

Organizace zdravotnického zabezpečení útočné operace v počátečním období války

Podplukovník MUDr. Ctibor Drbal



Všeobecná hlediska významu a principů zdravotnického zabezpečení, zejména jako reálné a podstatné součásti účinné ochrany proti ZHN a likvidace jejich následků, byla v poslední době několikrát v našem vojenském tisku správně zdůrazňována a nebudu je proto již opakovat.

Považuji však za nutné pozastavit se u některých konkrétních otázek organizace zdravotnického zabezpečení útočné operace operačního svazu v počátečním období války.

Je to především otázka **včasného uvedení zdravotnických jednotek a zařízení do plné bojové pohotovosti**. Celá koncepce zahájení a vedení první útočné operace, jak je známo, vychází z reálného předpokladu okamžitého dosažení bojové pohotovosti prvosledovými operačními svazy bez předchozí mobilizace, vyvedení jejich vojsk ze stálých posádek a zaujetí takové operační sestavy, která by jednak snižovala na minimum pravděpodobnost zásahu ZHN, jednak dovolovala bezprostřední jejich zasazení do útočné operace. Přesto nás zkušenosti utvrzují v tom, že i při splnění těchto požadavků nelze se vyhnout poměrně značným zdravotnickým ztrátám vojsk, a to jak na vlastním území, tak i na území nepřítelů při plnění úkolu prvního i dalších dnů operace. Počet zdravotnických ztrát prvosledového operačního svazu může dosahovat průměrně 500 raněných a zasažených u každého svazu již v průběhu prvního dne.

Z těchto údajů je možno učinit následující závěry:

1. Jestliže vojska bez provádění mobilizace musí být schopna zahájit a vést první operaci, pak lze mluvit o jejich zdravotnickém zabezpečení pouze tehdy, jestliže souběžně s nimi ve stejných lhůtách je uvedeno do bojové po-

hotovosti takové množství zdravotnických sil a prostředků, které je schopno zabezpečit pravděpodobné ztráty již od prvního dne operace.

2. Tento požadavek je třeba uplatňovat na všechny články zdravotnického zabezpečení svazů a operačního svazu, včetně nejnútnejšího počtu polních nemocnic vyššího operačního svazu, do nichž musíme již první den maximum raněných z prvosledových svazů odsunout, aby tak vojskové a prostředky operačních svazů byly uvolněny pro zabezpečení vojsk při plnění dalšího úkolu operace. Zkušenosti ukazují, že tento požadavek není přemrštěný v tom případě, jestliže pomocí správných opatření splníme základní podmínky jeho reálnosti, a to:

— nutné zvýšení bojové pohotovosti zdravotnických jednotek u útvarů, svazů a operačního svazu, odpovídající stupni bojové pohotovosti vojsk v míru;

— maximální možné zkrácení mobilizační doby těch jednotek a zařízení, které není možno udržovat v míru na plných počtech;

— včasné použití předmobilizačního doplnění v období zvýšeného nebezpečí.

V této souvislosti je vhodné se zmínit ještě o možnosti využití civilních

zdravotnických zařízení při zahájení a v prvním období války. Nechyběly v minulosti názory, které považovaly tato zařízení za všelék, schopný plně uspokojit potřeby armády v prvním období války. Tyto názory zajisté pramenily z nedocení první masových úderů nepřítele na celé státní území, administrativní, hospodářská a dopravní centra atd. Nepočítaly s tím, že tyto údery, mající za následek i zamoření rozsáhlých území, si vyžadují nemalé ztráty mezi civilním obyvatelstvem. Nebraly v úvahu plány civilní správy, přesně počítající s využitím každého zdravotnického zařízení. Všechna cvičení spojená s odpovědným vyhodnocováním účinků ZHN na území státu nás jednoznačně přesvědčují o tom, že jakékoli mechanické spoléhání na možnost využívání civilních zařízení je naprosto nesprávné a z hlediska prvosledového svazu je třeba tuto eventualitu považovat za zcela výjimečnou. Plně však našlo uplatnění zřizování „dočasných léčebných odsunových středisek“ (DLOS), organizovaných předem ve speciálně vyčleněných civilních zařízeních výlučně pro potřebu operačního svazu. V těchto DLOS spatřujeme právem „první linii“ zdravotnických etap, schopných poskytovat lékařskou a odbornou pomoc, která je účinným prostředkem pro zabezpečování prvního dne útočné operace operačního svazu a významně zvyšuje bojovou pohotovost zdravotnické služby prvního operačního svazu.

