

ZDRAVOTNICKÉ ZABEZPEČENÍ V OBRANĚ

Redakčně upravený a zkrácený článek plukovníka
doc. MUDr. J. Gawryluka, DrSc. uveřejněný v polském
časopise *Myśli Wojskowa* č. 3/1989.

Organizace zdravotnického zabezpečení (ZZ) je závislá značnou měrou na podmínkách, při nichž vojska přecházejí do obrany. Je známo, že vojska mohou zaujímat obranu za různých okolností, taktických a operačních situací, ať již před, nebo v průběhu boje (bojové činnosti).

Přechod do obrany lze uskutečnit v přímém dotyku s protivníkem nebo mimo něj, v rámci národní nebo koaliční sestavy. Přechod vojsk do obrany v přímém dotyku s protivníkem bude spojen s nezbytností změnit bojovou (operační) sestavu, tedy také i jinak rozmístit etapy zdravotnické pomoci (ve větších vzdálenostech od čáry dotyku). Za těchto podmínek bude mít zdravotnická služba těch vojsk, která přecházejí do obrany (vedou obrannou činnost), velmi omezenou dobu k organizaci zdravotnického zabezpečení. Je vhodné připomenout, že za této situace je menší pravděpodobnost vést na vojska údery zbraněmi hromadného ničení.

Během přechodu do obrany mimo dotyk s protivníkem nastanou příznivější podmínky k organizování jejího zdravotnického zabezpečení než v přímém dotyku s ním. Zdravotnická služba bude mít především možnost uskutečnit podrobný průzkum míst, kde by byly rozvinuty jednotlivé etapy zdravotnické pomoci, dále je rozvinout, ženijně vybudovat, připravit možnost manévru s nimi a stanovit přísnové a odsunové cesty raněných a nemocných.

Náčelník zdravotnické služby těch vojsk, která přecházejí do obrany musí vzít v úvahu podmínky přechodu, ať již v průběhu jejího zaujímání nebo předem, organizovat a uskutečnit zdravotnický průzkum pásma obrany, stanovit, jakou činnost hygienicko-epidemiologickou a protiepidemiologickou je nutné vykonat, určit čáru nebo místa rozvinutí zdravotnických etap a záložní přísnové a odsunové cesty raněných a nemocných.

Způsob činnosti zdravotnické služby v obranném boji (obraně činnosti) ovlivňuje mnoho prvků, například: značná šíře pásma obrany, hluboké členění postavení a pásem obrany i jednotlivých prvků bojové (operační) sestavy, převaha sil nepřítelů a možnost, že se vklíní do obrany, vysoká manévrovatelnost vojsk v obraně, jimi vedené protizteče a protiúder.

Neodmyslitelnou podmínkou dobře fungující organizace léčebně-odsunového zabezpečení vojsk v obraně je stanovení pravděpodobného množství a struktury zdravotnických ztrát, které umožní správně rozdělit síly a prostředky, efektivně je využít, a tím poskytnout raněným a nemocným nezbytnou zdravotnickou pomoc.

Předpoklad zdravotnických ztrát (ZZ) v obraně je složitým procesem, vyžadujícím velmi podrobné hodnocení taktické, operační či dokonce strategické situace se stanovením reálných závěrů. Pravděpodobnou výši ztrát je možné předpokládat pouze tehdy, že je vzat

v úvahu co největší počet možných prvků, které na ni mohou mít vliv vzhledem ke konkrétní operační situaci. Výše zdravotnických ztrát závisí mimo jiné i na : místě a úkolu vojsk v sestavě pro obranu, charakteru činnosti, bojové sestavě a síle nepřítele, poměru sil bojujících stran, stupni intenzity bojové činnosti, psychickém a fyzickém stavu vojsk vlastních a protivníka i jejich bojovým zkušenostem, vojenskogeografickým a meteorologickým podmínkám, ale také i těm, které vyplývají z taktické a operační situace. Výše zdravotnických ztrát v obraně je uváděna v denním průměru, a úhrnem za celou operaci, viz **tabulka 1, 2 a 3.**

