

## **ВВЕДЕНИЕ**

Медицинское освидетельствование для установления состояния опьянения является комплексным мероприятием, выполняющим социальный заказ общества, включающим выполнение требований в первую очередь правового, медицинского, метрологического и морально-этического характера.

Поскольку освидетельствование выполняется в соответствии с требованиями действующих законов и других нормативных документов, его последствия могут повлечь определенные, порой достаточно серьезные для освидетельствуемого последствия. Врач, проводящий медицинское освидетельствование, должен прежде всего хорошо знать требования действующего законодательства, а также подзаконных актов, регламентирующих процедуру проведения медицинского освидетельствования.

Особенностями условий проведения медицинского освидетельствования является то, что к освидетельствованию привлекаются не только специалисты, занимающиеся именно этой деятельностью, например, врачи, работающие в кабинетах медицинского освидетельствования, но и неспециалисты в области медицинского освидетельствования – это широкий круг врачей других специальностей и фельдшеров, для которых проведение медицинского освидетельствования является дополнительной нагрузкой. Как правило, неспециалисты недостаточно знакомы с правовой базой освидетельствования, порядком его проведения и критериями обоснования заключения.

Еще одной особенностью является то, что подавляющее большинство актов медицинского освидетельствования, в которых установлено состояние опьянения водителя транспортного средства, рассматриваются мировым судьей с участием в судебном процессе адвоката, которые во многих случаях подвергают сомнению правомерность проведения освидетельствования и обоснованность вынесенного заключения.

Анализ судебной практики, а также обращения психиатров-наркологов и врачей общей практики, рассмотренные в ННЦ наркологии, показывают, что ошибки, имеющие место при проведении медицинского освидетельствования, чаще всего обусловлены следующими причинами:

- недостаточным знанием врачами, проводящими освидетельствование, содержания нормативных актов, изданных Минздравом РФ по данному вопросу;
- недостаточно подробным, невнимательным осмотром освидетельствуемого;
- небрежным заполнением акта медицинского освидетельствования;
- необоснованным вынесением заключения по результатам освидетельствования.

В данном пособии предпринята попытка изложить основы действующих в настоящее время правовых норм, определяющих правомерность проведения освидетельствования, требования к порядку проведения и оформления результатов освидетельствования, а также критерии вынесения обоснованного заключения по результатам освидетельствования с тем, чтобы помочь психиатрам-наркологам, врачам общей практики и фельдшерам, проводящим медицинское освидетельствование в устранении перечисленных выше ошибок.

Обеспечение безопасности труда на современном высокотехнологичном производстве при управлении техническими средствами повышенной опасности, требует от работников хорошего здоровья, функционального состояния, строгого ограничения в употреблении психоактивных веществ. Это требование нашло отражение в законодательстве многих стран. Реализация законов осуществляется путем проведения в установленном законом порядке медицинского освидетельствования работников производств и участников дорожного движения.

Следует иметь в виду, что постоянно усложняющиеся условия социального бытия и труда человека, приводит к изменению требований к его функциональному состоянию, что отражается в новых нормативных актах.

## **ГЛАВА 1. МЕДИЦИНСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ОПЬЯНЕНИЯ**

Наиболее широкий контингент лиц проходящих медицинское освидетельствование на состояние опьянения - это водители транспортных средств. Каждый год в России медицинское освидетельствование проходит не менее 2 миллионов водителей.

В западных странах употребление алкоголя водителями транспортных средств регламентируется предельным уровнем концентрации алкоголя в крови. Этот уровень обычно выражается в массе на единицу объема, например, миллиграмм на 100 миллилитров (мг/100 мл), миллиграмм на литр (мг/л). Концентрация в 8 частей на тысячу выражена в юридической терминологии США как 0,08%, в Скандинавии - как 0,8 промилле, в Канаде и ряде других стран - как 80 мг/100 мл.

Предельные уровни концентрации алкоголя в крови, ограничивающие его потребление водителями транспортных средств, в разных странах определяются законодательством с учетом социальных последствий пьянства за рулем, национальных традиций и ряда других факторов. Они представлены в **Таблице 1**.

**Таблица 1.**

Предельно допустимые уровни содержания алкоголя в крови (УСАК) для водителей в странах Европы (в г/дл)

Страна	УСАК	Страна или территория	УСАК
Австрия	0,05	Люксембург	0,05
Бельгия	0,05	Нидерланды	0,05
Великобритания	0,08	Норвегия	0,05
Венгрия	0,05	Португалия	0,05
Германия	0,05	Финляндия	0,05
Греция	0,05	Франция	0,05
Дания	0,05	Чешская Республика	0,05
Ирландия	0,08	Швейцария	0,08
Испания	0,05	Швеция	0,02
Италия	0,05	Эстония	0,02

Кроме того, в некоторых странах отдельным категориям водителей, и в первую очередь, водителям, работающим по найму, запрещается употреблять спиртные напитки при управлении транспортными средствами. В последние годы в подходах к контролю трезвости водителей за рубежом отмечаются две тенденции. Первая – снижение уровней предельных концентраций алкоголя в крови. Так, во Франции предельная концентрация снижена с 0,8 до 0,5 промилле, в Швеции - с 0,5 до 0,2 промилле. Проведено снижение этого предела с 0,8 до 0,5 в ряде других стран Европейского Союза.

Вторая тенденция – переход при определении концентрации алкоголя в организме водителя от исследования крови к исследованию выдыхаемого воздуха. Этому способствовали разработка и широкое внедрение в практику избирательных к алкоголю анализаторов паров алкоголя в выдыхаемом воздухе, обладающих малой погрешностью, способностью регистрировать протоколы исследования и избегать каких-либо ошибок при пробоотборе.

В связи с последним, во многих странах законодательно введены альтернативные с пределами по крови уровни предельных концентраций алкоголя в выдыхаемом воздухе (Таблица 2).

**Таблица 2**

**Пределы концентрации алкоголя в крови и в выдыхаемом воздухе по законам в отдельных странах.**

<b>Страна</b>	<b>Алкоголь в крови</b>	<b>Алкоголь в выдыхаемом воздухе</b>
Швеция	0,20 мг/г	0,1 мг/л
Норвегия	0,50 мг/г	0,25 мг/л
Голландия	0,50 мг/мл	220 мкг/л
Великобритания	80 мг/100 мл	35 мкг/100 мл
США	0,10 г/100 мл	0,10 г/210 л
Япония	0,50 мг/мл	0,25 мг/л
Австрия	0,80 мг/мл	0,40 мг/л

**Требования законодательных актов и нормативно-правовых документов, к порядку проведения медицинского освидетельствования**

Знание и правильное применение нормативно-правовых документов необходимо для практической работы.

В Российской Федерации Законом № 210-ФЗ от 24.07.2007г. в настоящее время, установлены предельно допустимые уровни содержания алкоголя в крови и выдыхаемом воздухе. Безусловно, введение количественного критерия, разработка методики освидетельствования с использованием этого критерия на основе применения современных измерительных приборов для количественного определения алкоголя в выдыхаемом воздухе объективизирует и упростит процедуру освидетельствования, а главное повысит требования к функциональному состоянию водителей транспортных средств.

Кодексом РФ об административных правонарушениях (КоАП) предусмотрены санкции за управление транспортным средством в состоянии опьянения (2). В новой редакции статьи 27.12 КоАП, утвержденной законом 210-ФЗ устанавливается, что под состоянием опьянения водителей следует понимать наличие абсолютного этилового спирта в концентрации 0,3 и более грамма на 1 л крови или 0,15 мг на 1 л выдыхаемого воздуха.

Вместе с тем в той же статье указано, что диагностическим критерием для вынесения заключения о состоянии опьянения водителя «может служить совокупность нарушений физических или психических функций человека вследствие употребления вызывающих опьянение веществ».

Отметим, что критерий состояния опьянения «наличие абсолютного этилового спирта в концентрации 0,3 и более грамма на 1 л крови или 0,15 мг на 1 л выдыхаемого воздуха» Законом РФ №210 –ФЗ, установлен только для водителей транспортных средств, а для других категорий освидетельствуемых диагностическим критерием при вынесении заключения об алкогольном опьянении по-прежнему может служить совокупность нарушений физических или психических функций человека.

Как мы уже отмечали, наиболее широкий контингент освидетельствуемых – это водители транспортных средств. Их освидетельствование производится на основании ст. ст. 12.8, 12.32, 27.1.6, 27.12 Кодекса РФ об административных правонарушениях (КоАП). В частности, п.1. ст.12.8 предусматривает санкции за управление транспортными средствами водителями, находящимися в состоянии опьянения; при этом закон не разделяет алкогольное или наркотическое опьянение.

Статья 12,26 предусматривает санкции за невыполнение водителем требований о прохождении медицинского освидетельствования на состояние опьянения. На основании п.б ст.27.12 КоАП медицинское освидетельствование на состояние опьянения лица, управляющего транспортным средством, и оформление его результатов осуществляются в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

Наряду с санкциями для водителей автотранспортных средств КоАП предусматривает санкции при состоянии опьянения для судоводителей (ст. 11.9, 11.13); в отношении граждан, потребляющих наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача (ст. 6.9); в связи с вовлечением в употребление спиртных напитков или одурманивающих веществ несовершеннолетних (ст. 6.10); в отношении граждан в связи с распитием алкогольной и спиртосодержащей продукции, либо потребляющих наркотические средства или психотропные вещества в общественных местах (ст. 20.20); при появлении в общественных местах в состоянии опьянения (ст. 20.21); при появлении в состоянии опьянения несовершеннолетних (ст. 20.22). В то же время в перечисленных в этом абзаце статьях не упомянуто проведение медицинского освидетельствования.

Медицинское освидетельствование на состояние опьянения предусматривает также Федеральный Закон «О занятости населения в Российской Федерации» с дополнениями от 17.07.99г. № 175 (3).

Трудовой кодекс РФ (ТК РФ) предусматривает возможность расторжения работодателем трудового договора в случае появления работника на работе в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения (Подпункт. Б п. 6 ст. 81 ТК РФ) (4).

Федеральный Закон от 08.01.98г. № 3 «О наркотических средствах и психотропных веществах» в ст. 44 определяет, что на медицинское освидетельствование может быть направлено лицо, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что оно больно наркоманией, находится в состоянии наркотического опьянения либо потребило наркотическое средство или психотропное вещество без назначения врача (5).

Медицинское освидетельствование данного лица проводится по направлению органов прокуратуры, органов дознания, органа, осуществляющего оперативно-розыскную деятельность, следователя или судьи. Для направления лица на медицинское освидетельствование судьи, прокуроры, следователи, органы дознания выносят постановление. Решение о направлении на медицинское освидетельствование может быть обжаловано в суде или опротестовано прокурором в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.02 № 930 утверждены «Правила медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством, и оформления его результатов». Как видно из наименования этих Правил, они определяют порядок освидетельствования только в отношении лиц, управляющих транспортным средством (6).

Правилами установлено, что медицинское освидетельствование на состояние опьянения проводится в организациях здравоохранения, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности с указанием соответствующих работ и услуг.

Освидетельствование проводится на основании протокола о направлении на медицинское освидетельствование, подписанного должностным лицом, которому предоставлено право государственного надзора и контроля за безопасностью движения и эксплуатации транспортного средства, и водителем транспортного средства. По результатам освидетельствования составляется акт.

Министерством здравоохранения Российской Федерации 21 июня 2003г. в целях приведения в соответствие с действующим законодательством РФ нормативных правовых актов Министерства здравоохранения СССР был издан Приказ № 274 о признании недействующим на территории РФ Приказа Минздрава СССР от 08.09.88 № 694 «О мерах по дальнейшему совершенствованию медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения» (7).

14 июля 2003г. Министерство здравоохранения Российской Федерации во исполнение Постановления Правительства РФ от 26.12.02 № 930 издает приказ № 308 «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения» (8).

Отметим, что все требования к порядку и методике проведения медицинского освидетельствования лиц, управляющих транспортными средствами, были отражены в нормативных актах, утвержденных Постановлением Правительства РФ № 930 от 26.12.02 и Приказом Минздрава РФ № 308 от 14.07.03.

