

## Юридические основы прав и обязанностей спасателей по оказанию ПМП

В целях совершенствования системы мероприятий по защите жизни и здоровья населения России при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, вызванных стихийными бедствиями, авариями и катастрофами, и во исполнение Указа Президента РФ от 20 апреля 1993 г. № 468 «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации», Постановления Правительства Российской Федерации от 18 апреля 1992 г. № 261 «О создании Российской системы предупреждения и действий в чрезвычайных ситуациях» Правительством Российской Федерации от 3 мая 1994 г. № 420 МЧС Российской Федерации поручено обеспечение функционирования системы обнаружения пораженных в районах чрезвычайных ситуаций, оказание им первой медицинской помощи и выноса (вывоза) из опасной зоны.

Положение о том, что именно личному составу аварийно-спасательных формирований вменяется в обязанность оказание пораженным в районе чрезвычайной ситуации первой медицинской помощи и выноса (вывоза) >их из опасной зоны подтверждено Федеральным законом Российской Федерации «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера», принятым Государственной Думой 11 ноября 1994 г., и Приказом Первого заместителя Министра Министерства РФ по делам ГО, ЧС и ликвидации последствий стихийных бедствий от 11 июля 1994 г. № 373.

Главной и конечной целью действий спасателя в чрезвычайных ситуациях является спасение жизни пострадавших при авариях, катастрофах и стихийных бедствиях. Эта проблема решается, усилиями всех участников — «ликвидаторов» последствий ЧС. В этой обстановке должно быть организовано четкое взаимодействие различных служб и ведомств с целью спасения жизни и оказания медицинской помощи максимально большему числу пострадавших.

От времени и качества оказания первой медицинской помощи в большинстве случаев зависит исход повреждения для пораженных. Первая медицинская помощь должна быть оказана пораженным немедленно или в ближайшие 30 мин после извлечения их из завалов, из воды, селевого потока, разрушенных и горящих зданий.

Из мировой практики ликвидации последствий ЧС известно, что, не получив необходимой помощи, через 1 ч после аварии или катастрофы умирают до 40% тяжелопораженных, через 3 ч — до 60, а через 6 ч — до 95%. Если спасатели начали работать в первые 3 ч после начала землетрясения, возможно спасение 90% оставшихся под завалами людей, через 6ч — лишь 50%. С течением времени число оставшихся в живых уменьшается, а через 10 дней спасти будет уже практически некого.

Первая медицинская помощь оказывается в ходе спасательных работ, которые ведутся круглосуточно на всей территории района аварии (катастрофы).

В тесном контакте со спасателями первую медицинскую помощь пораженным оказывает личный состав бригад скорой медицинской помощи непосредственно в очаге или на его границе (в зависимости от обстановки).

Мероприятия первой медицинской помощи различны в зависимости от вида поражения. Основными видами поражений людей в ЧС являются: травмы, термические ожоги, радиационные поражения; острые химические отравления; психоэмоциональные расстройства; массовые инфекционные заболевания; переохлаждения; перегревания; комбинированные поражения (механотермические, радиационно-термические, радиационно-механические и др.); несчастные случаи (утопления, солнечный, тепловой удар, укусы змей, бытовые отравления). Все названные виды поражений могут быть условно разделены на два профиля — хирургический и терапевтический.

К наиболее распространенным поражениям хирургического профиля относятся механические травмы, синдром длительного давления, переломы костей, наружные кровотечения, ожоги. Так, землетрясении в Армении (1988 г.) травмы черепа и позвоночника составили 27,1%, травмы груди, живота, таза — 19, переломы костей конечностей — 40,5, повреждения мягких тканей — 12,8, синдром длительного сдавления — 23,8%. Состояние шока отмечалось почти у 90% пострадавших.

К наиболее часто встречающимся поражениям терапевтического профиля следует отнести радиационные поражения, острые отравления СДЯВ при авариях на химических предприятиях, психоэмоциональные расстройства, массовые инфекционные заболевания, а также осложнения хронических заболеваний, преждевременные роды у беременных женщин и т. п.

Мероприятия первой медицинской помощи направлены, в первую очередь, на спасение жизни пораженного, в связи с чем, безусловно, необходимо максимально полное и тщательное их выполнение сразу же после получения повреждений. Эту помощь должен оказать первый, кто находится в данный момент рядом с пораженным. Именно потому, что первыми, кто придет на помощь жертвам аварии, катастрофы и т. п., являются специалисты аварийно-спасательных бригад, на них возлагается задача розыска, оказания первой медицинской помощи нуждающимся, выноса и вывоза их из опасной зоны.

При авариях, катастрофах и стихийных бедствиях значительное число пострадавших составляют дети. Так, при химической аварии в г. Арзамасе (1988 г.)