Tabulka 1

Zdravotnické ztráty pluku, divize v obraně v % početního stavu

Zbraně	Stupeň	
	pluk	divize
jaderné	10–12	4–25
konvenční	5–7	3–4
chemické	3–8	5–8
Celkem	18–27	12–37
Při použití pouze konvenčních zbraní	8–12	4–6

Tabulka 2

Zdravotnické ztráty v armádní obranné operaci (% početního stavu)

Zbraně	průměrné denní v obraně		za operaci (4 až 5 dnů) v obraně	
	předem připravené	v přímém doty- ku s protivníkem	předem připravené	v přímém doty- ku s protivníkem
jaderné	1,8–2,4	3,1–4,3	7,2–12,0	12,4–21,5
neutronové	0,2–0,4	0,3–0,5	0,8–2,0	1,2–2,5
konvenční	0,4–0,5	0,5–0,7	1,6–2,5	2,0–3,5
chemické	0,4–0,5	0,5–0,7	1,6–2,5	2,0–3,5
biologické	0,2–0,3	0,3–0,4	0,8–1,5	1,2–2,0
následné psychózy	0,1–0,2	0,1–0,2	0,4–1,0	0,4–1,0
nemocní	0,1	0,1	0,4–0,5	0,4–0,5
Celkem	3,2–4,4	4,9–6,9	12,8–22,0	19,6–34,5

Z této tabulky 1 je patrné, že při kalkulaci zdravotnických ztrát u pluku a divize se neberou v úvahu ztráty způsobené biologickými zbraněmi, poněvadž osoby zasažené těmito zbraněmi budou opouštět řady bojujících v následujících dnech, tedy v termínech, které jsou delší než je zpracován Plán zdravotnického zabezpečení pluku (divize). Je nutné si připomenout, že situace, které za bojové činnosti vzniknou, budou mít vliv na nerovnoměrné rozložení zdravotnických ztrát v jednotlivých dnech operace, ale také i u jednotlivých prvků bojové

Tabulka 3

Zdravotnické ztráty ve frontové obranné operaci (% početního stavu)

Zbraně	průměrné denní v obraně		za operaci (8 až 10 dnů) v obraně	
	předem připravené	v přímém doty- ku s protivníkem	předem připravené	v přímém doty- ku s protivníkem
jaderné	1,0–1,4	2,2–2,5	8,0–14,0	18,0–25,0
neutronové	0,1–0,15	0,15–0,2	0,8–1,5	1,2–2,0
konvenční	0,2–0,3	0,3–0,4	1,6–3,0	2,4–4,0
chemické	0,2–0,3	0,3–0,4	1,6–3,0	2,4–4,0
biologické	0,1–0,2	0,2–0,3	0,8–2,0	1,6–3,0
následné psychózy	0,1–0,2	0,15–0,25	0,8–2,0	1,2–2,5
nemocní	0,1	0,1	0,8–1,0	0,8–1,0
Celkem	1,8–2,65	3,4–4,15	14,4–26,5	27,6–41,5

(operační) sestavy vojsk. Nejpodrobnější analýzou je nezbytné podrobit výši zdravotnických ztrát u vojsk, která působí na směru hlavního úsilí obrany, a také těch, která vedou proti-
zeteče a protiúderu.

Při plánování léčebně-odsunového zabezpečení je nutné vzít v úvahu i to, že nejvyšší zdravotnické ztráty u vojsk nastanou při palebné přípravě protivníka na směru hlavního úsilí obrany a při vedení protizetečí a protiúderů. Proto také musí být hlavní úsilí zdravotnické služby všech organizačních stupňů zaměřeno v léčebně-odsunovém zabezpečení v obraně na ty směry, na nichž budou plněny hlavní úkoly, a kde je předpoklad, že zde dojde k největším zdravotnickým ztrátám.

Vnitřní struktura zdravotnických ztrát může být velmi složitá. Převládát budou kombinovaná poranění, na více místech a orgánech s převahou popálenin, těžké a velmi těžké úrazy vyžadující odbornou lékařskou pomoc, tedy rychlý odsun do frontové nemocniční základny (viz tabulka 4).