В связи с Приказом Минздрава РФ № 399 от 12.08.03 «О признании не действующими на территории Российской Федерации документов Минздрава СССР» временная инструкция Минздрава СССР «О порядке медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения» и методические указания Минздрава СССР «Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения» от 01.09.88 № 06-14/33-14 признаны не действующими на территории Российской Федерации в части медицинского освидетельствования на состояние опьянения лиц, управляющих транспортными средствами (9).

Освидетельствование других лиц, не относящихся к водителям, которое осуществляется в связи с действием статей КоАП РФ либо в связи с действием иных законодательных актов, продолжает проводиться в соответствии с вышеупомянутыми Инструкцией и Методическими рекомендациями Минздрава СССР от 01.09.88 № 06-14/33-14 (10, 11).

Вопросы применения различных технических средств при проведении медицинского освидетельствования отражены в циркулярных информационных письмах Департамента организации и развития медицинской помощи населению Минздрава РФ от 02.02.04 № 10-04/6-инф. и 12.05.04 № 10-04/6-инф. (12). К письмам приложены перечни разрешенных к применению медицинских изделий для измерительных и индикаторных исследований на наличие наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя в организме человека, подготовленные по данным Департамента государственного контроля лекарственных средств и медицинской техники Минздрава России.

Следует отметить, что в связи с введением количественного контроля при выявлении состояния опьянения потребуются уточнение этих перечней. В странах, где для водителей введен предельно допустимый уровень содержания алкоголя в выдыхаемом воздухе, используют для определения алкоголя в выдыхаемом воздухе, как правило, отечественные измерительные приборы с цифровой распечаткой результатов. Протокол, выдаваемый эти прибором в трех экземплярах, является официальным документом, в нем содержатся сведения о приборе (наименование, номер, дата последней поверки), дата и время исследования, фамилия, имя и отчество водителя, результат исследования окружающего воздуха (чтобы исключить возможность влияния внешних факторов), результат

исследования выдыхаемого воздуха водителя, подпись официального лица проводившего исследование.

10 января 2006 года вышел приказ Минздрава РФ № 1 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 июля 2003 года № 308 (13). Инструкция, приложенная к нему, уточняет и делает однозначными ряд формулировок инструкции, приложенной к приказу № 308, а также подробно описывает порядок обследования лиц, подозреваемых в употреблении наркотических средств и психотропных веществ.

Таким образом, в настоящее время медицинское освидетельствование лица, которое управляет транспортным средством, производится в соответствии с приказом Минздрава РФ № 1 от 10 января 2006 года «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 июля 2003 года № 308» и приказом от 14 июля 2003 года № 308 «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения».

В этих документах четко сформулированы требования к процедурам направления на освидетельствование и его проведения. При нарушении этих требований проведение освидетельствования может быть в дальнейшем признано неправомерным.

Медицинское освидетельствование водителей проводится на основании протокола о направлении на медицинское освидетельствование, подписанного должностным лицом, которому предоставлено право государственного надзора и контроля за безопасностью движения и эксплуатации транспортного средства, и водителем транспортного средства, в отношении которого применяется донная мера обеспечения производства по делу об административном правонарушении.

В остальных случаях освидетельствование производится по направлениям от работников правоохранительных органов или по письменному направлению от предприятий, учреждений и организаций, т.е. места работы освидетельствуемого, с круглой печатью и подписью должностного лица, а также по письменному заявлению самого освидетельствуемого, если врач сочтет причины обращения за освидетельствованием убедительными.

Освидетельствование проводится как непосредственно в организациях здравоохранения, так и в специально оборудованных для этой цели передвижных пунктах медицинского освидетельствования (ППМО), соответствующих установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации требованиям.

Салон ППМО должен иметь размеры, удобные для проведения освидетельствования, в салоне должны быть оптимальные климатические параметры, освещенность, он обеспечивается удобной для работы мебелью, умывальником, холодильником, туалетом и



мусоросборником, снабжен всеми необходимыми для проведения освидетельствования оборудованием и требующимися документами. Каждый ППМО должен иметь регистрационное удостоверение Минздрава.

### **Проведение медицинского освидетельствования**

При освидетельствовании, как в медицинских учреждениях, так и ППМО используются технические средства индикации и измерения, разрешенные Министерством здравоохранения Российской Федерации для использования в медицинских целях и рекомендованные для проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения.

Руководитель учреждения, в котором производится освидетельствование, обеспечивает и контролирует строгое и точное соблюдение методик подготовки и использование приборов, выполнение правил отбора проб, проведения химических реакций на алкоголь, правильное заполнение протоколов освидетельствования и ведение журнала регистрации освидетельствований.

Врач, проводящий медицинское освидетельствование, обязан пройти соответствующее обучение и в первую очередь должны знать требования нормативных документов Минздрава РФ по этому вопросу. Он составляет акт или протокол медицинского освидетельствования в установленной форме в двух экземплярах, в котором подробно излагаются сведения о внешнем виде освидетельствуемого, его поведении, эмоциональном фоне, речи, вегето-сосудистых реакциях, состоянии двигательной сферы, жалобы освидетельствуемого, его субъективная оценка своего состояния; отмечается наличие или отсутствие запаха алкоголя, указываются результаты лабораторных исследований.

Освидетельствование должно проводиться в корректной обстановке, исключающей присутствие посторонних лиц не участвующих в процедуре, а также обвинительный тон и комментарии по поводу доставки освидетельствуемого.

Если проведение освидетельствования в полном объеме не представляется возможным в силу сложившихся обстоятельств (из-за тяжести состояния испытуемого, отказа его от освидетельствования и т.д.), в акте медицинского освидетельствования указываются причины, почему не было выполнено то или иное исследование.

Основой медицинского заключения в отношении состояний, связанных с потреблением алкоголя, служат данные всестороннего медицинского освидетельствования. После его завершения производится отбор выдыхаемого воздуха для исследования его на наличие алкоголя.

Лабораторные исследования при проведении освидетельствования являются обязательными. Это могут быть, например, исследования выдыхаемого воздуха на наличие в нем алкоголя, либо мочи - на наличие в ней наркотических или иных психотропных веществ. Кровь для анализов на алкоголь берется в исключительных случаях: по медицинским показаниям (например, тяжелые травмы, отравления и т.п.), а также в случаях, если из-за тяжести состояния освидетельствуемого признаки опьянения выявить не удастся.

Заключение об опьянении выносится на основании выявления клинических признаков опьянения и положительных результатов исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя или определения психоактивных веществ в биологических жидкостях. Степень опьянения не указывается, так как такого требования в законодательных актах нет. Тем не менее, врач может столкнуться с наличием у освидетельствуемого алкогольной или наркотической интоксикации различной тяжести.

Алкогольное опьянение многократно описано в отечественной медицинской литературе (Г.В.Морозов, А.К.Качаев, Г.Я.Лукачер, 1973; Г.В.Морозов, 1983; Н.Н.Иванец, А.Е.Успенский, 1989; Т.Б.Дмитриева, А.Л.Игонин и др., 2003; А.Г.Зеренин, С.М.Мостовой, 2006), а также отражено в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

В частности, в МКБ-10 под острой интоксикацией - шифр /F1x.0/, понимается преходящее состояние вслед за приемом психоактивного вещества, заключающееся в расстройствах сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения или других психофизиологических функций и реакций, статики, координации движений, вегетативных и других функций. Выделяются следующие диагностические критерии острой интоксикации:

G1. Очевидность недавнего употребления психоактивного вещества (или веществ) в достаточно высоких дозах, чтобы вызвать интоксикацию.

G2. Симптомы и признаки интоксикации должны соответствовать известному действию конкретного вещества (или веществ) и они должны отличаться достаточной выраженностью, чтобы привести к клинически значимым нарушениям уровня сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоционального состояния или поведения.

G3. Имеющиеся симптомы или признаки не могут быть объяснены заболеванием, не связанным с употреблением веществ, а также другим психическим или поведенческим расстройством.

Острая интоксикация - преходящее явление. Ее интенсивность со временем уменьшается, и при отсутствии дальнейшего употребления вещества ее действие прекращается. Выздоровление, поэтому, является полным, за исключением случаев, где имеется повреждение органов или другое осложнение.

В практике медицинского освидетельствования наиболее информативными симптомами алкогольного опьянения являются нарушения психической сферы, речи и походки.

Так, при алкогольном опьянении легкой степени, обследуемые часто бывают нарочито сдержанными, замкнутыми. При этом их речевая продукция обеднена. Отмечается эмоциональная напряженность. Они осторожны в высказываниях, обдумывают ответы, стремятся скрыть проявление опьянения. В других случаях обследуемые начинают протестовать против привлечения их к освидетельствованию, угрожают, провоцируют конфликты. Из эмоциональных проявлений, помимо напряженности, демонстративного поведения, могут отмечаться эйфоричность, неустойчивость настроения, раздражительность, апатия, тревожность. Выявляется смазанность речи при ответах на вопросы, в особенности, при выполнении тестов со счетом, пошатывания при ходьбе, отклонения в сторону при быстрых поворотах. Выявляются нарушения мимики, мелких движений, удержания вертикальной позы. Наблюдается горизонтальный нистагм при крайних отведениях глазных яблок в стороны. Снижения или исчезновения зрачковых, корнеальных и сухожильных рефлексов при легкой степени опьянения не наблюдается. Они, как правило, отмечаются при более глубокой алкогольной интоксикации. Что касается вегетативно-сосудистых реакций, то они имеют менее доказательное значение. Измененные вегетативные реакции чаще выявляются у трезвых лиц, и в этих случаях они в большей мере обусловлены реакцией на обстоятельства, повлекшие освидетельствование, и самим фактом освидетельствования. Проявления эмоциональных и вегето-сосудистых реакций в условиях проведения освидетельствования тем реже, чем выше содержание алкоголя в крови и чем менее критично относится освидетельствуемый к создавшейся ситуации (Э.А. Бабаян, В.В. Посохов, 1980).

Выявлению функциональных расстройств, возникших под влиянием психоактивных веществ, может способствовать проведение инструментальных психофизиологических исследований, оценивающих функции внимания, памяти, зрительного восприятия, координацию движений, зрительно-моторные реакции. Такие результаты неоднократно были получены в лабораторных условиях. Однако в практике экспертизы опьянения проведение психофизиологических исследований не нашло применения из-за значительных индивидуальных различий исследуемых показателей у трезвых лиц.

Ошибки при вынесении заключения об алкогольном опьянении чаще всего связаны с тем, что врач, проводящий освидетельствование, не дифференцирует признаки употребления алкоголя в небольших количествах, не вызывающих функциональных расстройств, от

признаков алкогольного опьянения, характеризующегося перечисленными функциональными расстройствами.

Многие исследователи отмечают, что в экспертной практике клиническая картина алкогольного опьянения выявляется при концентрации алкоголя в крови выше 0,8-1,0 промилле (В.А. Балякин, 1962; В.И. Прозоровский, И.С. Карандаев, А.Ф. Рубцов, 1967).

При средней степени алкогольного опьянения наблюдаются выраженные изменения психической деятельности (неадекватное поведение, нередкие нарушения ориентировки в ситуации, месте, времени, заторможенность, быстрая смена настроения, агрессия, фрагментарность высказываний и др.).

Отмечаются резкий запах алкоголя изо рта, двигательные расстройства (неустойчивость при ходьбе и стоянии, выраженная дизартрия, грубые расстройства координации движений), выявляется снижение брюшных и сухожильных рефлексов, болевой чувствительности.

Для алкогольного опьянения тяжелой степени характерны: грубые расстройства психической деятельности (резкая заторможенность, сонливость, малая доступность контакту с окружающими, отрывочные, бессмысленные высказывания); тяжелые нервно-мышечные нарушения (неспособность стоять и выполнять целенаправленные действия, подавление сухожильных и снижение корнеальных рефлексов).

