

**Тема №12: “Организация медицинского обеспечения
Мотострелкового (танкового) полка в обороне ”**

1. Условия деятельности медицинской службы в оборонительном бою.

Условия деятельности медицинской службы полка в обороне в значительной степени определяются тем, как осуществляется подготовка и организация обороны.

Сжатые сроки, отводимые при этом для организации обороны в условиях непосредственного соприкосновения с противником, создают большие трудности в подготовке медицинской службы и работе в предстоящем оборонительном бою.

Очевидно, что **при заблаговременной подготовке** к обороне создаются более благоприятные условия и для подготовки медицинской службы к обеспечению предстоящих боевых действий.

Современный оборонительный бой характеризуется напряженностью и большой динамичностью, решительностью целей, которые преследуют наступающие и обороняющие войска, возможностью применения ядерного оружия, оружия массового поражения, широкого маневра войсками и огнем.

В ходе боя войска могут совершать перегруппировки и проводить контратаки. Большая напряженность оборонительного боя обуславливает возможность значительных санитарных потерь. В ходе оборонительного боя полка его подразделения должны быть готовы к самостоятельным боевым действиям в отрыве от главных сил, а нередко и в окружении, что потребует усиления медицинскими силами и средствами.

Мотострелковому (танковому) батальону назначается район, а полку - участок обороны. В зависимости от боевого порядка войск, их состава, характера местности, а также в соответствии с требованиями и рассредоточенностью подразделений в целях уменьшения их уязвимости от огневого поражения противника на Западном театре военных действий (ТВД), ширина участка обороны полка 10-15 км, а района обороны батальона - до 5 км. Глубина обороны должна обеспечивать нарастающее противодействие противнику, взаимосвязь между эшелонами боевого порядка, свободу маневра войск, особенно вторых эшелонов и резервов, рассредоточение подразделений. Глубина обороны полка - 12 км., батальона - 3 км. Размещение сил и средств медицинской службы на такой большой площади затрудняет организацию медицинского обеспечения войск, особенно проведение маневра и управление подразделениями медицинской службы.

Из указанных особенностей оборонительного боя следует, что медицинская служба должна надежно укрывать свои подразделения от воздействия огня противника, содержать их в готовности к осуществлению быстрого маневра, а также в условиях заражения атмосферы и местности РВ, ОВ и БС.

Вместе с тем, надо иметь достаточно сил и средств для проведения лечебно-эвакуационных мероприятий в условиях значительных санитарных потерь и резко меняющейся обстановки. Важно заблаговременно предусматривать мероприятия по медицинскому обеспечению подразделений ведущих бой в окружении.

Наступающий противник может вклиниться в оборону и заставить на данном направлении отойти обороняющиеся войска. При отходе с занимаемого рубежа может возникнуть необходимость в осуществлении чрезвычайных мероприятий по эвакуации раненых, проводимых с помощью командования, использование для эвакуации боевой техники, вынос раненых личным составом отходящих подразделений.

Значительные размеры участка обороны полка и возможность вклинения противника определяют

необходимость развертывания **мпп** в обороне в стороне от вероятного направления главного удара противника, в трудно доступных для танков районах и на большом удалении от линии фронта, чем, например, в исходном положении для наступления. Учитывая, что в ходе боя может возникнуть необходимость перемещения медицинских пунктов в тыл, следует заранее выбирать (как правило, за последующим оборонительным рубежом) и оборудовать запасные площадки.

При длительном пребывании войск в обороне возникает опасность ухудшения санитарно-гигиенического и эпидемического состояния занимаемой ими территории и оборонительных сооружений. Поэтому в обороне медицинская служба наряду с лечебно-эвакуационными мероприятиями должна уделять большое внимание проведению **санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий**.

В ходе оборонительного боя в результате ударов, нанесенных по противнику, могут создаваться благоприятные условия для перехода обороняющихся войск в наступление.

Медицинская служба должна учитывать такую возможность и быть готовой к медицинскому обеспечению полка в наступлении.

