

К ВОПРОСУ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ СОТРУДНИКАМИ ПОЛИЦИИ В МЕСТАХ НЕЗАКОННОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ И ПРОИЗВОДСТВА ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЛАБОРАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

TO THE ISSUE OF FIRST AID GIVEN BY POLICE OFFICERS IN PLACES OF ILLEGAL MANUFACTURE AND PRODUCTION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN LABORATORY CONDITIONS

Наталья Владимировна Лисихина,

*доцент кафедры криминалистики Сибирского
юридического института МВД России
(г. Красноярск), ассистент кафедры поликлиниче-
ской педиатрии и педиатрии детских болезней
Красноярского государственного медицинского
университета имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России,
кандидат медицинских наук*

mashuckova.nat@yandex.ru



Андрей Владимирович Морозов,

*заместитель начальника Управления
по борьбе с преступлениями в сфере
незаконного оборота наркотиков синтетического
происхождения и прекурсоров
ГУНК МВД России (г. Москва),
кандидат юридических наук*

amorozov@mvd.ru



Ключевые слова:

первая помощь,
личная безопасность,
нарколаборатории,
психоактивные вещества,
наркотические средства,
отравление, ядовитые вещества.

В статье рассматриваются вопросы личной безопасности и оказания первой помощи пострадавшим сотрудниками полиции при проведении оперативно-розыскных мероприятий и следственных действий в подпольных нарколабораториях, а также действие различных токсикологических веществ на человека. Представлен алгоритм действия при попадании ядовитых веществ в организм человека различными путями в контексте первой помощи.

Keywords:

first aid, personal safety, drug laboratories, psychoactive substances, narcotic drugs, poisoning, toxic substances.

The article deals with the issues of personal safety and giving first aid to injured persons by police officers in the course of operational-search activities and investigative actions in clandestine drug laboratories, as well as the effect of various toxicological substances on humans. An algorithm of the action when toxic substances enter the human body in various ways in the context of first aid is presented.

Ситуация, связанная с распространением на территории Российской Федерации различных психоактивных веществ, остается серьезной. За 2022 год сотрудниками полиции пресечена деятельность 197 подпольных нарколабораторий по производству синтетических наркотиков и прекурсоров. Из незаконного оборота изъято 1 тонна 713 килограммов наркотических средств, 5,7 килограмма психотропных веществ, 1 тонна 528 килограммов прекурсоров, к уголовной ответственности привлечены 330 лиц, возбуждены 212 уголовных дел. Выявленные нарколаборатории специализировались на производстве мефедрона (148 ед.), амфетамина (14 ед.), N-метилэфедрона (27 ед.), метадона (3 ед.), 2,5-демитоксифенилэтиламина (2С-В) (1 ед.), метилона (1 ед.), прекурсоров (2 ед.)¹.

Приведенные статистические данные показывают масштаб распространения, изъятия из незаконного оборота различных психоактивных веществ и, по всей вероятности, могут косвенно свидетельствовать о большом количестве отравлений, вплоть до летальных исходов, в самих лабораториях при незаконном производстве наркотических средств, а также при проведении оперативно-розыскных мероприятий и следственных действий.

При незаконном производстве синтетических наркотических средств используются в качестве реактивов, прекурсоров, растворителей и вспомогательных веществ различные токсичные, ядовитые и иные вредные химические соединения [3, с. 17]. Например, при производстве мефедрона могут использоваться более 22 химических веществ, включая прекурсоры.

Сотрудники полиции при проведении оперативно-розыскных мероприятий и следственных действий в местах незаконного изготовления и производства психоактивных веществ в лабораторных условиях находятся в особой группе риска для здоровья, постоянно подвергаясь опасности. Выделяющиеся при изготовлении наркотических средств различные ядовитые вещества, зачастую не имеющие ни запаха, ни цвета, могут проникать через верхние дыхательные пути, через кожный покров и слизистые оболочки, вызывая отравление всего организма человека.

¹ Сборник по Российской Федерации. Сведения о зарегистрированных в отчетном периоде преступлениях, связанных с наркотическими средствами, психотропными веществами и их аналогами, сильнодействующими веществами (форма 1-А (451), книга 115). Январь-декабрь 2022 года.