Опьянение тяжелой степени сопровождается выраженными вегето-сосудистыми расстройствами (бледность кожных покровов и слизистых оболочек, потливость, слюнотечение, хриплое дыхание, пульс частый, артериальное давление понижено), изо рта резкий запах алкоголя.

Развивающееся вслед за выраженной алкогольной интоксикацией астеническое состояние, так же, как и само опьянение, резко снижает трудоспособность, увеличивает риск совершения аварий. Очевидно, что головная боль, тошнота, вегетативная лабильность, тремор конечностей, повышенная утомляемость, сонливость — все эти проявления постинтоксикационного синдрома не могут не влиять на работоспособность человека. Для этого синдрома характерны не только специфическая клиническая картина, но и ряд биохимических сдвигов, например, метаболический ацидоз, гипогликемия, которые при подробном изучении их особенностей могут стать основой лабораторных приемов выявления данного состояния.

Не следует забывать о возможности проявления у освидетельствуемого признаков измененных форм простого алкогольного опьянения. Их проявления, а также проявления патологического опьянения описаны ниже. **(Приложение 1).**

Определение алкоголя в выдыхаемом воздухе, слюне или другой биологической среде организма не позволяет окончательно судить о степени опьянения человека. Это связано с неодинаковой реакцией различных людей и непостоянной реакцией отдельного индивида на одни и те же дозы алкоголя, а также с фазой алкогольной интоксикации, в которой находится обследуемый.

Длительность нахождения алкоголя в организме человека обусловлена, в основном, количеством выпитого алкоголя и может быть определена с учетом окисления 7-10 г чистого алкоголя в 1 час. Например, в 100 мл водки содержится около 40 мл чистого алкоголя, т.е. алкоголь может определяться в выдыхаемом воздухе, слюне и крови в течение 4-5 часов с момента употребления этой дозы. В моче алкоголь может быть определен и позднее, так как в составе мочи он находится в мочевом пузыре неопределенно долгое время вплоть до момента его опорожнения.

Концентрация алкоголя в крови, в фазу элиминации, при невысоком его содержании (до 1,0 - 1,5 промилле) снижается примерно на 0,1 - 0,16 промилле в 1 час. При высоких концентрациях алкоголя в крови окислительные процессы активируются, снижение его концентрации в крови происходит быстрее и может достигать, например, 0,27 промилле в час. Окисление и выделение алкоголя повышаются также с ускорением обмена веществ, например, при физической работе, тепловых воздействиях, гипертермии (Н.Н. Иванец, А.Е. Успенский, 1989). Скорость элиминации других ПАВ из биологических сред (в частности мочи) приведена в **Приложении 2**.

Состояние опьянения не всегда связано с употреблением алкоголя. В ряде случаев на освидетельствование доставляются лица в состоянии опьянения (острой интоксикации), вызванного наркотическими или иными веществами. Следует иметь в виду и возможность сочетания приема алкоголя с другими психотропными средствами, например, снотворными, седативными, транквилизаторами и др. При этом картина опьянения обычно отличается по своим проявлениям от картины "чистого" алкогольного опьянения, а выраженность ее не соответствует, как правило, низкой концентрации алкоголя в выдыхаемом воздухе или биологических жидкостях.

Выявив характерные клинические признаки опьянения, и, определяя далее характер опьянения, врач, проводящий освидетельствование, должен стремиться получить доказательства, подтверждающие связь наблюдаемого клинического синдрома с употреблением конкретных веществ соответствующих групп. В акте освидетельствования указываются установленное вещество и методы, которыми оно определено.

Это необходимо в случаях, когда, наряду с наличием клинических симптомов опьянения при отсутствии запаха алкоголя и отрицательных химических пробах на алкоголь,

результаты химико-токсикологического исследования подтверждают употребление освидетельствуемым вещества или веществ, оказывающих одурманивающее действие.

### **Опьянение психоактивными веществами**

Большое значение при диагностике наркотического опьянения имеют особенности клинической картины опьянения. Знание клинических признаков, появляющихся в связи с употреблением различных психоактивных веществ (ПАВ), наряду со сведениями, поступающими от лиц, сопровождающих освидетельствуемого, помогают целенаправленному выявлению конкретного ПАВ при направлении биологических сред на анализ.

Психоактивные вещества действуют практически на все органы и системы, но наиболее значимыми в диагностическом плане являются симптомы, отражающие воздействие ПАВ на центральную нервную систему (ЦНС). Употребление ПАВ приводит к различным нарушениям сознания, познавательной способности, восприятия, суждения, эмоционального состояния, поведения, других психофизиологических функций и реакций. Характер и степень интоксикации, прежде всего, зависят от типа и дозы ПАВ, индивидуального уровня толерантности, поэтому внешние клинические признаки интоксикации обычно более выражены у начинающих потребителей (низкая толерантность) или при передозировке. У высокотолерантных больных наркоманиями и токсикоманиями состояние привычной интоксикации не имеет явных внешних клинических признаков (исключение составляют потребители ПАВ, интоксикация которыми сопровождается психотическими расстройствами, - галлюциногены, кетамин, вещества с холинолитическим действием (паркопан), летучие органические соединения и др.).

В таких случаях о возможном факте употребления ПАВ можно заподозрить по следующим косвенным признакам: внешний вид либо ультрамодный в молодежной среде, либо неряшливый и запущенный; следы от внутривенных инъекций по ходу поверхностных вен, изменение самих вен (склерозирование, прокрашивание, следы от воспалительных процессов по ходу вен), следы от внутримышечных инъекций в необычных местах (плечи, передняя поверхность бедер и т.д.); признаки хронической интоксикации (дефицит веса, бледно-серые кожные покровы, тусклые и ломкие волосы, ногти в виде "часовых стекол", "запавшие" глаза, гнойничковая сыпь на коже лица, спины и т.д.); использование наркоманического сленга; резкий химический запах ПАВ или ингредиентов, используемых для его приготовления. Кроме перечисленных выше неспецифических признаков употребления ПАВ, существуют признаки специфические, характерные для состояний

интоксикации веществами с определенной химической структурой (И.Н. Пятницкая, 1994; М.Г. Цетлин, М.Л. Рохлина, 1999; А.Г. Зеренин, Н.В. Стрелец, 2001).

В Международной классификации болезней (МКБ-10) эти признаки отражены в следующих рубриках;

F11.0x. Острая интоксикация, вызванная употреблением опиоидов

Выявляются общие критерии для острой интоксикации (F1x.0). Имеют место признаки изменения психического состояния из числа следующих: апатия и седация; расторможенность; психомоторная заторможенность; нарушения внимания; нарушения суждений; нарушения социального функционирования. Могут присутствовать признаки из числа следующих: сонливость; смазанная речь; сужение зрачков (за исключением состояний аноксии от тяжелой передозировки, когда зрачки расширяются, угнетение сознания (например, сопор, кома).

*Примечание:* При тяжелой острой интоксикации опиоидами могут наблюдаться угнетение дыхания (и гипоксия), гипотензия и гипотермия.

F12.0x. Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиноидов

Выявляются общие критерии для острой интоксикации (F1x.0). Имеют место признаки изменения психического состояния из числа следующих: эйфория и расторможенность; тревога или агитация; подозрительность (параноидная настроенность); чувство замедления времени и/или переживание быстрого течения мыслей; нарушения суждений; нарушения внимания; изменение скорости реакций; слуховые, зрительные или тактильные иллюзии; галлюцинации с сохранностью ориентировки; деперсонализация; дереализация; нарушения социального функционирования. Могут присутствовать признаки, из числа следующих: повышение аппетита; сухость во рту; инъецированность склер; тахикардия.

F13.0xx. Острая интоксикация, вызванная употреблением седативных или снотворных средств.

Выявляются общие критерии для острой интоксикации (F1x.0). Имеют место признаки изменения психического состояния из числа следующих: эйфория и расторможенность; апатия и седация; грубость или агрессивность; лабильность настроения; нарушения внимания; антероградная амнезия; нарушения социального функционирования. Могут присутствовать признаки из числа следующих: шаткость походки; нарушения статики и координации движений; смазанная речь; нистагм; угнетение сознания (например, сопор, кома); эритематозные или буллезные высыпания на коже.

*Примечание:* В тяжелых случаях острая интоксикация седативными или снотворными препаратами может сопровождаться гипотензией, гипотермией и угнетением глотательного рефлекса.

F14.0x. Острая интоксикация, вызванная употреблением кокаина.

Выявляются общие критерии для острой интоксикации (F1x.0). Имеют место признаки изменения психического состояния из числа следующих: эйфория и ощущение повышенной энергичности (прилива энергии); повышение уровня бодрствования ("сверхбодрствование"); переоценка собственной личности; грубость или агрессивность; склонность к спору; лабильность настроения; стереотипные действия; слуховые, зрительные или тактильные иллюзии; галлюцинации, обычно с сохранностью ориентировки; параноидная настроенность; психомоторное возбуждение (иногда заторможенность); нарушения социального функционирования от чрезмерной общительности до социальной отгороженности. Могут присутствовать признаки из числа следующих: тахикардия (иногда брадикардия); сердечная аритмия; артериальная гипертензия (иногда гипотензия); потливость и озноб; тошнота или рвота; расширение зрачков; мышечная слабость; боли в груди; судороги.

F15.0xx. Острая интоксикация, вызванная употреблением других стимуляторов (включая кофеин)

Выявляются общие критерии для острой интоксикации (F1x.0). Имеют место признаки изменения психического состояния из числа следующих: эйфория и чувство прилива энергии; повышение уровня бодрствования ("сверхбодрствование"); переоценка собственной личности; грубость или агрессивность; склонность к спору; психомоторное возбуждение (иногда заторможенность); лабильность настроения; стереотипные действия; слуховые, зрительные или тактильные иллюзии; галлюцинации, обычно с сохранностью ориентировки; параноидная настроенность; нарушения социального функционирования от чрезмерной общительности до социальной отгороженности. Могут присутствовать признаки из числа следующих: тахикардия (иногда брадикардия); сердечная аритмия; артериальная гипертензия (иногда гипотензия); потливость и озноб; тошнота или рвота; возможное снижение массы тела; расширение зрачков; мышечная слабость; боли в груди; судороги.

F16.0xx. Острая интоксикация, вызванная употреблением галлюциногенов

Выявляются общие критерии для острой интоксикации (F1x.0). Имеют место признаки изменения психического состояния из числа следующих: тревога и боязливость; слуховые, зрительные или тактильные иллюзии и/или галлюцинации, возникающие в состоянии бодрствования; деперсонализация; дереализация; параноидная настроенность; идеи отношения; лабильность настроения; импульсивные поступки; гиперактивность;



нарушения внимания; нарушения социального функционирования. Могут присутствовать признаки из числа следующих: тахикардия; сердцебиение; потливость и озноб; тремор; расширение зрачков; нарушения координации; снижение остроты зрения.

F17.0x. Острая интоксикация, вызванная употреблением табака (острая никотиновая интоксикация)

Выявляются общие критерии для острой интоксикации (F1x.0). Имеют место признаки изменения психического состояния из числа следующих: лабильность настроения; нарушения сна. Могут присутствовать признаки из числа следующих: тошнота или рвота; головокружение; потливость; тахикардия; сердечная аритмия.

F18.0xx. Острая интоксикация, вызванная употреблением летучих растворителей

Выявляются общие критерии для острой интоксикации (F1x.0). Имеют место признаки изменения психического состояния из числа следующих: апатия и глубокий, близкий к летаргическому, сон; грубость или агрессивность; лабильность настроения; нарушения суждений; нарушения внимания и памяти; психомоторная заторможенность; нарушения социального функционирования. Могут присутствовать признаки из числа следующих: шаткость походки; нарушения статики и координации движений; смазанная речь; нистагм; угнетенность сознания (например, сопор, кома); мышечная слабость; нечеткость зрения или диплопия. В тяжелых случаях острая интоксикация летучими растворителями может сопровождаться гипотензией, гипотермией и угнетением глотательного рефлекса.