Опыт Великой отечественной войны показывает, что санитарные потери обороняющегося полка отличались большой неравномерностью. Как правило, они резко возрастали в результате наступления противника и при контратаке наших войск. В те же дни, когда активных боевых действий не было, часть несла небольшие санитарные потери. В среднем санитарные потери за день оборонительного боя в период Великой отечественной войны составляли в полку 6-10% к его личному составу. В современном оборонительном бою, в котором применяются только **обычные средства поражения**, санитарные потери могут возрасти и составить в полку 10-15%.

Величина санитарных потерь обороняющихся войск от **ядерного оружия** может колебаться в широких пределах, в зависимости от числа примененных противником ядерных боеприпасов, их мощности, вида взрыва, характера боевой длительности обороняющихся войск, инженерного оборудования обороны. Имеющиеся в настоящее время данные позволяют считать, что за день обороны противником ядерных боеприпасов санитарные потери могут составить от 4 до 25% численности его личного состава.

Санитарные потери от **химического оружия и токсинов** могут достигать за день боя 5-8% численности полка. В целом за день оборонительного боя, в ходе которого противник применяет как обычное оружие, так и средства массового поражения, санитарные потери могут составить 15-28% общей численности ее личного состава (3-4% от обычного оружия, 7-19% от ядерного оружия, 5-8% - химического оружия и токсинов, 0,1%- больные).

II. Организация медицинского обеспечения полка в оборонительном бою.

Организация медицинского обеспечения полка, обороняющегося в первом эшелоне, должна соответствовать задачам, поставленным войскам, организации обороны и характеру предстоящего боя.

В период организации обороны медицинская служба проводит все необходимые мероприятия по подготовке к медицинскому обеспечению предстоящих боевых действий.

Санитарный инструктор роты тщательно обследует местность, обороняющую ротой, ставит задачи стрелкам-санитарам и обозначает пути вывоза (выноса) раненых, выбирает возможные места подхода санитарного транспорта, проверяет у личного состава роты индивидуальные средства медицинской защиты, а при необходимости обучает личный состав правилам оказания первой медицинской помощи при боевых поражениях. В предвидении возможного перерыва в выносе раненых при огневой изоляции роты, прорыва отдельных групп противника в тыл и т.д., санитарный инструктор организует ротный медицинский пост

(РМП). Он представляет собой укрытие, в котором временно могут задерживаться раненые. РМП оборудуется по возможности вблизи наблюдательного пункта командира роты с учетом обеспечения скрытого выноса. Здесь создаются запасы средств оказания первой медицинской помощи, подстилочного материала и воды.

Фельдшер батальона при организации обороны проводит медицинскую разведку, в ходе которой определяет место (места) для поста санитарного транспорта (ПСТ), намечает пути вывоза (выноса) раненых из рот к ПСТ или в мпб, выбирает основное и запасное место развертывания мпб, оценивает эпидемическое состояние района обороны и санитарно-гигиенические условия размещения личного состава. Мпб необходимо развернуть в укрытиях в глубине батального района обороны на удалении до 3 км от переднего края. Оборудование укрытия для мпб включается командиром батальона в перечень инженерных работ первой очереди. Для сокращения расстояния выноса раненых из подразделений следует выдвигать вперед ПСТ. Санитарные инструкторы, а также личный состав подразделений сбора к эвакуации раненых, выделенный в батальон, должны тщательно изучить пути, по которым может осуществляться вывоз раненых, места расположения РМП, мпб и ПСТ.

Начальник медицинской службы полка в подготовительный период проводит всестороннюю подготовку медицинской службы и принимает решение на организацию медицинского обеспечения полка в предстоящем оборонительном бою, которое наилучшим образом содействовало бы решению полком его боевой задачи.

Мероприятия подготовленного периода во многом способствуют успеху работы в ходе боя, поэтому начальник службы должен провести их четко и организованно. Это тем более важно, что продолжительность этого периода в современной войне будет очень невелика.