Сотрудники правоохранительных органов должны не только иметь полное представление об опасности находящихся в нарколабораториях веществ, но и уметь незамедлительно и правильно оказать в случае необходимости самопомощь и первую помощь. Однако, по данным литературы, этот важный вопрос мало затрагивается исследователями.

Чтобы подчеркнуть важность вопроса оказания самопомощи и первой помощи пострадавшим в нарколабораториях, полагаем возможным в рамках данной статьи рассмотреть опасность некоторых наиболее распространенных веществ.

Так, кислоты опасны не только в жидком состоянии, но и в виде газообразных веществ. Серная кислота – это маслянистое вещество без запаха, в очищенном виде цвета не имеет, а в неочищенном состоянии принимает желтоватый светлый оттенок. Пары и туман кислот сильно раздражают слизистые оболочки глаз и дыхательных путей, вызывают глубокие ожоги кожного покрова и глаз. Отравление серной кислотой сопровождается крайне выраженными признаками: при вдыхании паров возможны сильные ожоги верхних и нижних дыхательных путей, одышка (затруднение дыхания), боль в горле и за грудиной, сильнейший спазм и отек гортани, перекрывающий дыхательные пути и вызывающий удушье, отек легких, носовые кровотечения, нарушение сознания. В дальнейшем яд через дыхательные пути и кожный покров проникает в сосудистое русло, воздействуя на клетки крови, в частности эритроциты, развивается тяжелая гипоксия и ацидоз, приводящие к летальному исходу.

При воздействии на кожный покров возникает резкая боль и снижение чувствительности в пораженной области, появление белесовато-серой корочки, которая с течением времени становится коричневого цвета, вокруг ожога появляется гиперемия (покраснение) кожного покрова. На пораженных участках формируются пузырьки с мутной жидкостью, наступает некроз тканей. На слизистых оболочках появляются кровоточащие эрозии и язвы.

Соляная кислота – неорганическая кислота, представляет собой соединение с хлористым водородом в виде бесцветной едкой жидкости с весьма характерным запахом. Она присутствует в желудочном соке, способствуя перевариванию пищи и защите организма человека от различных микроорганизмов в концентрации около 0,5%. Смертельная доза при принятии внутрь – всего 15 мл концентрированной жидкости. Наибольшую опасность представляют токсические туманы, образующиеся при соединении паров соляной кислоты и воздуха, что может проявиться в виде отека дыхательных путей, затруднения дыхания, ощущения удушья, боли по ходу дыхательных путей, першения в носоглотке, осиплости голоса, кровянистых выделений из носа, чихания, кашля, тошноты и рвоты. При поражении кожного покрова при осмотре выявляется покраснение, образование пузырей небольшого диаметра, наполненных мутной жидкостью с примесью крови, со временем кожный покров становится грязно-желтого цвета, появляются резкая боль, жжение.

Азотная кислота – сильная химическая неорганическая кислота в виде бесцветной жидкости с едким запахом. Пары очень вредны для организма человека, их вдыхание вызывает раздражение дыхательного тракта в виде кашлевой реакции, ларингоспазма, затруднения дыхания, головокружения, тошноты и рвоты, нарушения сознания и координации, в конечном случае приводящих к отеку легких. При воздействии на кожный покров появляется интенсивная боль в месте контакта, отечность ткани, гиперемия, переходящая в зеленовато-желтый оттенок, появляется сыпь в виде пузырей различного диаметра с серозной жидкостью. В дальнейшем образуются долгозаживающие язвы с некротизированной тканью.

Фосфорная кислота – бесцветное твердое вещество без запаха, не является сильной кислотой, однако при попадании на кожный покров и слизистые оболочки появляются жжение, ожог. При вдыхании возникает жжение в верхних дыхательных путях, нарушается дыхание. При длительном вдыхании изменяется структура слизистой оболочки в виде утолщения, отечности, присоединяются инфекционные заболевания и нарушения функциональных особенностей органов дыхания.