F19.0xx. Острая интоксикация, вызванная одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ

Эта рубрика должна использоваться, когда имеются данные об интоксикации, обусловленной недавним приемом других психоактивных веществ (например, фенциклидина) или нескольких психоактивных веществ, где не ясно какое вещество является основным.

Кроме того, в связи со значительным расширением употребления отдельных препаратов, приводим признаки острой интоксикации, вызванной ими.

Острая интоксикация отдельными лекарственными препаратами (паркопан, циклодол, димедрол, пипольфен и др.)

Отмечаются расширение зрачков (при употреблении димедрола обычно не бывает), нистагм, нарушения конвергенции и аккомодации, гиперемия кожных покровов, сухость слизистых, кожи. Характерны тахикардия, колебания артериального давления, немотивированная веселость, речь ускорена, внимание нарушено. При углублении интоксикации возникает оглушение, нарушается ориентировка в месте и времени. Очень

характерно развитие психотических эпизодов в виде иллюзий, галлюцинации, чаще всего зрительных и слуховых, носящих характер инсценировки. Поведение определяется содержанием галлюцинаций - что-то ищут или прячут, обходят несуществующие предметы, с кем-то разговаривают, принимают окружающих за своих знакомых и т.д. Иллюзорно-галлюцинаторные расстройства обычно сопровождаются растерянностью, страхом, После выхода из интоксикации психотические переживания часто амнезируются.

**Острая интоксикация кетамином.**

В начале интоксикации отмечается короткий эпизод психомоторного возбуждения, сопровождающийся тахикардией и небольшим подъемом артериального давления, гиперрефлексия. Часто отмечаются психотические эпизоды в виде зрительных и тактильных галлюцинаций, крайне редко - слуховые. Характерны растерянность, дисфория, Речь смазана, неразборчива, лицо амимично, сознание спутано. Продуктивному контакту практически не доступны, движения медленны и стереотипны. На выходе из состояния интоксикации иногда отмечается частичная амнезия.

### **Вынесение заключения**

Заключение об опьянении выносится на основании выявления клинических признаков опьянения и положительных результатов исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя или определения психоактивных веществ в биологических жидкостях. Степень опьянения не указывается, так как такого требования в законодательных актах нет.

Наличие симптомов опьянения при отсутствии запаха алкоголя изо рта и отрицательных химических пробах на алкоголь заставляет предположить, что опьянение (острая интоксикация) вызвано наркотическим средством или другим психоактивным веществом.

С учетом того, что большинство химико-токсикологических лабораторий регионов не имеют стандартов, позволяющих охватить весь спектр употребляемых в немедицинских целях наркотиков, допустимо вынесение заключения об опьянении при наличии у обследуемого клинических признаков опьянения (одурманивания), но невозможности лабораторно установить искомое вещество (13).

Следует помнить, что в наиболее типичных и частых случаях освидетельствования наличия клинических признаков опьянения и положительных результатов исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя достаточно для вынесения заключения о состоянии опьянения. Лабораторные исследования биологических жидкостей при этом не требуются.

Проведение лабораторного исследования биологических сред относится в первую очередь к случаям, когда при наличии клинических признаков состояния опьянения исследование выдыхаемого воздуха не выявляет в нем наличия алкоголя. В этих случаях исследуют преимущественно мочу на наличие в ней психотропных веществ; кроме того, при тяжелом состоянии освидетельствуемого исследуют кровь для определения в ней алкоголя и его концентрации.

Следует обратить внимание на то, что количественным критерием, позволяющим вынести заключение об опьянении в отношении водителя, находящегося в таком тяжелом состоянии, которое не позволяет выявить клинические признаки опьянения, является концентрация алкоголя в крови 0,5 промилле и выше. Если же в такой ситуации окажется не водитель транспортного средства, а другое лицо, которому проводится медицинское освидетельствование в соответствии с действующими требованиями вышеупомянутых Временной инструкции и Методических указаний Минздрава СССР от 01.09.88 № 06-14/33-14, то количественный критерий для него составляет 1,0 промилле алкоголя в крови. Почему это так? Для освидетельствования водителей транспортных средств применен количественный критерий, введенный большинством европейских стран 0,5 промилле. Другой критерий - 1,0 промилле — соответствует такой концентрации алкоголя в крови, при которой в подавляющем большинстве случаев начинают выявляться клинические признаки опьянения. Безусловно, с 01.07.2008г. об опьянении водителей будет свидетельствовать наличие алкоголя в крови в концентрации 0,3 и более промилле.

В заключении должен содержаться четкий ответ на вопрос, поставленный перед медицинским учреждением, проводящим освидетельствование, статьей 12.8 КоАП РФ: находится ли водитель в состоянии опьянения? Конкретных ответов на этот вопрос может быть только два:

- установлено состояние опьянения;
- состояние опьянения не установлено.

Вид опьянения (алкогольное, наркотическое и пр.) в заключении не указывается.

## КЛИНИКА ИЗМЕНЕННЫХ ФОРМ ПРОСТОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

**Под измененными формами простого алкогольного опьянения** (атипичные формы опьянения) понимаются состояния острой интоксикации алкоголем легкой или средней тяжести, при которых (по сравнению с простым опьянением) происходит изменение выраженности отдельных расстройств, либо нарушается последовательность их возникновения, либо развиваются симптомы, не свойственные простому алкогольному опьянению. Измененные формы простого алкогольного опьянения возникают обычно на патологической почве (психопатии, олигофрении, различные по генезу психические заболевания, в том числе сопровождаемые симптоматическим алкоголизмом), при резидуальном органическом поражении головного мозга, сформировавшемся алкоголизме, одновременном употреблении алкоголя и ПАВ, в случаях, когда опьянение протекает на фоне соматического заболевания, а также при психогениях. Выделяют следующие варианты атипичного алкогольного опьянения.

**Эксплозивный вариант** простого измененного алкогольного опьянения. Проявляется слабо выраженной эйфорией, легко сменяющейся преходящими вспышками резкого недовольства, раздражения или злобы. Соответственно с ними изменяются содержание высказываний и поведение. Эти вспышки непродолжительны, чередуются с относительным успокоением и даже благодушием, но в течение опьянения повторяются неоднократно.

**Дисфорический вариант** измененного простого алкогольного опьянения. Характеризуется стойким состоянием напряженности, сопровождаемой недовольством, угрюмостью, неприязнью или злобой. Почти всегда выявляется пониженно-тоскливый аффект. Возникают ощущение соматического дискомфорта. Опьяневший становится придирчивым, язвительным, задиристым, конфликтным.

**Истерический вариант** измененного простого алкогольного опьянения. Поведение носит демонстративный характер, всегда рассчитано на зрителя. Двигательные нарушения принимают форму примитивных моторных реакций (метание с заламыванием рук, двигательной бури, астазии-абазии). Иногда опьяневшие капризничают, плачут, ведут себя как маленькие дети (пуэрилизм) или демонстрируют утрату простейших навыков самообслуживания и элементарных знаний (псевдодеменция), наносят себе легкие повреждения, совершают демонстративные суицидальные попытки.

**Депрессивный вариант** измененного простого алкогольного опьянения. Характерная для начального периода эйфория непродолжительна. Преобладает подавленное настроение

различной выраженности. В одних случаях отмечается субдепрессивный аффект со слезливостью, неприятными воспоминаниями, жалостью к самому себе, в других - тоска, тревога, сопровождаемые суицидальными мыслями. Опасность суицидальных попыток в таком состоянии значительна.

**Маниакальный вариант** измененного простого алкогольного опьянения. Отмечается повышенное настроение с благодушием, прерываемое непродолжительными вспышками раздражения. Двигательное возбуждение сопровождается назойливым приставанием, повышенной откликаемостью на окружающее, неуместными шутками, неадекватным смехом. При более выраженном аффекте развивается речедвигательное возбуждение, и картина опьянения начинает напоминать маниакальное состояние органического генеза.

**Эпилептоидный вариант** измененного простого алкогольного опьянения. Клиническая картина определяется быстро усиливающимся двигательным возбуждением с аффектами раздражения и злобы по отношению к окружающим. Состояние углубляется при противодействии и усложняется агрессивными насильственными поступками, направленными на лиц, имеющих непосредственное отношение к опьяневшим. Одновременно с усилением двигательного возбуждения уменьшаются или совсем исчезают существовавшие ранее нарушения координации движений. На высоте возбуждения и двигательные расстройства, и высказывания могут стать стереотипными. Однако в них, всегда можно выявить смысловую связь с ситуацией начального периода опьянения.

**Параноидный вариант** измененного простого алкогольного опьянения. Изменение клинической картины определяется усилением двигательного и речевого возбуждения. Высказывания опьяневших отражают ситуацию напряженности или опасности: «бандиты», «спрячь меня», «люди в черном» и т.п. Одновременно появляются высказывания, отражающие реальную ситуацию, профессиональную деятельность, неприятные события, предшествующие опьянению. Уменьшаются предшествующие нарушения координации и дизартрия. В некоторых случаях, при дальнейшем усилении двигательного возбуждения агрессия становится немотивированной.

При всех перечисленных формах измененного простого алкогольного опьянения всегда наблюдаются выраженные в различной степени симптомы обычного опьянения: ухудшение моторики, артикуляции, изменение поведения в зависимости от условий окружения, сохранная ориентировка всех видов и т. д.

**Патологическое опьянение** (алкогольное) - это сверхострый транзиторный психоз, спровоцированный приемом алкоголя (в данном случае алкоголь играет пусковую, «триггерную» роль). Он протекает в форме сумеречного помрачения сознания и

заканчивается либо сном, либо резким психическим и физическим истощением, при этом всегда наблюдается полная или частичная амнезия психотического эпизода. Как правило, патологическое опьянение возникает у лиц в возрасте от 21 года до 40 лет и только у мужчин. Патологическое опьянение развивается обычно спустя несколько минут, реже - через более значительный промежуток времени после приема алкоголя. Дозы чаще составляют 300 - 500 мл водки, но могут не превышать 50 - 150 мл.

Основным симптомом патологического опьянения является внезапно развивающееся сумеречное помрачение сознания различной структуры. Возникает отрешенность от окружающего, сопровождаемая дезориентировкой всех видов, но сохраняются привычные автоматизированные поступки. Продуктивные расстройства при патологическом опьянении, (галлюцинации, бред), отличаются интенсивностью и напряженностью. Преобладают теснящие, нередко цветные, относительно простые по содержанию зрительные галлюцинации. Окружающее воспринимается в измененном (иллюзорно-бредовом) виде. Аффективные расстройства определяются страхом, напряженной тревогой. Двигательное возбуждение, обычно и форме бессмысленных и хаотических агрессивных действий. В большинстве случаев патологическое опьянение сменяется глубоким сном.