В подготовительный период к оборонительному бою медицинская служба полка должна провести следующие мероприятия:

- выявить в подразделениях больных и эвакуировать всех раненых и больных, не способных к бою, состоящих на лечении в медицинских пунктах;
- восполнить некомплект личного состава медицинской службы медицинским имуществом и санитарного транспорта;
- проверить обеспеченность личного состава индивидуальными средствами защиты и оказания первой медицинской помощи, умение ими правильно пользоваться;
- провести определяемые обстановкой санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, направленные на укрепление здоровья и предупреждение заболеваний личного состава;
- получить средства усиления, выделяемые начальником медицинской службы дивизии и командованием;
- создать резерв сил и средств медицинской службы;
- провести мероприятия по защите войск и подразделений медицинской службы от оружия массового поражения.

Одновременно с указанными выше подготовительными мероприятиями, начальник медицинской службы полка, действуя по известной и общей для всех видов боя схеме, начинает готовить решение на медицинское обеспечение предстоящего оборонительного боя, для чего он должен:

- уяснить задачи медицинской службы полка;
- провести расчет времени;

- отдать необходимые предварительные распоряжения;
- оценить обстановку;
- организовать медицинскую разведку;
- согласовать вопросы с начальниками других служб;
- ознакомиться с решением командира полка на организацию боя;

Мпп первого эшелона развертывается в укрытиях в глубине участка обороны за вторым эшелоном боевого порядка полка на удалении до 12 км от переднего края обороны с учетом защитных и маскирующих свойств местности. Одновременно готовится и оборудуется запасная площадка.

При переходе к обороне вне соприкосновения с противником перед участком обороны полка первого эшелона подготавливается дивизией полоса обеспечения глубиной 20-40 км. Она создается с целью задержать наступление противника, заставить развернуться и наступать в невыгодном для него направлении, а также для того, чтобы выиграть время при подготовке обороны. Полоса обеспечения обороняется обычно передовыми отрядами в составе усиленного мсб (тб), а иногда и полка, выделяемого из второго эшелона. Особенностью боевых действий передового отряда являются:

- сочетание боя на подготовленных позициях с отходом в тыл;
- боевые действия на широком фронте и на значительном удалении от главных сил;
- наличие открытых флангов.

Указанные особенности требуют прежде всего четкой организации своевременного выноса раненых с поля боя и их эвакуации а тыл.

В необходимых случаях, особенно при отсутствии полосы обеспечения, на удалении 6-8 км от переднего края обороны может создаваться передовая позиция, которая обороняется мотострелковыми и танковыми подразделениями из состава полка. На участке, где передовая позиция не создается, от батальонов первого эшелона полка на удалении до 2 км от переднего края высылается боевое охранение. Медицинское обеспечение подразделений, обороняющий полосу обеспечения и передовую позицию, осуществляется силами и средствами медицинской службы этих подразделений. Его организует начальник медицинской службы полка, в состав которых они входят.

Мпп второго эшелона дивизии развертывается или находится в готовности к развертыванию за боевыми порядками своего полка с учетом возможных направлений контратак.

При создании группировки сил и средств медицинской службы для оборонительного боя местоположение ранее развернутого мпп, как и некоторых мпб, может не соответствовать новому боевому порядку и построению участка обороны полка. В этих случаях начальник медицинской службы полка указывает для них новые районы развертывания.

Готовность медицинских пунктов устанавливается в соответствии со сроками готовности войск (готовности системы огня), а если занятие обороны производится со сменой другой части - временем занятия войсками обороны (окончания смены войск).

Силы и средства медицинской службы, находящиеся в распоряжении начальника медицинской службы полка, распределяются с учетом задач, выполняемых подразделениями в системе обороны полка.

Начальник медицинской службы полка может усиливать медицинскую службу подразделений средствами сбора и эвакуации раненых. Санитарные автомобили мпп, предназначенные для эвакуации раненых и больных из подразделений, целесообразно до начала боя сосредоточить при мпп.