Tabulka 4

Druh zranění u zdravotnických ztrát v %

Zbraně	lehké	střední	těžké	velmi těžké
jaderné	40	30	20	10
konvenční	30	40	10	20
vysoce přesné	15	15	20	50

Struktura zdravotnických ztrát při obranné operaci armády v závislosti na druhu použitých zbraní v % celkových zdravotnických ztrát viz tabulka 5.

Správné a tedy účinné léčebně-odsunové zabezpečení vyžaduje, aby náčelník zdravotnické služby každého organizačního stupně měl neustálý přehled o taktické a operační i zdravotnické situaci, byl velmi operativní v přijímání včasných rozhodnutí. To umožňuje mimo jiné správné a včasné rozvíjení etap zdravotnické pomoci a manévrování jejími silami a prostředky.

Tabulka 5

Struktura zdravotnických ztrát u armády v obranné operaci
(z celkového množství zdravotnických ztrát v %)

Zbraně	V předem připravené obraně	V obraně zaujímané v přímém dotyku s protivníkem
jaderné	54,5–56,3	62,3–63,3
neutronové	6,3–9,1	6,1–7,3
konvenční	11,4–12,5	10,1–10,2
chemické	11,4–12,5	10,1–10,2
biologické	6,2–6,8	5,8–6,2
následné psychózy	3,1–4,6	2,0–2,9
nemocní	2,2–3,1	1,5–2,0
Celkem	100,0	100,0

Ke všeobecným zásadám v organizaci léčebně-odsunových činností patří:

- rozvíjení etap zdravotnické pomoci ve větší vzdálenosti od předního okraje než při útočné činnosti (zpravidla za druhým sledem bojové nebo operační sestavy),
- omezení rozsahu poskytované zdravotnické pomoci na jednotlivých etapách zdravotnické pomoci, zvláště na směru hlavního úderu protivníka,
- včas uskutečnit odsuny raněných a nemocných z prostorů, které jsou ohroženy tím, že je protivník obsadí,
- rozmístění sil a prostředků zdravotnické služby do hloubky po směrech,
- stálá pohotovost etap poskytování zdravotnické pomoci k plánovanému opuštění zaujatého prostoru,
- zabezpečení plynulého průběžného léčebně-odsunového a hygienicko-epidemiologického opatření za podmínek, kdy síly a prostředky zdravotnické služby opouštějí spolu s vojsky prostory rozmístění,
- vytvoření zálohy sil a prostředků ZS k zabezpečení vojsk, která se účastní protiztečí a protiúderů.

Plukovní obvaziště pluků prvního sledu divize jsou rozvíjena v úkrytech (krytech, sklepích) 12 až 15 km od předního okraje obrany. Jednotky zdravotnické služby pluků druhého sledu divize zpravidla nerozvíjejí plukovní obvaziště zahájením obranného boje, zůstávají však za bojovou sestavou pluků a připravují prostory k rozvinutí zdravotnické etapy s ohledem na předpokládané směry protiztečí.

Zdravotnické prapory divizi prvního operačního sledu armády rozvíjejí divizní obvaziště (DO) ve vzdálenosti 25 až 35 km od předního okraje obrany. Ale zdravotnické etapy útvarů a divizi jsou rozmístovány nedaleko směru hlavního úderu protivníka a na směrech předpokládaných protiúderů. Vzhledem k palebnému působení protivníka na protory rozvinutí zdravotnických etap by bylo vhodné pro ně předem připravit záložní prostory rozmístění.

Rozsah poskytované zdravotnické pomoci na zdravotnických etapách útvarů a svazků v závislosti na výši zdravotnických ztrát a bojové situaci bude omezen pouze na vykonávání život zachraňujících úkonů, přičemž na těch zdravotnických etapách, které jsou rozvinuty na hlavním úsilí obrany, může být snížen o jeden stupeň (u divizních obvazišť je poskytována první lékařská pomoc s odborným lékařským tříděním raněných a nemocných).