## Приложение 2.

### Скорость и форма экскреции одурманивающих средств с мочой (таблица опубликована в журнале "Вопросы наркологии" 1990 год № 2, стр. 35)

Название	Основные способы превращений и экскреции	Степень экскреции с мочой основного вещества и метаболита за определенное время	Период полу-элиминации
<i>Алкалоиды</i>			
Морфин	Конъюгация глюкуроновой кислотой, выведение 90 % с мочой, 10 % с желчью	с 90 % общей дозы за 24 ч, в том числе 65-70 % конъюгатов, 10 % неизмененного вещества	2-3 ч
Кодеин	Деметилирование до морфина, норморфина и норкодеина с последующей конъюгацией до глюкуронидов, выведение главным образом с мочой	85 % общей дозы за 24 ч, в том числе 6-8 % неизмененного вещества, 30-60 % конъюгатов кодеина, 5-15 % свободного и конъюгированного морфина, 10-20% свободного и конъюгированного норкодеина	2-4 ч
Героин (диаморфин, диацетоморфин)	В крови быстрая (за несколько минут) гидролизация до б-моноацетилморфина,	80 % дозы за 24 ч, главным образом в форме глюкуронида морфина, 5-7% свободного морфина, 1 % б-	2-3 мин (героин), 2-3 ч. (морфин)

	затем более медленная, до свободного морфина с последующей конъюгацией до глюкуронида, выведение главным образом с мочой	моноацетилморфина, 0,1% неизмененного героина (морфин)	
Гидрокодон		30-60 % дозы за 24 ч	
Папаверин	Деметилирование с последующей конъюгацией до глюкуронидов и сульфатов, выделение главным образом с мочой	50-80% дозы за 48ч в форме конъюгатов 6-гидроксипроизводного (37%) и 4-гидрокси-производного, 1% неизмененного	7 ч
Кокаин	Гидролиз до бензоилэргонина и метилового эфира эргонина, выведение главным образом с мочой	За 24 ч 1-9 % дозы в виде неизмененного кокаина, 16-36 % бензоилэргонина и 30-60 % метилового эфира эргонина	0,7-1,5 ч в зависимости от дозы
Атропин		80-90 % дозы за 24 ч, в том числе 50% неизмененного вещества и 30 % неидентифицированных метаболитов	2-4 ч (длительная терминальная фаза элиминации 13-38 ч)

### **Барбитураты**

Барбитал (веронал)	Метаболизм слабо выражен, выведение главным образом с мочой	Медлен. Экскреция, почти исключительно в виде неизмененного вещества: 2% дозы за 8 ч, 16% за 32 ч. Вполне определяемые количества заметны после 16 дней	48 ч
Фенобарбитал (люминал)	Гидроксилирование с последующей конъюгацией, выведение главным образом с мочой	При хроническом введении 25% дозы в неизмененном виде и 17 % в форме 4-гидроксипроизводного за 24 ч. После однократной дозы 80-90 % экскретируется за 16 дней .	50-150 ч (в сред-нем 100ч).
Барбамил (амитал-натрий, амобарбитал, амилобарбитал)	Образование глюкозида и окисленных метаболитов, выведение главным образом с мочой	80-90 % дозы за 6 дней, в том числе 1% неизмененного вещества, 30 % глюкозида (остальное - другие окисленные метаболиты)	24 ч
Этаминал-натрий пентабарбитал, нембутал)	Окисление и конъюгация, выведение главным образом с мочой	80 % дозы за 5 дней, почти исключительно метаболиты, неизмененного вещества 1%	15-48 ч. (в среднем 27 ч)
Циклобарбитал (фанодорм,	Окисление до кетопроизводного	10 % неизмененного вещества, главный метаболит	8-17 ч (в среднем

гексемал).		кетопроизводное	12 ч)
Гексобарбитал	Быстрый окислительный метаболизм	1 % дозы за 24 ч в неизмененном виде	3-7ч
<b>Снотворные и анальгетики небарбитуратного ряда</b>			
Хлоралгидрат	Очень быстрый метаболизм до трихлорэтанола (главный активный метаболит в крови), затем до его конъюгата с глюкуронатом (образуется уроралоралева кислота) и окисление до трихлоруксусной кислоты, выведение главным образом с мочой	За 24 ч 10—30 % дозы в виде уроралоралева кислота, 5 % — трихлорэтанола, в более поздние сроки – главным образом в форме трихлоруксусной кислоты	4 мин хлоралгидрат, 8 ч хлорэтанол, уроралоралева кислота, 4 дня хлоруксусная кислота
Хлорбутанолгидрат (хлорэтон)	Конъюгация с сульфатом и глюкуронатом, выведение главным образом с мочой	10 % дозы за 17 дней, главным образом в конъюгированной форме	10 дней
Карбомал	Сильный метаболизм с отделением бромида и гидролизом, выведение главным образом с мочой	Неизмененного вещества почти нет, главные метаболиты - бромид (пик экскреции после 48 ч) и 2-этил-2-гидроксибутират	7-15 ч карбомал, 15 дней бромид
Фентанил	Быстрый метаболизм до норфентанила и депропионилфентанила	10-20 % неизмененного вещества за 48 ч, 70% за 72 ч (главным образом в виде метаболитов)	1-6 ч
Фенадон (метадон)	Окислительное деалкилирование, гидроксильное, выведение - 70 % с мочой, 30 % с желчью	До 60 % дозы за 24 ч., в том числе 33 % неизмененного вещества, 76 % экскретируемого материала неконъюгировано	
<b>Трициклические антидепрессанты</b>			
Амитриптилин (триптизол)	Деметилирование и гидроксильное с последующей конъюгацией до глюкуронидов, выведение главным образом с мочой	За 24 ч 5 % неизмененного препарата, остальное конъюгированные метаболиты	8-51 ч (в среднем 28 ч, увеличивается при передозировке)
Нортриптилин	То же	За 24 ч 5% дозы в виде неизмененного вещества, 60 % метаболитов (свободное и конъюгированное 10-гидроксипроизводное)	15-90ч в среднем 30 ч.
Имипрамин (имизин)	” ”	За 24 ч 40 % дозы, за 72 ч 70 %, в том числе 10 % неизмененного вещества, остальное — главным образом	8-20 ч (в среднем 10 ч)



Хлорпротиксен	Окисление до сульфоксида, деметилирование, гидроксילирование с последующей конъюгацией, выведение примерно равное с мочой и с желчью	'свободные и конъюгированные гидроксильированные производные За 24 ч 30 % в виде сульфоксида	8-12 ч
<b>Производные 1, 4 - бензодиазепина</b>			
Диазепам (седуксен, реланиум, сибазон)	Окислительное деметилирование, гидроксильирование, конъюгация	Неизмененное вещество не экскретируется, главный метаболит - оксазепамглюкуронид (70%)	20-100 ч (в среднем 40 ч)
Хлордиазепоксид (элениум)	То же	Неизмененное вещество составляет 1 % экскретируемого материала	5 - 30 ч (в среднем 15ч) неизмененное вещество, 4-95 ч (в среднем 40 ч)
Нитразепам (радедорм, эуноктин)	Восстановление нитрогруппы, окислительное гидроксильирование	До 4 % неизмененного вещества	демоксепам 18-38 ч (в среднем 28 ч)
Оксазепам (танапам, нозепам)	Конъюгация с глюкуронатом, выведение главным образом с мочой (до 10 % с желчью)	70—80 % дозы за 72 ч почти исключительно в форме глюкуронида исходного вещества	4-25 ч (в среднем 8 ч)
Медазепам (рудатель, мезапам)	Окислительное деметилирование, гидроксильирование, конъюгация с глюкуронатом	В основном оксазепамглюкуронид	1 -2 ч исходное вещество 40-100 ч деметилдиазепам
Бромазепам	3-гидроксильирование с последующей конъюгацией с глюкуронатом, расщепление бензодиазепинового кольца с глюкуронизацией	70 % дозы за 24 ч, в том числе 2% неизмененного вещества, 28 % глюкуронида 3-гидроксипроизводного, 40% глюкуронида 2-амино-3-гидрокси-5-бромбензоилпиридина	8-19 ч (в среднем 12 ч)
Лоразепам (ансилор)	Конъюгация с глюкуронатом	50 % дозы за 24 ч, 75 % - за 5 дней главным образом в форме глюкуронида исходного вещества	9-24 ч (в среднем 14 ч) лоразепам, 16 ч его глюкуронид
Клоназепам	Восстановление	Неизмененное вещество	18-45 ч

	нитрогруппы с последующим ацетилированием, гидроксирование с последующей глюкуронизацией	составляет 1 % экскретируемого материала	
Флунитразепам	То же	В экскретируемом материале присутствуют только метаболиты	10-75 ч (в среднем 75 ч)
Флуразепам	N"-деалкилирование, гидроксирование, конъюгация	То же	2-3 ч, исходное вещество, 2-5 дней N"-деалкильное n-производное е (2-окси-этил) производное 10-20 ч

#### **Фенотиазины**

Хлорпромазин (аминазин)	Окислительный метаболизм и конъюгация	Неизмененное вещество составляет 1 % экскретируемого материала. Метаболиты обнаруживаются в моче в течение 18 мес. после прекращения хронического введения	7-120 ч (в среднем 15-20 ч)
Тиоридазин (сонопакс, меллерил)	Окислительный метаболизм и конъюгация, выведение 90 % с желчью, 10 % с мочой	Неизмененное вещество составляет 1 % экскретируемого материала	10 - 36 ч.
Левомепромазин (тизерцин)	Окислительный метаболизм и конъюгация	То же	15-77 ч (в среднем 27 ч) исходное вещество, 10-30 ч (в среднем 20 ч) сульфоксидный метаболит
Тримепразин (терален, алименазин)	То же	70% дозы за 48 ч, главным образом в виде сульфоксидов и глюкуронидов	
Дипразин (пипольфен)	" "	2 % неизмененного вещества	10 - 15 ч.
Этаперазин (пер-феназин, хлопипразин)	" "	За 24 ч 1-2 % неизмененного вещества и 30 % его глюкуронида	8-12 ч
Трифтазин (триперазин,	То же	Неизмененное вещество составляет 1 %	7-18 ч (в среднем

трифлу- операзин)		эксcretируемого материала	12 ч)
----------------------	--	---------------------------	-------

**Природные одурманивающие средства**

Каннабиноиды (гашиш, марихуана)	Окисление, деалкилирование. конъюгация, основной путь выделения с желчью (65 % дозы за 5 дней)	25 % дозы на 3 дня с мочой, главным образом в виде глюкуронида 11-нор- - тетрагидроканнабинол-9- карбоксилата	20 -36 ч тетрагидрокан на- бинол
---------------------------------------	--	---	--

ЛСД 25 (диэтиламид лизергиновой кислоты)	Быстрое' гидроксилирование до неактивных метаболитов с последующей конъюгацией	1 % неизмененного вещества в материале, эксcretируемом за 24 ч, содержащем главным образом 2-, 13-, 14-гидроксильные производные и их конъюгаты. После однократных доз 0,2 и 0.4 мг концентрация ЛСД и его метаболитов в суточной моче 1- 55 нг / мл	3 ч
---	--	--	-----

**Прочие средства, способные вызывать одурманивание**

Галоперидол	Окислительный метаболизм и конъюгация	40 % дозы за 5 дней, в том числе 1 % неизмененного вещества	10—40 ч (в сред- нем 20 ч
-------------	--	--	---------------------------------

Мепробамат (мепротан)	'	90 % дозы за 24 ч, в том числе 10 - 20 % неизмененного вещества	6 - 17 ч (в среднем 11ч), при хрони- ческом приеме' больше .
--------------------------	---	--	---

Димедрол, (бенз-гидрамин, дифен-гирамин)	Окислительное дезаминирование и конъюгация	65 % дозы за 96 ч, главным образом в виде дифенилметоксиуксусной кислоты в свобод- ной и конъюгированной форме, неизмененное вещество почти не эксcretируется	9 ч
--	--	--	-----

Метаквалон	Гидроксирирование N- окислирование с последующим образованием метиловых эфиров и глюкуронидов	40- 50 % дозы за 72 ч в виде различных метаболитов, неизмененное вещество практически отсутствует	20-60 ч (в среднем 35 ч), более длительная терми- нальная элимина- ция (с периодом полувыведени я 72 ч)
------------	---	--	--

Новерил (дибензепин)	N-деметирирование, гидроксили-рование	1 % неизмененного вещества в материале, эксcretируемом за 24 ч и состоящем главным образом из N-деметирированных метаболитов	4 ч
-------------------------	--	--	-----

