

Государственный медицинский университет г.
Семей

Военная кафедра

Организация и тактика медицинской службы

Тема № 10

***Организация медицинского
обеспечения мотострелковой
(танковой, механизированной)
бригады в обороне***

Условия деятельности медицинской службы в оборонительном бою и их влияние на организацию медицинского обеспечения бригады

- ***Современный оборонительный бой*** характеризуется глубоким эшелонированием обороняющихся войск и рассредоточенным расположением их на местности, высокой маневренностью, напряженностью, скоротечностью и динамичностью боевых действий, возможностью применения ядерного и других видов оружия массового поражения. В ходе боя войска могут совершать перегруппировки и проводить контратаки и контрудары. Большая напряженность оборонительного боя обуславливает возможность значительных санитарных потерь л/с.

- Батальону назначается район, бригаде – участок, а соединению – полоса обороны. Ширина полосы обороны соединения может составлять 30-45 км, бригады – 10-15 км, а района обороны батальона – до 5 км. Глубина обороны соединения может достигать 20-25 км, бригады – 12 км, батальона – 3 км.
- 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.
- При длительном пребывании войск в обороне возникает опасность ухудшения санитарно-гигиенического и эпидемического состояния занимаемой ими местности и оборонительных сооружений. Поэтому уделяется большое внимание проведению сан-гиг. и п/эпид. мероприятий.

- На организацию медицинского обеспечения в оборонительном бою существенное влияние оказывают способы перехода к обороне. Как известно, войска могут переходить к обороне заблаговременно или в ходе боя. Чаще всего переход к обороне будет осуществляться в непосредственном соприкосновении с противником в ходе наступления или при неудачном исходе встречного боя. В этих условиях медицинская служба должна будет в короткие сроки и под огневым воздействием противника осуществлять перегруппировку своих сил и средств в новые районы. При этом должна быть проведена одномоментная эвакуация всех раненых и больных, находящихся на этапе медицинской эвакуации, и обеспечена непрерывность в проведении лечебно-эвакуационных мероприятий в подразделениях части, ведущих боевые действия.
- Развертывание этапов мед. эвакуации в обороне будет проводиться на большем удалении от переднего края, чем при наступлении.

- В среднем санитарные потери за день оборонительного боя в период ВОВ составляли в полку 6-10% к его личному составу, а в дивизии – 3-4%. В современном оборонительном бою, в котором применяются только обычные виды оружия, санитарные потери могут возрасти и составить в бригаде – 10-15%, в соединении – 4-6% численности л/с.
- Санитарные потери от химического оружия и токсинов могут достигать за день боя 5-8% соединения.
- Санитарные потери от ядерного оружия могут быть: если полоса обороны не оборудована в инженерном отношении – 14-19%, если оборудована в течение 1 суток – 5-15%, если оборудована в течение 2 суток – 4-10% от численности л/с. Величина СП может колебаться в широких пределах в зависимости от числа примененных противником ядерных б/п, их мощности, вида взрыва, характера боевой деятельности, инженерного оборудования обороны. В среднем СП – 4-25% от л/с.

■ Наибольшая эффективность оказания медицинской помощи в войсковом звене достигается при выполнении следующих условий:

- первая помощь должна оказываться на поле боя санинструктором, самим пострадавшим или его сослуживцем в течение 30 мин с момента ранения;
- доврачебная помощь должна оказываться фельдшером в МПБ в течение 1-1,5 часов с момента ранения;
- первая врачебная помощь оказывается врачами общей практики в медицинской роте бригады в течение 4-5 часов с момента ранения;
- квалифицированная медицинская помощь должна оказываться врачами-специалистами МОСН или ОМО в течение 8-12 часов с момента ранения.

Мероприятия, проводимые медицинской службой при подготовке к обороне

- **Санинструктор роты** тщательно обследует местность, ставит задачи стрелкам-санитарам, намечает и обозначает пути вывоза (выноса) раненых, выбирает возможные места подхода сан.транспортеров (сан. автомобилей).
- Санинструктор проверяет наличие у л/с роты индивидуальных средств оказания первой медицинской помощи, обучает л/с правилам оказания I медицинской помощи при боевых поражениях.
- Санинструктор организует ротный медицинский пост (РМП), который представляет собой укрытие, в котором временно задерживаются раненые до эвакуации. РМП оборудуется вблизи НП командира роты. Здесь создаются запасы средств оказания I медицинской помощи, подстилочного материала и воды.

- **Фельдшер батальона** проводит медицинскую разведку, в ходе которой определяет место для ПСТ, намечает пути вывоза раненых из рот к ПСТ или на МПБ, выбирает основное и запасное места для развертывания МПБ, оценивает эпидемическое состояние района обороны и санитарно-гигиенические условия размещения л/с.
- В соответствии с указаниями командира батальона и НМС фельдшер развертывает МПБ, организует ПСТ, проводит необходимые санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, ставит задачи подчиненным, указывает пути выноса раненых, уточняет запасы медицинского имущества в ротах и порядок его пополнения во время боя, указывает места ПСТ, основное и запасное места МПБ, устанавливает сигналы и порядок связи санинструкторов с МПБ.
- МПБ необходимо развертывать в укрытиях в глубине батальонного района обороны на удалении до 3 км от переднего края, в инженерных укрытиях.
- Санинструктора рот должны тщательно изучить пути вывоза раненых, места расположения РМП, МПБ и ПСТ.

- **Начальник медицинской службы бригады** при переходе к обороне обязан организовать медицинскую разведку участка обороны, наметить рубеж или места развертывания МПБ, пути эвакуации из батальонов, место развертывания МПБр и запасную площадку для него.
- МПБр I эшелона развертывается в укрытиях в глубине участка обороны за II эшелоном боевого порядка бригады на удалении до 12 км от переднего края с учетом защитных и маскирующих свойств местности.
- Раненые и больные после оказания им доврачебной медицинской помощи из МПБ эвакуируются на МП бригад I эшелона или непосредственно в МОСН.
- МП бригады II эшелона развертывается или находится в готовности к развертыванию за боевым порядком своей бригады с учетом возможных контратак.
- МП артиллерийских бригад в обороне развертывается за огневыми позициями.

- Основным содержанием работы НМС в подготовительный период являются:
- - планирование и организация медицинского обеспечения бригады в бою;
- - подготовка подчиненных сил и средств к работе;
- - усиление мед. взводов батальонов силами и средствами сбора и эвакуации раненых и больных;
- - организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- - проведение мероприятий по мед. защите л/с от ОМП;
- - доукомплектование подразделений мед. службы л/с, имуществом, транспортом и другими средствами;
- - обеспечение л/с индивидуальными средствами мед. защиты и обучение пользованию ими;
- - боевая подготовка л/с медицинской службы;
- - организация взаимодействия и управления.

- **Медицинский отряд специального назначения** развертывается за II эшелоном на удалении до 20-25 км от переднего края обороны.
- Для обеспечения непрерывности и своевременности оказания квалифицированной медицинской помощи раненым и больным привлекаются **отдельные медицинские отряды** (ОМО) армии. Они развертываются распоряжением НМС армии за МОСН I эшелона в 30-40 км от них с задачами:
 - - приема раненых из МПБр в случае перемещения МОСН или его отхода;
 - - приема раненых из очагов массового поражения, если МОСН не справляется со своевременным оказанием раненым медицинской помощи;
 - - приема раненых из частей II эшелона в случае, когда ее МОСН перемещается или не справляется с работой;
 - - замены выбывшего из строя МОСН.