Zdravotnické prapory k posílení armády (samostatné zdravotnické oddíly – szo) jsou rozvíjeny ve vzdálenosti 15 až 20 km za rozvinutými divizními obvazišti. K jejich úkolům patří příjem raněných a nemocných (R + N) od útvarů v případě, kdy je divizní obvaziště přetížené a raněným a nemocným je třeba poskytnout okamžitě kvalifikovanou lékařskou

pomoc, neboť v DO je vykonávána pouze první lékařská pomoc. Navíc tyto prapory (oddíly) přijímají raněné a nemocné od útvarů divize, která se přemísťuje a zaujímá další pásmo obrany. Také zdravotnický zabezpečuje vojska, která vedou protizteče (protiúderu).

Na směru armády, která působí v rámci frontové operace, je rozvíjena zpravidla ve dvou sledech frontová nemocniční základna; první sled ve vzdálenosti 80 až 150 km od předního okraje obrany, druhý 100 až 150 km od nemocničních základů prvního sledu. Rozmístění jednotlivých etap zdravotnického zabezpečení v obraně viz. obr.

Na nemocničních základnách prvního sledu, které jsou určeny k příjmu raněných a nemocných z divizních obvodů a rozvinutých zdravotnických praporů (szo) i přímo od vojsk, je poskytována odborná lékařská pomoc. Oproti tomu nemocniční základny druhého sledu jsou určeny k příjmu raněných a nemocných ze základů prvního sledu a také přímo od vojsk, které jsou rozmístěny v hloubce týlového prostoru frontu; poskytují raněným a nemocným speciální lékařskou pomoc a léčí je. Pokud dojde k nutnosti svinout a přesunout nemocniční základnu prvního sledu (při hlubokém průniku protivníka), přebírá její funkci nejbližší nemocniční základna druhého sledu.

Armáda zasazovaná do protitoku může být posílena zdravotnickými prapory a zdravotnickými odsunovými prostředky ze zálohy náčelníka zdravotnické služby frontu. V pásmu této armády ve vzdálenosti 40 až 50 km od čáry zasazení je rozvíjena nemocniční základna frontu.

Zásady zdravotnického zabezpečení obrany na terénu státu jsou v podstatě tytéž. Určitá specifika existují, zvláště ta, že zdravotnická služba operujících vojsk by za těchto podmínek měla k dispozici stále prvky teritoriální zdravotnické služby (nemocnice, polikliniky, zdravotnická střediska, atd.) a další komunální budovy (školy, hotely, internáty, apod.). Odtud také pramení jejich plné využití. Proto také zdravotnické etapy útvarů a svazků by byly rozvíjeny na bázi stálých územních prvků zdravotnické služby. První sled zdravotnických nemocničních základů by byl rozvinut v určitých nemocnicích a dalších veřejných budovách teritoria. Druhý sled nemocniční základny frontu by byl v neustálé pohotovosti se rozvinout.

Při organizování zdravotnického zabezpečení obrany na teritoriu státu je nutné dodržovat zásady maximálního uchování odpovídajícího potenciálu sil a prostředků zdravotnické služby operujících vojsk, umožňující bezporuchový nenarušený přechod ke zdravotnickému zabezpečení útočné činnosti. Proto je nutné výjimečně pružně využívat síly a prostředky ZS, tak, že jejich sestava a použití v obraně musí být podřízeny nikoli pouze procesu zdravotnického zabezpečení vojsk, ale také zabezpečit odpovídající zdravotnický potenciál pro okamžik přechodu vojsk k útočné činnosti na daném směru.