Ледяная уксусная кислота (100 %) является чрезвычайно едким веществом. Ее пары могут вызвать тяжелые ожоги слизистых оболочек верхних дыхательных путей, от которых использование обычных средств защиты органов дыхания не оберегает. При попадании внутрь организма человека вызывает химические ожоги с последующим развитием коагуляционных некрозов тканей различной протяженности и глубины, а также шокового состояния. Смертельная доза составляет около 20 мл. Последствиями отравления являются тяжелый ожог слизистой оболочки полости рта, глотки, пищевода и желудка, ацидоз, гемолиз, гемоглобинурия, нарушение свертываемости крови, сопровождающееся тяжелыми желудочно-кишечными кровотечениями [3, с. 27].

Опасен и тяжело поддается лечению ожог глаз вышеперечисленными кислотами, проявляющийся отеком, спазмом век, резчайшей болью, снижением зрения, обильным слезотечением и светобоязнью, покраснением конъюнктивы, чувством рези и «песка» при попадании на слизистую глаз, изменением цвета конъюнктивы и роговицы.

Этилацетат – этиловый эфир уксусной кислоты. Представляет собой нерастворимые в воде летучие жидкости со сладковатым запахом, в основном поступающие в организм ингаляционным путем. Из-за высокой растворимости паров в воде эфиры медленно накапливаются в организме, слабо гидролизуются и медленно выводятся через легкие. По этой причине они не способны вызвать быстро наступающее острое отравление и приводят к развитию хронической интоксикации. Действуя целой молекулой, оказывают незначительное наркотическое действие и раздражающее действие на слизистые оболочки глаз и верхних дыхательных путей [9]. Попадая через легкие в кровь и затем в головной мозг, растворяют и вымывают жировые клетки, питающие нейроны, что приводит к атрофии и некрозу нервной ткани, а в дальнейшем к

слабоумию и летальному исходу. При попадании на слизистую глаза вызывает раздражение конъюнктивы с временным помутнением роговицы.

Метиламин – органическое производное аммиака. Отравление вследствие вдыхания его паров характеризуется резким раздражением слизистой оболочки глаз, верхних дыхательных путей, общим возбуждением, нарушением дыхания. При тяжелых отравлениях – судорожным синдромом, отеком легких, поражением печени, почек, при загрязнении кожного покрова – химическими ожогами. Симптомы острого отравления: слабость, головокружение, головная боль, тошнота, рвота, шаткая походка, резкая синюшность кожного покрова, в тяжелых случаях – психическое возбуждение, судороги, снижение температуры тела, нарушение сердечной деятельности. При вдыхании сначала регистрируется возбуждение нервной системы, затем угнетение, приводящее к коматозным состояниям. Летальный исход наступает от остановки дыхания.

Толуол представляет собой бесцветную летучую жидкость с запахом бензола, которая может воспламениться и взрываться в воздухе. Вдыхание паров толуола, в зависимости от концентрации, подобно средствам для наркоза, вызывает разную степень угнетения структур головного мозга. Небольшие концентрации могут вызвать состояние, напоминающее опьянение, это сочетается с признаками раздражения слизистых оболочек верхних дыхательных путей. У вещества очень малая широта наркотического действия, поэтому у большинства людей от вдыхания паров толуола возникает угнетенное состояние, вялость, головокружение, головная боль, шаткость походки, одышка, иногда – галлюцинации, явления эйфории. Часто отмечаются снижение температуры тела, падение артериального давления, слабый пульс. При тяжелом отравлении развивается острый интоксикационный психоз (маниакальные и делириозные состояния), подергивание мышц, тонические и клонические судороги, расширение зрачков, исчезновение рефлексов, потеря сознания, коллапс, кома. Смерть наступает от паралича дыхательного центра [2, с. 73].