Резерв начальника медицинской службы полка (санитарные автомобили, часть подразделения сбора

и эвакуации раненых, часть запасов медицинского имущества и т.д.) к началу боя следует приближать к районам обороны батальонов. Наиболее целесообразно этот резерв содержать при мпп.

В период организации обороны медицинская служба должна предусмотреть проведение ряда мероприятий на случай возникновения массовых санитарных потерь. К их числу следует отнести:

- выделение личного состава и транспорта для участия в лечебно-эвакуационных мероприятиях в очагах;
- создание резерва медицинского имущества для обеспечения подразделений, участвующих в ликвидации последствий применения противником ОМП и спасательных работах;
- подготовку этапов медицинской эвакуации к приему в короткое время большого числа раненых и пораженных;
- проведение мероприятий по защите сил и средств медицинской службы от поражающих факторов ОМП.

До начала наступления противника медицинская помощь на мпп оказывается в полном объеме, поскольку санитарные потери войск в этот период будут небольшими.

Содержание санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий определяется санитарно-эпидемической обстановкой в войсках и в районе их действий, климатическими условиями и временем года.

В условиях обороны повышается значение санитарного надзора за питанием, водоснабжением, размещением войск и состоянием оборонительных сооружений. Если позволяет время организуется санитарная обработка подразделений, контролируется выдача белья, обработанного инсектицидами. В зимнее время обязательно проверяется обеспеченность теплым бельем, подгонка обмундирования и обуви, знания личным составом правил профилактики обморожений. В условиях неблагоприятной санитарно-эпидемиологической обстановки, по указанию старшего медицинского начальника, может быть проведена внеочередная иммунизация. Целесообразно проведение санитарной просветительной работы в подразделениях, с отражением в беседах требования профилактики, определяемых конкретной санитарно-эпидемиологической обстановкой.

В период подготовки обороны осуществляется пополнение подразделений медицинской службы личным составом, имуществом и транспортом, при наличии времени проводится военно-медицинская подготовка войск, боевая и специальная подготовка личного состава медицинской службы.

III. Медицинское обеспечение полка в ходе оборонительного боя

В ходе оборонительного боя первостепенное значение приобретает организация быстрейшего выноса и вывоза раненых с поля боя, оказание им первой медицинской помощи и эвакуации в тыл.

Объем медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации, находящихся на направлении главного удара противника, с началом его наступления обычно сокращается и ограничивается проведением неотложных мероприятий. Медицинские пункты должны быть в постоянной готовности к перемещению в новые районы.

В случае вклинения противника в оборону наших войск принимаются меры к тому, чтобы обеспечить вывоз (вынос) всех раненых с поля боя, для чего используются силы и средства, имеющиеся в распоряжении начальника медицинской службы полка, а также командования, вплоть до привлечения для этой цели личного состава и боевой техники отходящих подразделений.

Начальник медицинской службы полка должен принимать активное участие в организации и проведении мероприятий по ликвидации последствий применения противником ОМП, учитывая при этом следующие основные положения:

- при угрозе выхода противника в район обороны полка необходимо проводить лишь те мероприятия первой медицинской помощи, без выполнения которых невозможна эвакуация пораженных до мпб или мпп;
- спасательные работы следует начинать с тех участков района поражения, которым в наибольшей степени угрожает захват войсками противника;
- потребность в транспорте должна определяться из расчета эвакуации всех пораженных из очага в один рейс.

Мпп, принимающие пораженных из очагов массовых санитарных потерь, во многих случаях будут вынуждены осуществлять так называемую “транзитную” эвакуацию в омедб (омо). Непременным условием, позволяющим успешно осуществлять такую эвакуацию, является тщательная медицинская сортировка пораженных, проводимая врачом непосредственно в автомобилях.

При этом выявляются:

- пораженные, которые могут погибнуть при их эвакуации на следующий этап без оказания медицинской помощи на мпп;
- пораженные, нуждающиеся в несложных медицинских мероприятиях, которые можно осуществить непосредственно на доставившем их транспорте.