Dalším okruhem otázek, s nimiž až donedávna jsme neměli žádných zkušeností, jsou problémy řízení a provádění manévru zdravotnickými jednotkami a útvary operačního svazu při nové jejich organizaci. Jde zde v podstatě tedy o uvedení prvních poněkud souhrnných praktických zkušeností s touto organizací zdravotnických sil a prostředků, která se tvořila v průběhu

uplynulého roku a o jejichž příčinách vzniku i hlavních rysech jsme podávali již předběžná sdělení (VM č. 4/1960).

Podle této nové organizace prověřované měl operační svaz k zabezpečení první útočné operace 8–12 samostatných zdravotnických oddílů (SZO) podle počtu 2 na každý vševojskový svazek, hygienicko-epidemiologický oddíl (HEO), autobusový zdravotnický prapor, zdravotnický pohyblivý sklad a odřad posilových zdravotnických skupin operačního svazu.

K zahájení útočné operace se nám osvědčilo jejich následující uskupení:

Po jednom SZO jsme přidělili dočasně svazkům (prvosledovým i druholedovým). Ostatní SZO jsme soustředili do dvou zdravotnických záloh (při šířce pásma 80–100 km), rozmístěných ve vzdálenosti 25–40 km od čáry dotyku. Při tom větší počet SZO byl soustředěn v té záloze, která zabezpečovala směr hlavního úsilí operačního svazu. Obdobně jsme do těchto dvou záloh soustředili i ostatní prostředky operačního svazu tak, že do zálohy na směr hlavního úsilí jsme rozmístili větší část HEO, větší část ZS, většinu posilových skupin z OPS i větší část Zpr. Zbytek sil (obvykle i pohyblivá laboratoř HEO, část materiálu z ZS, 2–3 posilové skupiny OPS a část Zpr., tj. četu až rotu) jsme soustředili v druhé záloze, určené k zabezpečení svazků na vedlejším předpokládaném směru. Netřeba zdůrazňovat, že hlavním základem pro správné vytvoření a rozmístění záloh je důkladná znalost rozhodnutí velitele operačního svazu pro operaci i z toho vyplývající odhad ztrát u jednotlivých svazků. Tato sestava zdravotnických sil a prostředků dávala možnost, jak zabezpečit vzniklé ztráty v prostorech rozptýlení vojsk, tak mít potřebné prostředky v pohotovosti k zabezpečení vojsk pronikajících na území nepřítele.

Se zahájením útočné operace zůstávaly zdravotnické prapory svazků i přidělené SZO svinuté a postupovaly za hlavními silami svazků, zatím co zdravotnické ztráty byly odsunovány odsunovými prostředky svazků zhruba až po čáru bližšího úkolu svazku do DLOS. Pak teprve se postupně rozvíjely SZO, přidělené svazkům, zatím co vlastní obvištění svazku bylo rozvíjeno většinou až ke splnění úkolu dne nebo k zabezpečení počátku příštího dne. Současně odsunové prostředky operačního svazu prováděly odsuny z DLOS, SZO a DO do rozvíjející se nemocniční základny s důrazem na rychlé uvolňování SZO (popřípadě DO) tak, aby ihned po uvolnění jich mohlo být použito k zabezpečování dalšího boje. Zdravotnické zálohy se postupně přesunovaly za prvosledovými svazky, aby podle potřeby mohly v jejich prospěch rozvíjet další SZO, popřípadě aby byly kdykoliv v pohotovosti k likvidaci následků masového napadení ZHN. Při tomto principu manévru, spočívajícího v podstatě v postupném rozvíjení, uvolňování a překračování etap vyčleňovaných ve prospěch svazků z postupujících zdravotnických záloh operačního svazu, je třeba se blíže pozastavit u některých konkrétních poznatků, ovlivňujících jeho úspěšné provádění.

Především je nutné správně pochopit, že rozvíjení SZO ve prospěch určitého svazku neznamena, že tento oddíl bude výhradně zabezpečovat vojska daného svazku. Právě naopak se ukázalo být velmi účelné, abychom tak řekli „prostorové zabezpečování“, kdy rozvinutý SZO přijímá raněné i od ostatních vojsk, zvláště útvarů a záloh operačního svazku, které jsou v jeho blízkosti. Rovněž tak je účelné využít rozvinutého SZO i pro zabezpečování přesunujících se druhsledových svazků i k zabezpečení čar jejich zasazení,

aby vlastní jejich etapy (DO a přidělený SZO) mohly být rozvinuty až v hloubce nepřátelské sestavy. Právě tímto způsobem lze poměrně výhodně kompenzovat do určité míry nevýhody, vyplývající pro činnost zdravotnických etap z rychlých temp postupu vojsk.