Фенитоин (дифенин, дилантин)	Гидроксилирование и конъюгация	5 % неизмененного вещества в экскретируемом материале	7 -60 ч, увеличива- ется с ростом дозы
Карбамазепин (финлепсин, тегретол)		10 % неизмененного вещества в экскретируемом материале	18-65ч (в среднем 35 ч), при хрониче- ском введении 10—30 ч
Пропранолол (обзидан, анаприлин)	Гидроксилирование и конъюгация	За 48 ч. 4 % дозы в виде исходного вещества, 10 % в форме его глюкуроонида	2—6 ч
Метилдофа (метил- допа)	Деметилирование и конъюгация с сульфатом, значительная часть дозы экскретируется с желчью	40 % дозы за 48 ч, главным образом в форме неизмененного вещества и его 0-сульфата (40%)	2 ч, длительная терминальная эли минация
Кофеин	Окисление до уратов, деметилирование	85 % дозы за 48 ч. главным образом в форме различных метилированных уратов, теофиллина, теобромина, 10% исходного вещества	2—10 ч (в среднем 4 ч)
Эфедрин	Деметилирование, гидроксили-рование, конъюгация	90 % дозы за 24 ч, в том числе 55- 75 % неизмененного вещества, 8—20 % норэфедрина, 4-13 % других метаболитов	3-11 ч, увели- чивается при щелочной моче, уменьшается при кислой
Амфетамин	Метаболизм относительно слабо выражен (главным образом происходит N- деметилирование, гидроксилирование и конъюгация)	74 % дозы в неизмененном виде за 24 ч при кислой моче, 30 % при щелочной моче. В щелочной моче повышено количество метаболитов	4-8 ч при кислой моче, 12 ч при щелочной моче
Метамфетамин (первитин)	То же	70 % дозы за 24 ч, в том числе 43 % неизмененного вещества, 5 % амфетамина и 15 % 4- гидроксиметамфетамина	9 ч

## ЛИТЕРАТУРА К ГЛАВЕ 1.

1. Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма / Ред. Марджи Педен и др. // ВОЗ – М.: Весь Мир, 2004 – 153 с.
2. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях. По состоянию на 20 сентября 2007 года, включая изменения, вступающие в силу с 1 января 2008 года. Новосибирск 2007
3. О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «О занятости населения в Российской Федерации» 17 июля 1999 г. – № 175-ФЗ, изменения в пункте 3 статьи 35
4. Трудовой Кодекс Российской Федерации. По состоянию на 20 сентября 2007 года ст. 81 п. 6 пп. б. М., Омега – Л, 2007
5. Федеральный закон от 8 января 1998 г. N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах"  
Текст Федерального закона опубликован в "Российской газете" от 15 января 1998 г., в Собрании законодательства Российской Федерации от 12 января 1998 г., N2, ст. 219
6. Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2002 г. N 930 "Об утверждении Правил медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством, и оформления его результатов". Текст постановления опубликован в "Российской газете" от 31 декабря 2002 г. N 245, в Собрании законодательства Российской Федерации от 30 декабря 2002 г., N 52, Часть II, ст. 5233
7. Приказ Минздрава РФ от 21 июня 2003 г. № 274 «О признании не действующим на территории Российской Федерации приказа Минздрава СССР от 08.09.1988 г. № 694
8. Приказ Минздрава РФ от 14 июля 2003 г. N 308 "О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения" Зарегистрировано в Минюсте РФ 21 июля 2003 г. Регистрационный N 4913  
Текст приказа опубликован в "Российской газете" от 24 июля 2003 г. N 147, в журнале "Еженедельный бюллетень законодательных и ведомственных актов", август 2003 г., N 34, в приложении к "Российской газете" – "Новые законы и нормативные акты", 2003 г., N 32, в журнале "Главврач", 2003 г., N 10, в журнале "Здравоохранение", 2003 г., N 10, в Бюллетене нормативных актов федеральных органов исполнительной власти от 1 декабря 2003 г. N 48, в библиотечке Российской газеты, 2003 г., выпуск N 22
9. Приказ Минздрава РФ от 12.08.2003 г. № 399 «О признании недействующими на территории Российской Федерации документов Минздрава СССР»
10. Морозов Г.В., Бабаян Э.А., Бобров А.Е., Зеренин А.Г. Временная инструкция о порядке медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения. 01.09.88 г. № 06-14/33-14
11. Морозов Г.В., Бабаян Э.А., Бобров А.Е., Зеренин А.Г.  
Медицинское освидетельствование для установления факта для употребления алкоголя и состояния опьянения: Методические указания. 01.09.88 №06-14/33-14
12. Перечни разрешенных к применению медицинских изделий для проведения измерений и скрининговых исследований на наличие наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя в организме человека. Информационные письма Минздрава РФ от 02.02.2004 № 10-04/6 – инф. и от 12.05.2004 – № 10-04/6 – инф.
13. Приказ Минздравсоцразвития России от 10.01.2006 № 1 «О внесении изменений в приказ Минздрава РФ от 14 июля 2003 № 308
14. Морозов Г.В., Качаев А.К., Лукачер Г.Я. Дифференциальная диагностика простого и патологического опьянения. – М.: Медицина. – 1973
15. Морозов Г.В. Клиника алкогольного опьянения (в книге: Алкоголизм: Руководство для врачей). – М.: Медицина. – 1983 – С. 30-47

16. Иванец Н.Н., Успенский А.Е. Экспертиза алкогольного опьянения: современное состояние и перспективы совершенствования. // Вопросы наркологии. – 1989. – № 2. – С. 3-8
17. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л. и др. Злоупотребление психоактивными веществами. – М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского. – 2000. – С. 21 - 39
18. Зеренин А.Г., Мостовой С.М. Диагностическая значимость отдельных симптомов алкогольного опьянения при медицинском освидетельствовании. Усовершенствованная медицинская технология. М.; НИЦ наркологии, 2006.
19. Бабаян Э.А., Посохов В.В. Клинико-неврологические критерии различных степеней алкогольного опьянения. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1980. – № 9. – С. 1384-1388
20. Балякин В.А. Токсикология и экспертиза алкогольного опьянения: современное состояние и перспективы совершенствования. // – М.: – Медгиз. – 1962. – С. 69-96
21. Прозоровский В.И., Карандаев И.С., Рубцов А.Ф. Вопросы организации экспертизы алкогольного опьянения. // Судебно-медицинская экспертиза. – 1967. – № 1. –С. 3-5
22. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. – М.: Медицина. –1994.
23. Цетлин М.Г., Рохлина М.Л., Стрелец Н.В. Современные подходы к выявлению потребителей наркотических средств в медицинских учреждениях: Методические указания. – М. – 1999.
24. Зеренин А.Г., Стрелец Н.В. и др. Диагностика неалкогольного опьянения при медицинском освидетельствовании у водителей транспортных средств: Пособие для врачей. – М.: НИИ наркологии. – 2001.

## ГЛАВА 2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ, НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ В БИОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДАХ

Большинство существующих лабораторных методов определения лекарственных средств позволяют выявить наличие психоактивных веществ в различных тканях и жидких средах организма. Чтобы правильно интерпретировать результаты этих исследований, необходимы дополнительные сведения, в том числе анамнестические, а также обследование общего соматического состояния. Существующие в настоящее время методы определения ПАВ в биологических средах лучше всего рассматривать как подтверждение и дополнение результатов клинического обследования и других методов диагностики.

В данной главе описаны методы исследования, результаты которых могут служить биологическими признаками употребления психоактивных веществ и острой интоксикации вызванной ими. Алкоголь или другое психоактивное вещество может быть определено в любой биологической среде, (кровь, моча, выдыхаемый воздух, слюна и т.д.) однако на практике существуют некоторые ограничения в выборе исследуемого материала и его использовании. Кроме того, для выявления психоактивных веществ очень важное значение имеют процесс забора проб и их дальнейший контроль.

При проведении медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния алкогольного опьянения широко распространено определение алкоголя в выдыхаемом воздухе.

В выдыхаемый воздух алкоголь проникает из крови, диффундируя через стенки альвеол. Соотношение содержания алкоголя в крови и альвеолярном воздухе постоянно, оно определяется разностью плотности сред: крови и воздуха – и составляет в среднем 1:2100 - 1:2200 при колебаниях от 1:1300 до 1:3000. Это означает, что в 1 куб. см крови, в среднем, содержится такое же количество алкоголя, как в 2100-2200 куб. см альвеолярного воздуха.

Содержание паров алкоголя в выдыхаемом воздухе выражается в миллиграммах на 1 куб. м, миллиграммах на литр (мг/л) или в микрограммах на литр (мкг/л).

С учетом отношения плотностей крови и воздуха по содержанию алкоголя в выдыхаемом воздухе можно судить и о концентрации его в крови. При этом 45 мкг/л алкоголя в выдыхаемом воздухе соответствует примерно 0,1 промилле алкоголя в крови (Г.В.Морозов, Э.А.Бабаян и др., 1988).

Как правило, в выдыхаемом воздухе в небольших количествах может находиться ряд органических, так называемых редуцирующих веществ, таких, как ацетон, альдегиды, кетоны и др., которые так же, как алкоголь могут влиять на результаты исследования при применении неизбирательных к алкоголю методов.

Следует отметить, что при исследовании выдыхаемого воздуха на алкоголь нередко допускаются ошибки. Чаще всего они обусловлены неточным выполнением методики исследования. Кроме того, имеются, по крайней мере, три обстоятельства, влияющие на результаты исследования.

Во-первых, исследоваться должен только альвеолярный воздух, т.к. газообмен между кровью и воздухом происходит именно в альвеолах. В полостях рта, носа, трахеи, бронхов и бронхиол содержится около 140-150 мл воздуха (воздух вредного пространства дыхательных путей), который в газообмене практически отсутствует.

Во время выдоха вначале выдыхается смешанный воздух, стоящий из воздуха вредного пространства и воздуха из альвеол. Экспериментально доказано, что чистый альвеолярный воздух можно получить только после того, как будет выдохнуто 5 объемов воздуха вредного пространства, т.е. после того как будет выдохнуто 750 мл воздуха.

Выполнение этого условия в настоящее время обеспечивается конструкцией выпускаемых в настоящее время приборов для определения паров алкоголя в выдыхаемом воздухе.

Во-вторых, ошибка может быть обусловлена наличием в окружающем воздухе паров спирта или иных летучих горючих веществ (при применении неизбирательных к алкоголю методов).

В течение 3-5 минут после курения на результаты исследования могут оказывать влияние выделяющиеся из дыхательных путей соединения углерода.

В третьих, иногда ошибочный результат исследования может быть получен за счет небольших количеств алкоголя, адсорбированного на слизистой оболочке ротоглотки при употреблении накануне исследования спиртосодержащих лекарств или продуктов питания. Это так называемый фиксированный алкоголь. При употреблении небольших количеств, например, 20 капель спиртовой настойки валерианы на рюмку воды, алкоголь адсорбируется на слизистой оболочке ротовой полости и глотки и выделяется с выдыхаемым воздухом в течение 10-15 минут в значительной концентрации.

В целях недопущения ошибок, вызываемых изложенными выше причинами, следует соблюдать следующие правила:

- при определении паров алкоголя в выдыхаемом воздухе применяют приборы, имеющие соответствующие пробоотборные устройства;
- помещение перед проведением исследования должно быть хорошо проветрено; проведение исследования не допускается при наличии запахов спирта, эфира, бензина, ацетона, одеколона и других летучих горючих веществ от одежды, рук, лица обследуемого; до начала исследования запахи должны быть устранены (наличие летучих горючих веществ



в окружающей атмосфере может быть оценено с помощью тех же методов и устройств, которые применяются для анализа выдыхаемого воздуха).

- при положительной пробе на алкоголь через 20 минут проба повторяется;

### **Химические реакции определения паров алкоголя в выдыхаемом воздухе**

Для определения паров алкоголя в выдыхаемом воздухе в настоящее время в наркологических учреждениях России широко применяются индикаторные трубки Мохова-Шинкаренко и «Контроль трезвости». Они отлично зарекомендовали себя за более чем три десятилетия применения при медицинском освидетельствовании. Эти трубки имеют сухую индикаторную набивку (реагент), что исключает необходимость в проведении каких-либо манипуляций с реактивами в момент освидетельствования. Реагент индикаторных трубок состоит из носителя (силикагеля), импрегнированного раствором хромового ангидрида в концентрированной серной кислоте. При воздействии на реагент парами этилового спирта происходит реакция, во время которой пары спирта восстанавливают ионы 6-ти валентного хрома до ионов 3-х валентного хрома, в связи с чем оранжевый или желтый цвет реагента изменяется на зеленый, что оценивается как положительная реакция.