Ксилол – бесцветная жидкость с характерным запахом, малорастворимая в воде, хорошо растворяется в органических растворителях. Отравляющее действие в основном происходит при попадании через дыхательные пути, также может проникать через кожный покров в кровеносное русло, благодаря способности растворяться в липидах. При наличии в воздухе появляется раздражение слизистой оболочки глаз, носа и горла. При острых отравлениях ксилолом возникает головокружение, сердцебиение, чувство опьянения, онемение рук и ног, озноб, одышка, возможны тошнота, рвота. В тяжелых случаях – потеря сознания, при возвращении сознания – возбуждение, головные боли, боли в желудке, бессонница, ощущение ползания мурашек. При хронических отравлениях отмечается головная боль, усталость, сонливость, общая слабость, шум в ушах, головокружение, сердечно-сосудистые расстройства, отсутствие аппетита, тошнота, рвота, чувство давления в области желудка, конъюнктивиты, носовые кровотечения, воспаление носоглотки. Со стороны крови часто

анемия, сопровождающаяся пойкилоцитозом и анизоцитозом, лейкопения, иногда лейкоцитоз с относительным лимфоцитозом.

Бензол – бесцветная жидкость с приятным сладковатым запахом. Образовывает мощную взрывчатую смесь, при горении производит копоть и гарь. Скапливаясь в нижней части нарколаборатории, пары бензола вызывают тяжелейшие отравления, могущие привести к почти моментальной смерти от остановки дыхания и падения сердечной деятельности, которой будут предшествовать: учащение пульса, резкое падение давления, тошнота, головокружение или резкая головная боль, возбуждение, сменяемое полнейшей апатией (иногда настолько сильной, что человек не в состоянии покинуть место токсичного заражения), судороги, потеря сознания. Бензол и его метаболиты оказывают выраженное гематотоксическое действие, при этом в наибольшей степени страдает лимфоидная линия клеток, так как полигидроокисленные метаболиты бензола аккумулируются в костном мозге и лимфоидных органах, вызывая гипоплазию и уменьшение клеточности центральных и периферических органов иммунной системы. Видимый признак такого явления – уменьшение клеточности в селезенке, тимусе. Уровень воздействия бензола на кровь в итоге определяется тремя последовательно развивающимися синдромами: лейко-, тромбоцито- и эритроцитопенией [1, с. 51]. Бензол относится к первой группе по доказанному канцерогенному действию на человека. Результат хронического отравления: онкологические заболевания, анемический синдром, бессонница, нарушение работы нервной и других систем организма, половая дисфункция, бесплодие или рождение неполноценного потомства.

Бром представляет собой тяжелую едкую жидкость красно-бурого цвета с сильным неприятным «тяжелым» запахом, очень токсичен. Острая интоксикация чаще всего развивается во время вдыхания человеком бромных испарений. Уже при содержании брома в воздухе в концентрации около 0,001 % (по объему) наблюдается стремительное нарастание симптомов: раздражение слизистых оболочек, приступы сухого кашля, одышка, сильный насморк, головокружение, носовые кровотечения, язык становится коричневого оттенка. При более высоких концентрациях – спазм дыхательных путей, нарастающее удушье. Попадание на кожный покров жидкого брома вызывает зуд, долговременное действие приводит к медленно заживающим язвам. При длительном употреблении брома или при работе с ним развивается бромизм – это хроническое отравление, при котором страдает нервная система и все внутренние органы, в частности бром оказывает глубокое действие на лимфатические железы, в особенности на околоушную железу, яичники и яички, приводя к различным заболеваниям у будущего потомства.

Ацетон (диметилкетон) – это органическое соединение, относящееся к классу кетонов, очень токсично. Может проникать в организм пероральным, ингаляционным путем или через кожный покров, легко всасывается в кровь и разносится по всему организму, оказывая токсическое воздействие на все органы, но в первую очередь на ткани головного мозга, приводя к летальному исходу.