Při řízení vzájemného manévru DO a SZO se ukázalo být nezbytným určovat ze stupně operačního svazu nejen čáry nebo prostory jejich předpokládaného rozvíjení, jak bylo vžitou praxí dříve, ale přesně určovat v týlovém rozkaze osy jejich postupu za vojsky. Pohyb SZO (DO) po přesně určených osách se zdá být totiž nejvhodnějším opatřením k tomu, aby při rychlých tempch postupu vojsk byly odsunové prostředky operačního svazu schopny bez zbytečného bloudění a hledání etapy najít a odsunovat z nich. Zkušenost nás přivedla k názoru, že přesné určování os postupu DO (SZO) je při soudobém způsobu vedení útočné operace důležitější než samo stanovení čar rozvinutí tím spíše, že při variabilitě bojové situace nelze nikdy předem stanovit, zda určená čára rozvinutí etap bude vždy nejvhodnější. Proto jsme ve velkém počtu případů postupovali tak, že osy byly direktivně určeny pro divizní etapy svazků a operačního svazu přidělené zdravotnickým oddělením operačního svazu, zatím co o přesném místě jejich rozvinutí na stanovené ose nebo v její bezprostřední blízkosti již rozhodoval příslušný náčelník zdravotnické služby svazku na základě bojové situace, počtu ztrát apod.

To ovšem nikterak nepopírá nutnost přesně stanovit čáry nebo dokonce přesné místo jejich rozvinutí velitelstvím operačního svazu všude tam, kde vznik ztrát je více než pravděpodobný (např. při přechodu vodního toku apod.) nebo tam, kde v zájmu operačního svazu je třeba mít tuto etapu rozvinutou na určitém místě.

Vážnou zásadou, velmi často námi samými opomíjenou, je to, aby SZO po svém uvolnění byly v každém případě včleňovány zpět do zdravotnických záloh ještě dříve, než jich bude znovu použito k zabezpečení některého svazku. Respektování těchto zásad je důležité nejen k usnadnění řízení oddílů, tj. upřesnění jeho dalšího úkolu prostřednictvím velitele zálohy, ale i proto, aby SZO mohl být doplňován z prostředků zálohy jak zdravotnickým materiálem, tak podle potřeby i proviantem a pohonnými hmotami. Je pravda, že na materiální zabezpečení zdravotnických jednotek se velmi často zapomíná.

Zcela novým prvkem v organizaci zdravotnického zabezpečení na stupni operačního svazu je odřad posilových zdravotnických skupin (OPS), s jehož použitím bylo spojeno nemálo rozpaků. Z jeho jednotlivých součástí jsme zatím načerpali největší zkušenosti s využíváním skupin pro řízení odsunů. Tyto skupiny, vybavené rádiovou stanicí s donosností přes 100 km, se nám osvědčilo předsunovat na hlavní odsunové směry s tím, že budou operativně disponovat určitým počtem odsunových prostředků a podle pořadí, stanoveného zdravotnickým oddělením operačního svazu, budou uvolňovat jednotlivé SZO (DO), aby byly včas pohotové pro další použití. Ostatní skupiny OPS (chirurgické, toxikologické atd.) jsme využívali k posílení SZO, rozvinutých ze záloh k likvidaci masových ztrát při napadení ZHN.

Vcelku můžeme říci, že většina poznatků, získaných s novou organizací zdravotnických sil a prostředků na stupni operačního svazu, potvrzuje její správnost a účelnost pro zabezpečení soudobé operace.

Přesto považujeme za nutné poukázat i na některé negativní poznatky,

kteří snižují účinnost poskytovaného zabezpečení raněným a zasaženým.