Несмотря на некоторую неспецифичность метода, все же индикаторные трубки выгодно отличаются от других проб тем, что при Воздействии на реагент парами некоторых веществ, лекарств и ядов отсутствует положительная реакция реагента. Реагент изменяет цвет на зеленый при воздействии паров следующих веществ: этилового и иных спиртов, эфиров, ацетона, альдегидов, сероводорода. При воздействии бензина, скипидара, уксусной кислоты, камфоры, а также фенола, дихлорэтана реагент приобретает темно-коричневую или коричневую окраску. При воздействии паров валидола, ментола, воды, хлороформа, хлорангидрида, керосина, аммиака, щелочи, этиленгликоля, окиси углерода, чистого выдыхаемого воздуха и слюны цвет реагента – оранжевый.

Правила пользования индикаторными трубками изложены в прилагаемой к ним инструкции. Позеленение даже нескольких кристалликов реагента в процессе проведения пробы позволяет говорить о наличии в организме освидетельствуемого алкоголя в концентрации 0,3 - 0,4 промилле и выше. Порог индикации алкоголя с помощью индикаторных трубок Мохова-Шинкаренко и «Контроль трезвости» был подтвержден в НИИ наркологии в 2000 году в ходе их медицинских испытаний.

## Электронные приборы

Помимо химических реакций в практике освидетельствования все чаще применяются электронные приборы. В сравнении с химическими реакциями они имеют ряд преимуществ, одно из которых – дозируемый пробоотбор.

Одним из первых индикаторов паров алкоголя в выдыхаемом воздухе, разработанным и внедренным в производство в СССР, был «Индикатор паров алкоголя АГ-1200».

Индикатор паров алкоголя АГ-1200 предназначен для выявления наличия паров алкоголя при его концентрации 100 мкг/л и более в выдыхаемом воздухе (0,2 и более промилле в крови). Он широко используется в наркологических диспансерах, кабинетах медицинского освидетельствования, приемных покоях больниц, в травматологических пунктах, на транспортных предприятиях, а также работниками ГИБДД.

Принцип работы индикатора основан на преобразовании электрического сигнала датчика, изменяющего сопротивление чувствительного слоя при адсорбции паров этанола, воздействующих на его поверхность.

Прибор работает от сети переменного тока и от источника постоянного тока 12 вольт. Размеры 17 x 7 x 4,6 см, масса 450 г. Снабжен световой и звуковой индикацией, на передней панели 3 светодиода: желтый, зеленый, красный. Готовность к пробоотбору обеспечивается путем введения в прибор мундштука, через который производится пробоотбор. Никаких других элементов управления прибором нет, что защищает обследуемого от ошибок при неправильном управлении прибором.

Хотя метод полупроводниковой хемосорбции, реализованный в приборе, не обеспечивает избирательности к алкоголю, конструкция прибора исключает возможность влияния загазованности окружающей среды на показания прибора.

Через 1,5 - 2 мин. после включения в сеть датчик прибора прогревается до 350° С и на него через открытую камеру поступает окружающий воздух. При наличии в окружающем воздухе летучих горючих веществ в концентрации более 25 мкг/л отключается светодиод «Готов» (зеленый) и исключается возможность введения пробы выдыхаемого воздуха.

Полный рабочий цикл индикатора АГ-1200 – около 40 сек., что позволяет при предрейсовых осмотрах обследовать с его помощью до 100 человек в час.

Еще один индикатор паров алкоголя производится в России фирмой «Мета». Он основан на том же методе, что и АГ-1200, но выпускается в различных модификациях имеющих автономное питание, а также цифровую индикацию результатов исследования.

Этой же фирмой «Мета» разработан и производится анализатор концентрации паров алкоголя в выдыхаемом воздухе АКПЭ-01, а также две его портативные модификации. Это избирательный к алкоголю, обладающий высокой точностью прибор, конструкция которого

обеспечивает: исследование окружающего воздуха на алкоголь перед каждым взятием пробы выдыхаемого воздуха; исследование в выдыхаемом воздухе именно альвеолярной его порции; автоматический режим проведения всего рабочего цикла (без вмешательства оператора); распечатку на бумажном носителе результатов исследования с регистрацией номера прибора, даты его последней поверки, даты и времени проведения освидетельствования.

Остальные индикаторные и измерительные приборы для определения паров алкоголя в выдыхаемом воздухе, реализуемые в России, производятся за рубежом. Их перечни приведены в информационных письмах Минздрава РФ № 10-04/6-инф. от 02.02.2004 г. и 12.05.2004 г. (2, 3).

Как мы уже говорили, наиболее широко используемым в наркологической практике в настоящее время является индикатор АГ-1200. Особенно удобен этот прибор при проведении предрейсовых осмотров. Первоначально во время таких осмотров мы использовали импортные приборы: индикатор фирмы Дрегер (Германия), индикатор фирмы Хонда (Япония), Алкотестер фирмы Лайн Лабораториес (Англия) и др., однако позже остановились на АГ-1200 – в основном, в связи с простотой пользования им, четким порогом индикации паров алкоголя на уровне 100 мкг/л (0,2 промилле), высокой производительностью и наличием защиты от неизмеряемых компонентов.

В НИИ наркологии по заданию Минздрава РФ были проведены медицинские испытания еще нескольких моделей индикаторов паров алкоголя в выдыхаемом воздухе, в том числе Алерт, Драйсейф и Инжури (Канада). Наш предшествующий опыт и проведенные испытания показали, что ни один из импортных индикаторов не удовлетворяет требованиям, предъявляемым к приборам предрейсового контроля. Это обусловлено тем, что зарубежные фирмы производят индикаторы алкоголя в основном для двух видов потребителей:

- для индивидуальных водителей (для самоконтроля) – упрощенной конструкции и относительно дешевые;
- для дорожных полицейских – более надежные, точные и дорогие).

Оба типа приборов разработаны с учетом повышенной точности в пределах допустимых порогов концентрацией алкоголя в выдыхаемом воздухе, принятых в западных странах (0,5 и 0,8 промилле). В зоне констатации факта употребления алкоголя, как это необходимо для предрейсового осмотра (0,2 промилле), импортные приборы имеют либо повышенную (например, Драйсейф и Инжури), либо недостаточную чувствительность (например, Алерт). Кроме того, в настоящее время периодические проверки, калибровка, настройка импортных приборов (а они требуются для большинства приборов через каждые 2-4 недели) продавцами приборов или какой-либо организацией не обеспечены.

Все это приводит к получению принципиально ошибочных результатов при обследовании как трезвых, так и находящихся под влиянием алкоголя граждан с последующими конфликтами.

При выборе прибора для кабинета освидетельствования следует учесть, что, согласно установленному порядку, наличие регистрации Госстандарта России без регистрации изделия Минздравом России и утвержденной инструкции по медицинскому применению не дает права для официального использования изделия в медицинской практике.

## **Методы количественного определения алкоголя в жидких биологических средах**

Из жидких биологических сред при освидетельствовании для установления факта употребления алкоголя и алкогольного опьянения наиболее часто исследуются моча и слюна. Кровь для определения алкоголя может забираться только при наличии соответствующих медицинских показаний.

Оценивая результаты исследований, следует иметь в виду, что даже при одновременном отборе проб различных биологических жидкостей количество алкоголя в них может быть неодинаковым (В.А.Балякин, 1962). Это обусловлено рядом причин:

- во-первых, плотностью среды, количеством в ней воды. В связи с гидрофильностью алкоголя, при равных условиях в среде с большим содержанием воды больше и алкоголя. Например, если определить концентрацию алкоголя в цельной крови, плазме и эритроцитарной массе из одной и той же пробы крови, то, соответственно, наибольшее количество алкоголя будет определено в плазме, меньшее – в цельной крови и еще меньшее – в эритроцитарной массе;
- во-вторых, имеет значение фаза опьянения. В фазе резорбции наибольшая концентрация алкоголя определяется в артериальной крови. В этой фазе алкоголь проникает из артериальной крови в ткани; в венозной крови, оттекающей от тканей, его концентрация ниже. В фазе резорбции артериовенозная разница по алкоголю при высоких концентрациях его в крови может достигать 0,6 промилле. Что касается мочи, то ее проба из мочеточников содержит алкоголя примерно столько же, сколько и омывающая почки кровь. Поскольку на практике для пробы отбирается пузырная моча, то концентрация алкоголя в ней зависит от времени отбора пробы и времени, предшествующего опорожнению пузыря, так как в пузыре идет постоянное смешивание порций мочи, поступающей в различные фазы опьянения. Тем не менее, определенно известно, что в фазе резорбции концентрация алкоголя в пузырной моче всегда ниже, чем в крови. В фазе элиминации содержание алкоголя в моче может

быть выше, чем в крови. И, наконец, после опьянения, когда в крови экзогенный алкоголь уже не обнаруживается, он все еще может определяться в моче.

Содержание эндогенного алкоголя в крови при хроматографическом его определении, согласно литературным данным, не превышает 0,02 промилле.

Результаты исследования во многом зависят от точности соблюдения методики пробоотбора биологической жидкости, условий хранения и транспортировки пробы, погрешности метода, ошибок при проведении исследований. С учетом сказанного, обнаружение алкоголя в биологической жидкости в концентрации ниже 0,2 промилле не может достоверно свидетельствовать о факте употребления алкоголя.

Количественное определение алкоголя в биологической жидкости производится методом газожидкостной хроматографии. Этот метод обладает высокой специфичностью и точностью.

#### **Химико-токсикологическое выявление наркотических и других психоактивных веществ в биологических жидкостях**

Все средства, вызывающие одурманивание, определены Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) как психоактивные вещества. Этим термином обозначается любое химическое вещество, способное при однократном приеме вызвать измененное состояние сознания с эйфорией либо с другими, желательными с точки зрения потребителя психотропными эффектами, а при систематическом приеме – психическую и физическую зависимость.

Психоактивные вещества подразделяются на :

- наркотические средства (наркотики);
- психотропные вещества.

Наркотики выделены особо в связи с большой социальной значимостью негативных эффектов их распространения и немедицинского применения, а также с широким кругом связанных с этим правовых норм.

Целью химико-токсикологического анализа является установление факта присутствия наркотических и других одурманивающих веществ в биологических объектах, независимо от количества найденных веществ. Главная задача – идентификация веществ, вызывающих одурманивание.

Высокая значимость социальных (правовых и моральных) последствий результатов освидетельствования диктует необходимость тщательного определения конкретного средства, вызвавшего одурманивание, и чрезвычайно тонкого химико-токсикологического анализа.

Определение наркотических и других одурманивающих веществ в биологических жидкостях производится в региональных химико-токсикологических лабораториях (ХТЛ). К сожалению, не во всех случаях эти лаборатории оснащены современными техническими средствами и необходимыми высококачественными реактивами, что ограничивает их возможности в достоверном определении всего круга наркотических и других веществ, применяемых наркоманами и токсикоманами.

При химико-токсикологическом анализе в региональной лаборатории выполняется два вида исследований: предварительный качественный скрининг для выявления искомых веществ и подтверждающие контрольные, чаще всего количественные анализы (А.Г.Зеренин, 1990; С.К.Еремин и др., 1993).

В наших условиях скрининг осуществляется преимущественно с помощью тонкослойной хроматографии. Однако для этой цели существуют также автоматические приборы и наборы реагентов, реализующие иммуноферментный, иммунофлюоресцентный, радиоиммунный методы.

Результаты скрининговых исследований, даже при использовании самого чувствительного метода, должны быть подтверждены более специфическими аналитическими методами, основанными на других физико-химических принципах.

В качестве подтверждающих методов наиболее часто используются:

- газожидкостная хроматография (ГЖХ);
- высокоэффективная жидкостная хроматография (ВЭЖХ);
- хромато-масс спектрометрия (ГХ/МС).

Выбор аналитических методов на содержание наркотических и других одурманивающих средств определяется химиком-токсикологом и обстоятельствами освидетельствования.