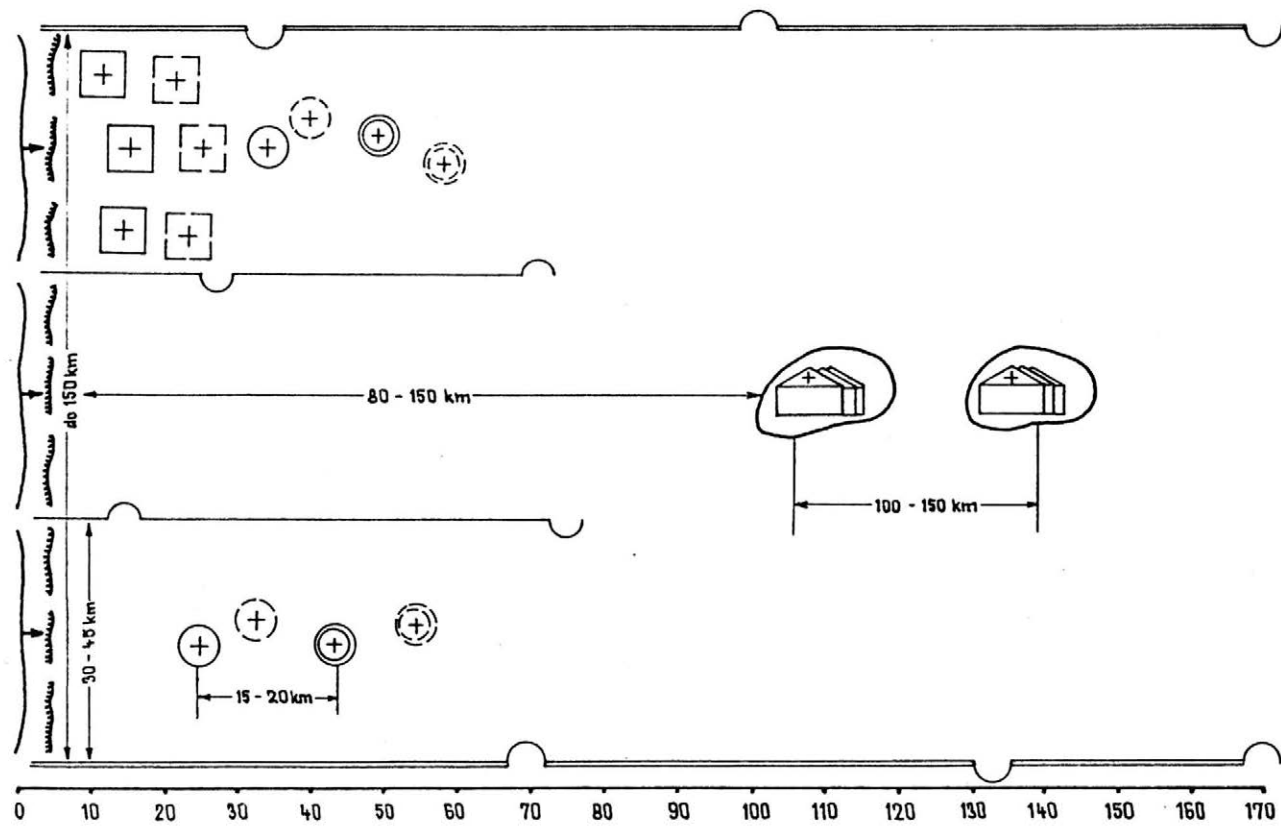
Organizace léčebně-odsunového zabezpečení obranné činnosti je neobvykle těžká na směru vedeného hlavního úderu protivníka i tam, kde dosáhl úspěchu. Na tomto směru není možné vlastně rozvinout nemocniční základny v blízkosti přímého dotyku s vojsky protivníka. Zdravotnické prapory a samostatné zdravotnické prapory (oddíly) nemají také vytvořeny podmínky k tomu, aby prováděly chirurgické život zachraňující operace. Navíc většina operovaných raněných není schopna přepravy. Také je nemožné ponechat raněné po operacích pouze v péči nemocniční rotu.

Pokud uvažují o výše uvedených prvcích obranné činnosti, bylo by vhodné rozčlenit do hloubky nemocniční základny a organizovat systematickou přepravu raněných a nemocných z nemocničních základů prvního sledu do základů rozmístěných v hloubce. Navíc je nutné mít na paměti pokud možno celkovou přepravu raněných ze zdravotnických etap při omezeném rozsahu odborné lékařské pomoci u svazku.



V tomto článku uvedené všeobecné zásady organizace zdravotnického zabezpečení by měly přispět a napomoci lepší informovanosti o tak závažném problému platném v obraně, jakým toto zabezpečení ve skutečnosti vlastně je.





0br.1