Имеет специфический узнаваемый запах, который становится «фруктовым» в выдыхаемом больным воздухе. Выводится ацетон гораздо медленнее (в течение нескольких часов), чем поступает через легкие и почки, поэтому может накапливаться в организме. Диметилкетон взаимодействует с липидными компонентами биологических мембран, вызывает нарушение их проницаемости и развитие угнетающего (депримирующего) действия на центральную нервную систему. Летальная доза составляет не более 100 мл. При отравлении ацетоном клинические симптомы появляются стремительно и приводят к быстрому ухудшению состояния человека. При случайной ингаляции парами ацетона в малых концентрациях раздражаются слизистые оболочки глаз и верхние дыхательные пути, вызывается слабое наркотическое действие, сопровождаемое дисфорией. При больших дозах поражается нервная система (подавляющее действие, опьянение, заторможенность, шаткость при ходьбе, нистагм, атаксия, угнетение рефлексов, появляется запах ацетона изо рта, от кожного покрова и физиологических выделений человека, галлюцинации). В дальнейшем последовательно поражаются все отделы головного и спинного мозга. Непосредственно после приема ацетона появляется одышка на входе и на выдохе, вследствие расстройства кислотно-щелочного равновесия – метаболического ацидоза, развивается угнетение дыхания и α -адреналитический синдром (гипотензия + тахикардия), судорожный синдром, сопор, кома. Если диметилкетон попал в глаза или на слизистые оболочки, кожный покров, появляется жжение и боль, развивается химический ожог.

Учитывая наибольшую распространенность при химическом синтезе наркотических средств, именно токсичных (ядовитых) веществ, наиболее распространенным поражением организма человека является отравление, причем его опасность связана еще и с отсутствием каких-либо ярко выраженных непосредственных признаков.

Отравление – это синдромокомплекс, развивающийся в результате экзогенного воздействия на организм человека различных химических соединений в количествах, вызывающих нарушения физиологических функций и создающих опасность для жизни [7, с. 12].

Все отравления характеризуются тяжелыми медицинскими, социальными и экономическими последствиями (затратное лечение, длительная нетрудоспособность, инвалидность, высокая летальность).

В реальных условиях через легкие (ингаляционно) в организм поступают газообразные (парообразные) ксенобиотики. Если вдыхаемое вещество достаточно устойчиво в организме, т.е. не подвергается или почти не подвергается биотрансформации, происходит его накопление. Последнее является результатом динамического распределительного процесса, в котором кровь играет роль промежуточной фазы: получая вещество из вдыхаемого воздуха, кровь отдает его тканям, различающимся кровоснабжением и «емкостью» для данного вещества. В результате отмечается характерная картина накопления достаточно устойчивых ксенобиотиков в крови.

Поступление веществ в организм при вдыхании их паров зависит от ряда физиологических параметров организма: альвеолярной вентиляции, остаточного объема легких, проницаемости для данного вещества альвеолярно-капиллярной мембраны, скорости легочного кровотока, минутного объема сердца, общего объема крови, массы легочной ткани и ряда других параметров. Оно также определяется коэффициентами распределения вещества между воздухом и тканью легких, между воздухом и кровью, между кровью и различными тканями тела.

Токсикогенная стадия отравления – период течения острой химической болезни, начинающийся с момента попадания токсичного вещества в организм в концентрации, способной вызвать специфическое действие и продолжающийся до момента его удаления (от 1 часа до 2-3 суток). Характеризуется специфичностью клинических проявлений, отражающих химико-токсикологические свойства токсичного вещества, его воздействия на органы-мишени. Тяжесть течения этого периода заболевания имеет прямую зависимость от дозы принятого яда, его концентрации в крови.

Основной лечебной задачей в этом периоде является по возможности раннее сокращение его продолжительности путем использования различных методов ускоренной детоксикации, антидотной, симптоматической терапии. Соматогенная стадия отравления – период течения острой химической болезни, начинающийся после удаления из организма или разрушения токсичного вещества в виде следового поражения структуры и функций различных органов и систем организма, проявляющихся, как правило, различными соматическими, психоневрологическими осложнениями, такими как пневмония, острая почечная, печеночная недостаточность, токсическая полинейропатия, анемия, психоорганический синдром.

В ходе биотрансформации (детоксикации) может образовываться ряд продуктов, часть из них представляет собой соединения, менее опасные, чем исходные вещества, однако другие могут быть более реакционноспособными, чем исходные, и вследствие этого обладают более высокой биологической активностью [6, с. 358]. Самым крупным органом, принимающим участие в метаболизме ксенобиотиков, является печень. Также обмен веществ происходит в каждом покрове, тонкой кишке, почках, головном мозге, надпочечниках, гонадах и плаценте.