Je to především počet samostatných zdravotnických oddílů, které má operační svaz k dispozici. Vycházíme-li z tempa, dosahovaného vojsky v útočné operaci, z počtu vzniklých ztrát a nutnosti nejméně 2krát za den rozvíňovat SZO nebo DO, pak při současném stavu, kdy svazek může být zabezpečován kromě vlastního DO nejvýše dvěma SZO, vyplývá nutnost uvolňovat tyto etapy nejvýše po 24 hodinách činnosti. To znamená, že při střídavém manévru překračování dvou SZO a jednoho DO musí být každých 12 hodin jedna z těchto etap rozvíňována, aby nedošlo k jejich odtržení od vojsk a tím i k ponechání svazku bez nutného zdravotnického zabezpečení. Tím je dána i ta okolnost, že žádná z těchto etap nemůže pracovat na místě déle než 24 hodin, aby stačila se přesunout do zálohy, doplnit se materiálem a včas dosáhnout určeného místa k rozvinutí. Přirozeně, že bezprostřední odsun ope- rovaných raněných se značně nepříznivě odrazí v jejich dalším zdravotním stavu. Je pochopitelné, že možnost zvýšení počtu SZO závisí především na kádrových a materiálních možnostech našeho státu. Přesto však s přihlédnutím k uvedeným okolnostem by snad bylo vhodné celou otázku podrobit ještě revizi.

Nedořešeným problémem se zdá být i velení prostředkům zařazeným do zdravotnických záloh. Hledáme-li analogické souvislosti, např. u jiných záloh operačního svazu (ženijní, chemické), pak vidíme, že velení u nich je zabezpečované původním velitelstvím útvaru nebo svazku, z nichž podstatná část těchto záloh vzniká. Něco obdobného u zdravotnických záloh nenajdeme. A tak se dostáváme do situace, kdy velitelem zdravotnické zálohy, složené z 5–10 různorodých jednotek a zaří-

zení, ustanovujeme improvizovaně např. velitele některého z SZO, včleněných do zálohy, aniž by měl k tomu potřebné předpoklady i nutný aparát k velení. Při tom je třeba centrálně pro celou zálohu řešit otázky bojového zabezpečení, materiálního zásobování, přesunů apod. Je také těžko myslitelné, že by se tyto otázky daly řídit a řešit do všech nutných podrobností přímo zdravotnickým oddělením operačního svazu.

☆

Konečně poslední soubor otázek, vystupující do popředí, se dotýká **vyhodnocování účinků radiace na živou sílu** v průběhu vedení operace. Význam této nesmírně vážné problematiky, až do nedávna přehlížené, je především zdůrazněn novými řady i základními výzkovými dokumenty. To našlo svůj odraz i ve vojenském tisku. Sledujeme-li literaturu, která se touto tematikou zabývá (VM č. 5/59, str. 63—73, VM č. 1/1960, str. 50—58, 59—65, VM č. 5/1960, str. 42—50), nalezneme v ní mnoho správných myšlenek a studií o vyhodnocování radiační situace, překonávání zamořených prostorů apod. Podstatně méně materiálů však nalezneme takových, které by se zabývaly skutečným hlubokým vyhodnocováním účinků radiace na živou sílu a jejího vlivu na bojeschopnost vojsk, které se tudíž zabývaly tím nejvlastnějším důvodem, pro který se hodnocení radiační situace provádí. Vždyť přece hodnocení radiační situace se provádí ze dvou hlavních příčin.

Jednak proto, aby vojska pokud možno do zamořeného prostoru nepřišla, a dále proto, aby z vyhodnocení obdržené dávky radiace byly učiněny závěry o další bojeschopnosti a nutných léčebných a preventivních opatřeních k udržení nebo navrácení použitelnosti co největšího počtu zasažených vojáků. A jestli-

že existuje tato určitá mezera ve vojenském písemnictví, tím více se projevuje v praxi. Běžně se totiž setkáváme s tím, že se již velmi správně a pečlivě zaznamenávají všechny atomové, zejména pozemní výbuchy, vede se podrobná mapa radiační situace a dobře se ovládá zacházení s pomůckami pro výpočet úrovně radiace, jejího poklesu apod. Závěry, které se z vyhodnocení získaných údajů vyvozují, se vesměs týkají časového zdržení jednotek a útvarů v důsledku radioaktivního (popřípadě chemického) zamoření, nutnosti vyvedení zasažených útvarů ze zamořeného prostoru, vytyčování obížděk, popřípadě provedení hygienické očisty na MSO. Avšak na druhé straně zůstává ve většině případů mimo pozornost štábů vlastní účinek záření (nebo působení OL) na vojska, na lidský organismus. A to nejen účinek okamžitý, ale také účinek postupný a dlouhodobý, který bude mít rozhodující vliv na další bojeschopnost a použitelnost zasažených jednotek. Příčin tohoto stavu podle našeho názoru je několik.

