в интереса полка.

В этих условиях начало встречного боя может быть обеспечено только за счет медицинской службы самого полка и приданных ему сил и средств усиления.

Для оказания медицинской помощи раненым, последующей эвакуации их силы и средства медицинской службы заблаговременно распределяются по элементам походного (боевого) порядка.

В головной дозор направляется санитарный инструктор, в головную походную заставу силой до роты - фельдшер с необходимым имуществом, в авангардный батальон - врач на автоперевязочной. Авангарду придается санитарный автомобиль мпп и 1-2 санитарных транспортера.

Медицинские пункты батальонов первого эшелона усиливаются транспортом полка. Средства усиления начальника медицинской службы дивизии и резерв начальника медицинской службы полка (часть отделения сбора и эвакуации раненых, медицинское имущество и т.д.) находятся при мпп.

В ходе сближения с противником медицинские пункты батальонов и полка выдвигаются за главными силами.

Раненые находятся в боевых машинах до тех пор, пока не представится возможность передать их на средства сбора и эвакуации при развертывании полка в батальонные (ротные) колонны, а также на рубежах спешивания войск.

При завязке боя и в ходе его, раненые из состава головной походной заставы (ГПЗ) после оказания им первой медицинской помощи (в порядке само- и взаимопомощи) остаются в боевых машинах (при успешном бое).

При переходе к сдерживающим действиям их высаживают из машин и собирают в ук-

рупненные гнезда.

Организатором розыска, сбора, вывоза и выноса, а также оказания первой медицинской помощи становится фельдшер, выделенный в ГПЗ, или начальник медицинского пункта авангардного батальона, если фельдшер в ГПЗ не выделялся.

Раненые в гнездах находятся до подхода авангардного батальона, а в случае вынужденного отхода их забирают с собой. Фельдшер при завязке боя находится в машине командира ГПЗ, а при формировании гнезд раненых может работать на санитарном транспорте. В этом случае он не только организует сбор раненых на поле боя, но и оказывает им доврачебную помощь. После завязки боя авангардом разворачивается его медицинский пункт, здесь же начинает свою работу на автоперевязочной и врач мпп, выделенный в качестве усиления.

Место разворачивания выбирают с учетом обеспечения своевременного поступления раненых из головной походной заставы и подразделений авангарда, максимального использования маскировочных свойств местности и имеющихся укрытий.

Мпп разворачивается с вводом в бой главных сил полка. Местом его разворачивания может стать район автоперевязочной.

На мпп оказывается первая врачебная помощь, при неблагоприятно складывающейся обстановке она может сокращаться до проведения неотложных мероприятий.

До разворачивания омедб раненые остаются на мпп, при его перемещении перевозятся на санитарном транспорте, а также на транспорте общего назначения, выделенном командиром полка. Во всех случаях основные усилия медицинской службы сосредотачиваются на первоочередном обеспечении авангарда и главных сил полка.

Мпб и мпп останавливаются на маршрутах движения, а с разворачиванием главных сил полка для встречного боя выходят в назначенный район и обеспечивают боевые действия подразделений.

Мпп обычно разворачивается за боевыми порядками подразделений 1 эшелона, действующих на направлении главного удара полка.

При наличии в полосе наступления мпп, развернутых в ходе предыдущих боевых действий, мпп полка, вступившего во встречный бой, может не разворачиваться. Раненые по решению начальника медицинской службы дивизии в этом случае будут направляться на развернутые медицинские пункты.

Дальнейшее перемещение медицинских подразделений осуществляется с учетом конкретной обстановки. В любых условиях они должны быть готовы к быстрому выдвигению вслед за обеспечиваемыми подразделениями.

Во встречном бою, возникающем в ходе контратаки, раненых эвакуируют на мпп и в омедб частей, в полосе которых наносится контратака.

В случае успешного развития встречного боя при любом варианте его возникновения, медицинские пункты батальонов и полка продвигаются за своими подразделениями и разворачиваются на последующих рубежах как при медицинском обеспечении наступательного боя. При переходе войск к обороне, медицинское обеспечение их строится в соответствии с принципами медицинского обеспечения оборонительного боя.

Ликвидация последствий применения противником оружия массового поражения во встречном бою осуществляется на общих основаниях. Сбор и эвакуация раненых из очагов массовых санитарных потерь в связи с угрозой выхода противника в этот район должны проводиться в возможно сжатые сроки. Оказание медицинской помощи осуществляется в основном, в порядке само и взаимопомощи. Эвакуация всеми имеющимися видами транспорта на развернутые медицинские пункты, омедб (омо).