и железнодорожной катастрофе в Башкирии (1989 г.) они составили 13,7 и 24,3% соответственно.

При организации спасательных работ и оказании помощи детям необходимо учитывать многие факторы. В экстремальной ситуации у детей отсутствует такой вид медицинской помощи, как самопомощь и взаимопомощь. Поэтому спасатели, медицинские работники должны оказывать первую медицинскую помощь прежде всего детям, т. е. при одинаковой степени тяжести поражения дети имеют преимущество перед взрослыми при оказании первой медицинской помощи как в очаге (зоне) поражения, так и на этапах медицинской эвакуации. Вынос (вывоз) детей с мест поражения и их эвакуацию желательно проводить в сопровождении родственников (знакомых), взрослых людей. Детей в возрасте до 5 лет из очага поражения желательно выносить на руках, если это позволяет состояние пострадавшего ребенка, характер и локализация повреждения.

В химических очагах аварии или катастрофы все пораженные дети, независимо, от тяжести поражения, должны рассматриваться как носилочные. Обязательно следует учитывать психоэмоциональные особенности реакций пострадавшего ребенка. Они, в частности, заключаются в том, что детям, особенно младшего возраста (2—9 лет) свойственно неконтролируемое поведение, что затрудняет аварийно-спасательные работы и оказание им первой медицинской помощи.

Из вышеизложенного следует, что четкие и правильные действия спасателей во многом определяют дальнейшую судьбу и исход повреждений пострадавших, особенно детей.

**Понятие о мнимой и действительной смерти. Относительные и безусловные признаки смерти.** Наиболее тяжелым осложнением при тяжелых травмах, отравлениях, утоплениях, переохлаждениях, ожогах, поражениях электрическим током является остановка кровообращения и дыхания. В медицине оно называется терминальным состоянием (мнимой смертью) и до недавнего времени было равносильно диагнозу наступившей смерти. В настоящее время благодаря достижениям клинической и практической медицины в этом состоянии выделяются: преагония, агония, клиническая смерть.

Комплекс реанимационных мероприятий, которым должен быть обучен личный состав формирований аварийно-спасательных бригад, обязательно должен включать: методы временной остановки кровотечения; иммобилизацию подручными средствами; восстановление проходимости верхних дыхательных путей; искусственную вентиляцию легких по методу «изо рта в рот», «изо рта в нос»; технику закрытого массажа сердца.

Эти мероприятия не требуют наличия на месте катастрофы специальных приспособлений и средств для оказания помощи и должны осуществляться в любых условиях с использованием подручных материалов.

Принципиально важно знать, что при прекращении в организме кровообращения, когда прекратилась деятельность сердца, мозг еще некоторое время может выполнять свои функции, а затем в нем наступают глубокие нарушения. Эти нарушения обратимы при восстановлении кровообращения не позже, чем через 3—5 мин при температуре окружающего воздуха 15—20° С, а в отдельных случаях, например, при значительном охлаждении пострадавшего (утопление подо льдом) — спустя 10—15 мин. Таким образом, при внезапном прекращении кровообращения и остановке дыхания наступает обратимый этап «умирания» («терминальное состояние» или «мнимая смерть» — переходный период между жизнью и смертью). Следовательно, спасатель обязан не только точно выполнить комплекс сердечно-легочной реанимации, но и начать ее незамедлительно после констатации остановки сердца и прекращения дыхания. Констатация проводится по основным показателям: отсутствие сознания, дыхания, пульса на лучевых, сонных и бедренных артериях, расширение зрачков.

Если указанное критическое время (3—5 мин) после появления признаков «мнимой смерти» упущено, наступают необратимые изменения в клетках прежде всего коры головного мозга (декортикация), а затем и других отделов центральной нервной системы (ЦНС) — церебрализация или смерть мозга. Наличие или отсутствие смерти мозга регистрируют медицинские работники тех формирований, которые работают либо непосредственно в контакте со спасателями, либо в местах сбора пораженных. Важно отметить, что этот диагноз устанавливается на основе клинических данных и ряда специальных методов и не может быть компетенцией аварийно-спасательных формирований.

Массаж сердца и искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) необходимо продолжать либо до восстановления сердечной деятельности и дыхания, либо до передачи пораженного медицинским работникам. В тех случаях, когда в течение 3—5 мин при правильно проводимой сердечно-легочной реанимации признаки клинической смерти сохраняются, реанимационные мероприятия прекращаются.

Сердечно-легочная реанимация не проводится только при наличии признаков «действительной» или биологической смерти. Такими объективными признаками являются: гипостатические пятна («трупные пятна») на коже — прежде всего лица, шеи, области груди и затем по всему телу, трупное очоменение мышц, остекленение и высыхание глазного яблока с резким расширением зрачков.