Jsou to především stále ještě přetrvávající nepostačující znalosti příslušníků velitelského sboru o účincích ZHN, zvláště pak radioaktivního záření na lidský organismus a z toho pramenící jejich nedocenení. Mnoho našich soudruhů sice již správně chápe, že je třeba vyvést jednotky ze zamořeného prostoru, ale méně z nich má jasné představy o tom, že vojáci této jednotky jsou zasaženi i tehdy, kdy podle všech provedených propočtů neobdrželi dávku převyšující přípustnou normu. Mnoho soudruhů si nesprávně představuje schéma přípustných dávek tak, že přípustná dávka ozáření nezanechá na ozářeném vojákovi žádné následky a teprve ozáření nad tuto normu má na organismus škodlivé následky. Proto se také málokdy hodnotí další bojová použitelnost jednotek a útvarů, ozáře-

ných „pod normu“, neuvažuje se o tom, že již samo rozhodování velitele, určování bojové sestavy atd., by mělo být těmito faktory ovlivněno tím spíše, že jde teprve o první operaci a tudíž je takřka jisté, že jednotky budou v průběhu dalších bojů zasaženy opětovně. Bývá opomíjeno, že již dnes existují preventivní léčebná opatření, která pokud jsou včas a správně uplatňována, mohou prodloužit bojeschopnost bojujících jednotek a možnost jejich použití. Bývá často bezvýhradně spoléháno na účinnost úplné hygienické očisty, aniž by se bralo v úvahu, že úplná hygienická očista, zvláště pokud je provedena až po určitém časovém odstupu, nemůže odstranit ty chorobné změny v lidském organismu, které působením záření již nastaly a dále se rozvíjejí. Z toho všeho pramení i nedocenění a formální chápání nesmírně vážného dokumentu, jehož vedení je přímo nařízeno předpisem Vševojsk-2-1 a to je přehled (záznam) o ozáření jednotlivců (jednotek a útvarů), který musí být průběžně veden a vyhodnocován ve stanoveném rozsahu na všech stupních velení. Nedůsledné vedení této dokumentace nedovoluje správně vyhodnocovat kumulování účinků záření v důsledku opětovného a opakovaného zasažení v průběhu operace.

Všechny tyto aspekty mají zásadní

význam pro vedení boje. Jde o to, že zasažený útvar, u jehož příslušníků nejsou zatím patrné žádné chorobné změny (jak známo, existuje u nemoci z ozáření období, kdy navenek se zasažené osoby jeví naprosto zdravými), při nesprávně vyhodnoceném stupni svého zasažení může být nasazen do boje k plnění rozhodujícího úkolu a vlivem značné fyzické námahy a jiných faktorů ovlivňujících průběh nemoci z ozáření by mohl být vyřazen právě tehdy, kdy od jeho bojeschopnosti závisí splnění úkolu celého svazku nebo několika svazků. To všechno jsou hlediska, která sice lze poměrně snadno přezírat při cvičeních, která by se však v plném svém rozhodujícím významu uplatnila teprve ve skutečném boji. A my si nemůžeme dovolit při výcviku štábů v míru vědomě opomíjet ty faktory, na nichž by často záviselo splnění bojového úkolu ve válce. Jednou z cest, jak se toho vyvarovat, je i dosažení těsnější součinnosti zdravotnické služby s chemickým a operačním oddělením při vyhodnocování účinků použití ZHN na vojska. Tato součinnost, v průběhu níž by právě funkcionáři zdravotnické služby měli uplatňovat zdůvodněná hlediska o další použitelnosti zasažených jednotek nebo nutnosti potřebných opatření, by se měla stát pravidlem v činnosti štábu svazů, svazků i útvarů.

Zkušenosti ze cvičení jsou jedním ze základních pramenů dalšího rozvoje vojenskovojevnické práce. Pokusili jsme se popsat některé naše poznatky z organizace zdravotnického zabezpečení útočné operace v počátečním období války při nové organizaci zdravotnické služby. Jsme si vědomi toho, že získaných poznatků je zatím příliš málo, než aby si mohly činit právo na obecně platná zevšeobecnění. I tak snad přispějí k dalšímu ujasnění složitých úkolů, které před nás klade soudobý boj a jeho zdravotnické zabezpečení.