При острых отравлениях могут возникать жизнеугрожающие нарушения гомеостаза, устранение которых при первом контакте с пострадавшим является важнейшим этапом интенсивной терапии отравлений, часто определяющим конечный исход заболевания.

К быстро развивающимся относятся синдромы нарушения дыхания и кровообращения (нарушения ритма, проводимости сердца, сердечно-сосудистая недостаточность, токсический шок, угнетение дыхания, отек легких), психоневрологические (судорожные проявления, острые психозы, неврологиче-

ские нарушения, делирий, астения, токсическая кома, экстрапирамидные нарушения), а также болевой синдром.

Оказание медицинской помощи при острых химических отравлениях осуществляется на основе установленных стандартов медицинской помощи¹, реализуется только медицинскими работниками.

Успешность лечения пострадавшего также обеспечивается своевременной первой помощью, главным образом на первой стадии острого отравления, ведь своевременно оказанная первая помощь часто предотвращает летальный исход.

Первая помощь – это особый вид помощи, которая оказывается до оказания медицинской помощи при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни и здоровью пострадавших, лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальными правилами и имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, оказавшимися на месте происшествия, и (или) очевидцами происшествия. Осуществляется непосредственно на месте с использованием подручных средств, часто в порядке само- и взаимопомощи и не предполагает наличия медицинского образования² [5, с. 73].

Рассмотрим меры оказания первой помощи при острых отравлениях различными веществами сотрудниками полиции при проведении оперативно-розыскных мероприятий и следственных действиях в подпольных нарколабораториях, в соответствии с нормативной базой³.

1. Особое внимание необходимо уделить мероприятиям по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи в результате действия различных веществ в нарколаборатории. Сотрудник полиции должен:

- определить угрожающие факторы для собственной жизни и здоровья пострадавшего;

- по возможности устранить угрожающие факторы для жизни и здоровья;

- прекратить действия повреждающих факторов на пострадавшего. При отравлении химическим веществом ингаляционным путем первая помощь должна начинаться с прекращения поступления токсического вещества в организм, для этого нужно немедленно переместить пострадавшего из помещения нарколаборатории или склада с химическими веществами в безопасное место (удаление из опасной зоны) – на свежий воздух. Для облегчения дыха-

1 Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями : приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 925н.

2 Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ.

3 Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи : приказ Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 N 477н.

ния освободить от тесной одежды на шее и груди, расстегнуть ремень, приподнять ноги. Необходимо иметь в виду, что при отравлении некоторыми веществами (например, ацетоном, кислотами и др.) времени на оказание первой помощи мало, пострадавший может погибнуть в течение первых нескольких часов вследствие отказа печени, почек, остановки дыхания и сердечной деятельности.

2. Сотрудник полиции должен вызвать бригаду скорой помощи или дать указание окружающим сделать это! Все лечебные мероприятия проводятся только под наблюдением врача.

3. необходимо определить наличия сознания у пострадавшего. Для контроля сознания следует аккуратно взять человека за плечи, потормошить или похлопать по плечам, при этом громко произнести, обращаясь к пострадавшему: «Что с Вами? Что случилось (если знаете по имени, желательно назвать имя пострадавшего)»:

– если в ответ на эти действия человек издает звуки (даже неразборчивые), производит какие-то движения (любая реакция) – это признак наличия сознания. Необходимо опросить пострадавшего, выяснить его жалобы, осмотреть на предмет повреждений – это важная информация для медицинских работников;

– человек, находящийся в бессознательном состоянии, не сможет отреагировать, ответить на задаваемые вопросы: нет ни звуков, ни движений. Необходимо незамедлительно определить наличие дыхания и сердцебиения.