При вынужденном перемещении мпп непрерывность в оказании медицинской помощи раненым обеспечивается проведением различных видов маневра. В частности, при необходимости перемещения мпп раненые из ротных опорных пунктов или с ПСТ направляются непосредственно в мпп, для усиления эвакуации из батальонов дополнительно выделяется санитарный транспорт. При перемещении мпп на запасные площадки, распоряжением начальника медицинской службы дивизии, эвакуация раненых может переключаться на мпп других частей дивизии или непосредственно в омедб (омо).

Мпп перемещается, как правило, за следующий оборонительный рубеж, по возможности в районы ранее намеченных запасных площадок. Их перемещение в тыл может проводиться только с разрешения командира полка. Лишь в крайнем случае, например, при выходе противника в район размещения мпп или при сильном огневом воздействии противника, когда отсутствует возможность доложить командиру об обстановке, перемещение мпп может осуществляться решением начальника службы или начальника медицинского пункта, с последующим немедленным докладом командиру полка и старшему медицинскому начальнику. При организации и проведении контратаки подразделения, участвующие в ней, должны быть усилены средствами сбора и эвакуации.

При вклинении противника в оборону подразделения могут оказаться изолированными от главных сил и вести бой в окружении.

При нахождении в окружении, мпб, мпп целесообразно размещать в центре боевых порядков батальонов (полка). Этим достигается меньшая поражаемость их огнем противника и облегчает бесперебойное медицинское обеспечение подразделений. Емкость медицинских пунктов, развернутых в окружении, увеличивается с таким расчетом, чтобы обеспечить размещение всех раненых и больных при невозможности эвакуации. Учитывая возможность внезапного прорыва и выхода войск из окружения, все раненые и больные заранее распределяются и размещаются по группам в зависимости от способа их эвакуации.

В связи с временным прекращением эвакуации раненых и больных из окруженных войск предусматривается расширение объема медицинской помощи на медицинских пунктах и соответствующее их усиление. Так, например, если в окружении оказался лишь мпп, а омедб (омо) находятся за внешним кольцом окружения, в мпп стараются направить часть хирургов омедб (омо) с медицинским имуществом, необходимым для проведения на базе медпункта неотложных мероприятий квалифицированной медицинской помощи. Если территория, занимаемая окруженными войсками, достаточно велика и для эвакуации раненых предполагается использовать авиацию, вблизи района развертывания мпп оборудуется взлетно-посадочная полоса для самолетов или вертолетная площадка.

При выходе из окружения войска ведут напряженные бои и могут нести значительные санитарные потери. Наибольшие санитарные потери следует ожидать в подразделениях, осуществляющих прорыв фронта окружения, что обуславливает необходимость выделения соответствующих сил и средств медицинской

службы. Вместе с тем, необходимо предусмотреть медицинское обеспечение подразделений, прикрывающих выход главных сил из окружения, заслонов и резервов.

При выходе из окружения главной задачей медицинской службы является вывоз раненых и больных из кольца окружения и организованный отход сил и средств медицинской службы в назначенный район. Время подготовки войск к прорыву и выходу из окружения должно быть использовано для того, чтобы к началу прорыва тяжело раненые были погружены на транспорт. Важно заблаговременно доложить командиру подразделения (части) о необходимости выделения недостающего транспорта. При отсутствии в достаточном количестве эвакуационных средств, легко раненые подготавливаются для следования пешком. Все средства медицинской службы, не принимающие непосредственного участия в медицинском обеспечении войск, сосредотачивают на направлении выхода из окружения главных сил и включают в состав самостоятельной колонны. Совместно с мпб (мпп) следует также охрана транспорта с ранеными. При прорыве фронта окружения медицинские пункты, как правило, не разворачиваются, следуя за войсками, оказывая медицинскую помощь "с ходу" и обеспечивая вывоз раненых и больных из окружения на имеющихся транспортных средствах.