4. Произвести мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей и определению признаков жизни у пострадавшего:

– определить наличие дыхания с помощью слуха, зрения и осязания: необходимо запрокинуть голову пострадавшего, придерживая за лоб одной рукой, а второй (3-4 пальцем руки) поднять подбородок кверху для предотвращения западения языка. Наклониться ухом к лицу пострадавшего, чтобы слышать и чувствовать его дыхание, при этом смотреть на грудную клетку и живот, наблюдая за дыхательными движениями. Проверять дыхание необходимо в течение 10 секунд, считать при этом до десяти только вслух:

дыхание прослушивается, если за 10 секунд вы увидели (услышали, почувствовали) два и более дыхания (поднятий грудной клетки);

дыхания нет, если за 10 секунд вы не увидели поднятий грудной клетки, звуков дыхания, выдыхаемого воздуха изо рта и носа пострадавшего.

5. Определить наличие кровообращения. Проверка пульса производится на крупных (сонных) артериях. Необходимо приложить подушечки 2-4 пальцев к сонной артерии пострадавшего в треугольнике между передне-верхней частью щитовидного хряща и грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Проверять пульс в течение 10 секунд, считать при этом до десяти только вслух.

6. При отсутствии сознания, но при наличии дыхания и сердечных сокращений необходимо придать пострадавшему устойчивое боковое положение

(по возможности укутать тело пострадавшего одеялом, при этом голову оставлять всегда открытой), контролировать дыхание и сердцебиение;

– при отсутствии сознания, дыхания, кровообращения необходимо незамедлительно провести сердечно-легочную реанимацию: приступить к давлению руками на грудину пострадавшего, который должен располагаться лежа на спине на твердой ровной поверхности. При этом основание ладони одной руки участника оказания первой помощи помещается на середину грудной клетки пострадавшего, вторая рука помещается сверху первой, кисти рук берутся в замок, руки выпрямляются в локтевых суставах, плечи располагаются над пострадавшим так, чтобы давление осуществлялось перпендикулярно плоскости грудины. Давление руками на грудину пострадавшего выполняется весом туловища участника оказания первой помощи на глубину 5-6 см с частотой 100-120 в минуту. После 30 надавливаний руками на грудину пострадавшего необходимо осуществить искусственное дыхание методом «рот-ко-рту». Для этого следует открыть дыхательные пути пострадавшего (запрокинуть голову, поднять подбородок), зажать его нос двумя пальцами, сделать два вдоха искусственного дыхания. Вдохи искусственного дыхания выполняются следующим образом: необходимо сделать свой нормальный вдох, герметично обхватить своими губами рот пострадавшего и выполнить равномерное вдувание в его дыхательные пути в течение одной секунды, наблюдая за движением его грудной клетки. Ориентиром достаточного объема вдуваемого воздуха и эффективного вдоха искусственного дыхания является начало подъема грудной клетки, определяемое участником оказания первой помощи визуально. После этого, продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, необходимо дать пострадавшему совершить пассивный выдох, после чего повторить вдувание вышеописанным образом. На два вдоха искусственного дыхания должно быть потрачено не более десяти секунд. Продолжать реанимационные мероприятия следует до приезда бригады скорой помощи¹.

7. Если пострадавшему не требуется сердечно-легочная реанимация, после проверки сознания необходимо провести подробный осмотр пострадавшего в целях выявления признаков различных отравлений, полученных в нарколаборатории, угрожающих его жизни и здоровью. Прекращение воздействия опасных химических веществ на пострадавшего – возможное быстрое удаление яда из организма или с кожного покрова и слизистых оболочек. Следует выполнить первичную деконтаминацию, если она необходима (снять одежду, обмыть водой пораженные участки тела антидотом или водой). Деконтаминация (очищение поверхностей от загрязнителей) направлена на удаление невсосавшегося яда с поверхности кожного покрова, из глаз, а также с одежды пострадавшего. Детоксикация (естественное и искусственное удаление ток-

¹ Первая помощь. URL: https://cou548.mskobr.ru/attach_files/upload_users_files/5e26138b80779.pdf.