В случае смены обороняющегося полка, организация медицинского обеспечения строится с учетом создания наиболее благоприятных условий для работы медицинской службы части, вновь занимающей оборону. Для медицинской службы полка, занимающей оборону во втором эшелоне дивизии, создаются более благоприятные условия для проведения всех подготовительных мероприятий. Он предназначен, главным образом, для нанесения контратаки с целью решительного разгрома вклинившейся в оборону группировки противника, восстановления нарушенной системы обороны и создания условий для последующего перехода войск дивизии в наступление, а также для усиления (замены) полков первого эшелона в случае потери ими боеспособности. Начальник медицинской службы полка второго эшелона должен знать обстановку в районе действия полка первого эшелона, иметь постоянную связь с их начальником медицинской службы. Особенно тщательно должна изучаться обстановка на вероятных направлениях предстоящих боевых действий полка первого эшелона.

Медицинское обеспечение полка второго эшелона, наносящего контратаку, организуется также, как во встречном бою. При планировании ее медицинского обеспечения начальник медицинской службы уточняет место развертывания мпп и порядок эвакуации раненых и больных в соответствии с рубежами развертывания и направлениями действий подразделений. Для своевременного развертывания мпп на вероятных направлениях контратаки заблаговременно выбираются и по возможности подготавливаются площадки для его развертывания.

В ряде случаев полк второго эшелона (общевойсковой резерв) будет занимать и прочно удерживать рубеж в глубине обороны, чтобы не допустить дальнейшего развития наступления противника. В этом случае его медицинское обеспечение организуется также, как и полка первого эшелона.

1У. Управление в обороне

В ходе боевых действий управление подчиненными силами и средствами со стороны начальника медицинской службы должно быть направлено на своевременную реализацию всех мероприятий, предусмотренных планом медицинского обеспечения войск. При этом следует иметь в виду, что маневренный характер боевых действий в обороне, резкие изменения обстановки, одномоментное появление массовых санитарных потерь могут приводить к несоответствию ранее установленного порядка медицинского обеспечения войск, вновь возникшими перед медицинской службой задачами в ходе боевых действий. Поэтому в организацию медицинского обеспечения войск необходимо постоянно вносить уточнения в соответствии с меняющейся обстановкой. С этой целью начальник медицинской службы должен активно собирать информацию о складывающейся обстановке и после ее анализа вносить, если это требуется, соответствующие корректировки в ранее принятый план медицинского обеспечения оборонительного боя.

Анализируемая в ходе боя оперативно-тактическая, тыловая и медицинская обстановка должна содержать сведения, позволяющие сделать следующие выводы:

- о степени выполнения своими войсками поставленной перед ними задачи на оборону;
- о возможном характере боевых действий в ближайшее время;
- об условиях деятельности медицинской службы и стоящих перед ней задачах в сложившейся

обстановке;

- о характере (величине и структуре) санитарных потерь в данный момент, загруженности ранеными и больными этапов медицинской эвакуации и организации лечебно-эвакуационных мероприятий;
- о соответствии группировки сил и средств медицинской службы в создавшейся обстановке и о маневре ими в ходе оборонительного боя;
- о необходимости маневра объемом и видами медицинской помощи;
- о нуждаемости в помощи со стороны командования и вышестоящего начальника мед. службы.

В результате оценки начальником медицинской службы обстановки, в ходе боя может возникнуть необходимость корректировки ранее принятого плана медицинского обеспечения. Принимаемые при этом решения чаще всего затрагивают следующие вопросы:

- уточнение задач медицинской службы в сложившейся обстановке;
- объем медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации;
- уточнения в организации вывоза раненых с поля боя и очагов массовых санитарных потерь;
- необходимость усиления медицинской службы средствами сбора и эвакуации;
- использование резерва сил и средств медицинской службы;
- конкретизация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- проведение мероприятий по защите медицинских пунктов и подразделений полка от ОМП;
- уточнение порядка обеспечения медицинским имуществом;
- управление и связь в ходе боя.

В соответствии с принимаемыми в ходе наступления решениями начальник медицинской службы отдает подчиненным краткие распоряжения и контролирует их выполнение.