синов из организма) направлена на удаление всосавшегося яда из организма пострадавшего. Некоторые яды даже при коротком времени контакта с кожным покровом способны резорбироваться через неповрежденную кожу и оказывать токсическое действие:

- при попадании кислот или щелочей на кожный покров и видимые слизистые оболочки необходимо смывать в течение 10-15 минут струей проточной воды. При ожогах кислотами после промывания водой можно использовать щелочные растворы (2-3 % раствор пищевой соды – гидрокарбоната натрия – в мыльной воде) или наложить стерильную салфетку, смоченную слабым щелочным раствором. При ожогах серной кислотой воду использовать не рекомендуется, т.к. в этом случае происходит выделение тепла, что может усилить ожог. При ожогах щелочью также после промывания водой можно использовать для обработки ожоговой поверхности слабые растворы кислот (1-2 % раствор уксусной или лимонной кислоты);

- при наличии порошкообразного химического вещества или его кусочков на веках и конъюнктиве нужно удалить их влажной ватой или марлевой салфеткой. Если ядовитое вещество попало в глаза, необходимо промыть их струей воды в течение 20-30 минут, во время промывания глаза пострадавшего должны быть открыты. Не позволять тереть глаза руками. После промывания на поврежденный глаз наложить повязку и незамедлительно обратиться к врачу.

8. Продолжать контролировать состояние пострадавшего (сознание, дыхание, кровообращение), оказывать психологическую поддержку. Расспросить пострадавшего о наличии соматических заболеваний (например, очень опасно поступление ингаляционным путем ядовитых веществ пострадавшему с заболеваниями органов дыхания (астма, хронический бронхит, бронхоэктазы и др.), так как большая вероятность развития отека легких).

9. Сотруднику полиции необходимо передать пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи, другим специальным службам, работники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом.

Таким образом, в рамках данного материала нами рассмотрен вопрос оказания самопомощи и первой помощи сотрудниками полиции в местах незаконного изготовления и производства психоактивных веществ в лабораторных условиях, с акцентом на алгоритм действия при попадании ядовитых веществ в организм различными путями. Формирование новых знаний и умений будет способствовать не только эффективному выполнению служебных задач по борьбе с наркопроизводством, но и спасению жизни и здоровья пострадавших при профессиональной подготовки, в частности сотрудников подразделений по контролю за оборотом наркотиков МВД России [4, с. 269].

Библиографический список

1. Влияние бензола на иммунную систему и некоторые механизмы его действия / И.В. Михайлова, А.И. Смолягин, С.И. Красиков [и др.] // Иммунология. – 2014. – Т. 35. – N 1. – С. 51-55.
2. Волошина, И.С. Морфометрические изменения семенников и эпидидимисов крыс после ингаляционного воздействия на организм толуола / И.С. Волошина // Человек и его здоровье : Курский научно-практический вестник. – 2017. – N 1. – С. 73-76.
3. Кузовлев, В.Ю. Обеспечение личной безопасности сотрудников полиции при ликвидации нарколаборатории: тактико-криминалистические аспекты : учебно-методическое пособие / В.Ю. Кузовлев. – Домодедово: ВИПК МВД России, 2021. – 158 с.
4. Лисихина, Н.В. Усовершенствование навыков обучения сердечно-легочной реанимации при изучении дисциплины «Первая помощь» в профессиональной подготовке сотрудников правоохранительных органов / Н.В. Лисихина // Актуальные проблемы борьбы с преступностью: вопросы теории и практики : материалы XXII международной научно-практической конференции: в 2 ч. / отв. ред. Н.Н. Цуканов. – Красноярск: СибЮИ МВД России, 2019. – Ч. 2. – С. 266-269.
5. Первая помощь в образовательных организациях: нормативно-правовые аспекты / А.И. Махновский, И.М. Барсукова, Л.И. Дежурный [и др.] // Журнал «Неотложная хирургия» им. И.И. Джанелидзе. – 2022. – N 4(9). – С. 73-77.
6. Принципы поддержки процессов биотрансформации ксенобиотиков / Д.Р. Тазеддинова, Ф.Х. Суханбердина, И.К. Камар [и др.] // Молодой ученый. – 2016. – N 7(111). – С. 358-361.
7. Судебно-медицинская проблема установления причины смерти при вдыхании бытовых газов / В.Э. Янковский, Т.А. Агеева, Ю.В. Чикинев [и др.] // Медицинская экспертиза и право. – 2015. – N 5. – С. 11-12.