В последние годы в западных странах начали производиться и внедряться в медицинскую практику для предварительной идентификации наркотических средств наборы индикаторных полосок, основанных на иммунохроматографическом анализе. Анализируемый образец (моча) абсорбируется поглощающими участками полосок, и при наличии в образце наркотика (или его метаболитов) они вступают в реакцию со специфическими антителами, образуя комплекс "антиген-антитело". В зависимости от того, чем метится антитело и какие предусмотрены цветовые реакции, связанные с появлением комплекса "антиген-антитело", индикаторная зона при наличии искомого наркотического средства приобретает или, наоборот, не приобретает, определенную окраску. Методика применения индикаторных полосок для определения наркотических средств в биологических жидкостях описана в инструкции, прилагаемой к набору полосок. Там же может приводиться

контрольная шкала для оценки положительных и отрицательных реакций. В настоящее время, в России налажен выпуск индикаторных полосок для определения различных наркотических средств в моче по технологиям зарубежных стран.

В НИИ наркологии проводились медицинские испытания индикаторных полосок для определения широкого круга наркотических средств и их метаболитов нескольких зарубежных фирм. Испытания показали простоту, быстроту и удобство при пользовании полосками. В небольшой объем мочи (5-10-50 мл) опускается на короткий срок индикаторная полоска и через 5-15 мин. (в зависимости от типа полоски) производится оценка результата.

Надо отметить, что реализованный в индикаторных полосках метод иммунохроматографического анализа обладает достаточной специфичностью. Это подтвердили и наши испытания индикаторных полосок. Только в нескольких случаях нами были получены ложноположительные результаты на опиаты при наличии в моче димедрола и его метаболитов. Последнее еще раз показывает, что результаты каждого предварительного исследования должны контролироваться подтверждающим высокоспецифичным методом.

В настоящее время индикаторные тест-полоски для предварительного определения наркотических средств в моче в наркологической практике принято применять в трех случаях:

- для предварительного исследования мочи в химико-токсикологических лабораториях;
- для исследования мочи на наличие в ней наркотических средств у лиц, поступающих в военные училища;
- при наркологическом контроле лиц, обращающихся за разрешением на ношение оружия (6, 7).

### **Отбор биологических проб**

Вопрос о необходимости определения ПАВ в биологических жидкостях решается врачом, проводящим освидетельствование.

Выбор биологических сред производится на основе данных клинического осмотра с учетом предположительного употребления тех или иных психоактивных веществ. При подозрении на употребление веществ опийной группы, стимуляторов, снотворных, а также новых синтетических наркотиков и лекарственных препаратов производится отбор и исследование мочи.

При подозрении на употребление препаратов конопли (гашиш, марихуана, анаша и т.п.) исследуются смывы с кожи лица, рук, слизистых поверхностей губ.

В случае, когда предполагается употребление летучих органических растворителей (бензин, толуол, перхлорэтилен и т.д.), производится исследование мочи и крови.

Когда имеется подозрение на смешанное опьянение (состояние одурманивания и алкогольного опьянения) производится забор биологических проб в соответствии с предполагаемым употреблением наркотических веществ и алкоголя, одновременно исследуется выдыхаемый воздух.

Отбор проб производится в условиях, исключающих возможность замены или фальсификации биологического объекта.

Склянки (пробирки), предназначенные для взятия крови и мочи, моются 2 % раствором соды, ополаскиваются дистиллированной водой и стерилизуются обычным способом.

Моча для химико-токсикологического исследования на наличие ПАВ собирается в прозрачный стеклянный или пластмассовый широкогорлый градуированный сосуд объемом до 200 мл в количестве до 100 мл, но не менее 30 мл. После завершения процедуры сбора мочи необходимо провести предварительное исследование:

- \* температуры мочи (не более чем через 4 мин. после отбора) стеклянным ртутным термометром;
- \* измерение рН с помощью универсальной индикаторной бумаги для определения рН мочи;
- \* визуальное наблюдение (цвет, мутность).

Температура мочи должна находиться в пределах 32,5°- 37,7°С, рН – в интервале 4-8 ед, визуально проба должна выглядеть естественно.

Инструкция по отбору мочи требует также определение относительной плотности и содержание креатинина.

Если результаты предварительного исследования вызывают подозрение в фальсификации, необходимо провести повторную процедуру отбора пробы в условиях, исключающих фальсификацию.

Отбор пробы крови производится в условиях процедурного кабинета с соблюдением правил асептики, в резиновых перчатках, которые перед каждым отбором обрабатываются дезинфицирующим раствором, не содержащим спирт.

Кровь отбирается в количестве 15 мл из поверхностной вены через иглу самотёком в два флакона, содержащих раствор гепарина (3-5 капель на каждые 10 мл крови). Флаконы с кровью (5 и 10 мл) закрывают стандартной резиновой пробкой, которую фиксируют алюминиевым колпачком. Содержимое флакона сразу же перемешивают. Для химико-



токсикологических исследований необходимо не менее 10 мл крови, для исследования только на наличие алкоголя достаточно 2-3 мл крови.

Запрещается обрабатывать кожные покровы в местах укола эфиром, спиртом или спиртосодержащими растворами. Место укола обычно обрабатывается водным раствором риванола или фурациллина.

Для отправки в ХТЛ готовятся два сосуда, в которых находится проба биожидкости одного освидетельствуемого. Первый образец предназначен для анализа, второй – "контрольный" – по прибытии в ХТЛ ставится на хранение без нарушения упаковки и используется для повторного анализа пробы в случае необходимости.

Для маркировки сосудов готовятся два ярлыка. Надпись на ярлыках содержит штрих-код либо шестизначный код обследуемого (выбирается произвольно), дату и код данного пункта (по всероссийской системе кодирования). При этом ярлык контрольного образца содержит букву "К" после шестизначного кода, а также подпись обследуемого на оборотной стороне ярлыка. Освидетельствуемый не должен видеть своего кода. Ярлык крепится к сосуду с помощью клейкой ленты, так, чтобы лента проходила через дно, боковую поверхность и головку сосуда, а надпись располагалась на стенке. Место соединения концов ленты на головке сосуда опечатывается с использованием штампа структурного подразделения медицинской организации, в которой проводился отбор биологических объектов.

Сосуд запаивается в полиэтиленовый мешочек и считается готовым к отправке в ХТЛ.

После подготовки пробы к транспортировке освидетельствуемому предлагают расписаться в рабочем журнале (код при этом закрывают), и он может покинуть помещение кабинета.

В случае если обследуемый не согласен с правильностью произведенного отбора пробы, он может:

- \* оставить запись в рабочем журнале;
- \* потребовать повторного взятия пробы (безотлагательно);
- \* сделать заявление в вышестоящие органы.

Более подробно с вопросами отбора, хранения образцов, их транспортировки, биологической пробы, а также ведения документации можно ознакомиться в соответствующих инструкциях Минздравсоцразвития РФ, например, Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.01.2006 № 40 (8).

## ЛИТЕРАТУРА К ГЛАВЕ 2

1. Морозов Г.В., Бабаян Э.А., Бобров А.Е., Зеренин А.Г. Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения: Методические указания. Утверждены 01.09.88 г. – № 06-14/33-14.
2. Перечень приборов для измерения количества (концентрации) алкоголя, разрешенных к применению в медицинской практике. Письмо Минздрава РФ от 12.02.2004 № 10-04/6-инф.
3. Перечни разрешенных к применению медицинских изделий для скрининговых исследований наличия наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя в организме человека. Письмо Минздрава РФ от 12.05.2004 № 10-04/6-инф.
4. Зеренин А.Г. Медицинское освидетельствование лиц с неалкогольным опьянением: современное состояние и перспективы развития.  
// Вопросы наркологии. – 1990. – № 2. – С. 30-40
5. Еремин С.К., Изотов Б.Н., Веселовская Н.В. Анализ наркотических средств. – М.: «Мысль», – 1993
6. Приказ Минздрава Московской области от 29.03.2005 № 55 «О порядке обязательного исследования биологических сред с помощью экспресс-тестов на содержание наркотических веществ у граждан, поступающих в военные училища и на военную службу по контракту.
7. Информационное письмо главного специалиста по аналитической токсикологии Минздравсоцразвития России.
8. Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.01.2006 № 40.

## ГЛАВА 3

### **Законодательные и нормативно-правовые документы, имеющие отношение к различным аспектам деятельности по медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения и установления факта употребления алкоголя и других психоактивных веществ,**

#### **Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях (извлечения)**

По состоянию на 20 сентября 2007 года  
(включая изменения, вступающие в силу с 1 января 2008 года)

#### **Статья 4.3. Обстоятельства, отягчающие административную ответственность**

1. Обстоятельствами, отягчающими административную ответственность, признаются:  
б) совершение административного правонарушения в состоянии опьянения.

Судья, орган, должностное лицо, назначающие административное наказание, в зависимости от характера совершенного административного правонарушения могут не признать данное обстоятельство отягчающим.

#### **Статья 6.9. Потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача**

Потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, за исключением случаев, предусмотренных частью 3 статьи 20.20, статьей 20.22 настоящего Кодекса, —

влечет наложение административного штрафа в размере от пятисот до одной тысячи рублей или административный арест на срок до пятнадцати суток.

*Примечание.* Лицо, добровольно обратившееся в лечебно-профилактическое учреждение для лечения в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, освобождается от административной ответственности за данное правонарушение.

#### **Статья 6.10. Вовлечение несовершеннолетнего в употребление пива и напитков, изготавливаемых на его основе, спиртных напитков или одурманивающих веществ**

1. Вовлечение несовершеннолетнего в употребление пива и напитков, изготавливаемых на его основе, —

влечет наложение административного штрафа в размере от ста до трехсот рублей.

2. Вовлечение несовершеннолетнего в употребление спиртных напитков или одурманивающих веществ —

влечет наложение административного штрафа в размере от пятисот до одной тысячи рублей.

3. Те же действия, совершенные родителями или иными законными представителями несовершеннолетних, а также лицами, на которых возложены обязанности по обучению и воспитанию несовершеннолетних, —

влекут наложение административного штрафа в размере от одной тысячи пятисот до двух тысяч рублей.

*Примечание. Под пивом и напитками, изготавливаемыми на его основе, в части 1 настоящей статьи, части 4 статьи 14.16, части 1 статьи 20.20 и статье 20.22 1 настоящего Кодекса следует понимать пиво с содержанием этилового спирта более 0,5 процента объема готовой продукции и изготавливаемые на основе пива напитки с указанным содержанием этилового спирта.*

*(В ред. Федеральных законов от 05.12.2005 № 156-ФЗ; от 22.06.2007 № 116-ФЗ.)*

### **Статья 11.9. Управление судном судоводителем или иным лицом, находящимися в состоянии опьянения**

1. Управление судном (в том числе маломерным) судоводителем или иным лицом, находящимися в состоянии опьянения, а равно передача управления судном лицу, находящемуся в состоянии опьянения, —

влечет наложение административного штрафа в размере от одной тысячи пятисот до двух тысяч рублей или лишение права управления судном на срок от одного года до двух лет.

2. Уклонение судоводителя или иного лица, управляющего судном, от прохождения в соответствии с установленным порядком медицинского освидетельствования на состояние опьянения —

влечет наложение административного штрафа в размере от одной тысячи до одной тысячи пятисот рублей или лишение права управления судном на срок от одного года до двух лет.

*(В ред. Федерального закона от 22.06.2007 № 116-ФЗ.)*

### **Статья 11.13. Нарушение правил выпуска судна в плавание или допуск к управлению судном лиц, не имеющих соответствующего диплома (свидетельства, удостоверения) либо находящихся в состоянии опьянения**

1. Выпуск (направление) в плавание судна (за исключением маломерного) лицом, ответственным за его эксплуатацию, без документов, удостоверяющих принадлежность судна, годность его к плаванию, либо с неукомплектованным экипажем, либо при несоответствии технического состояния судна имеющимся документам, либо с нарушением установленных правил загрузки, норм пассажировместимости, ограничений по району и условиям плавания, а равно допуск к управлению судном или к его механизмам и обо-

рудованию лиц, не имеющих соответствующего диплома (свидетельства, удостоверения) либо находящихся в состоянии опьянения, —

влечет наложение административного штрафа в размере от одной тысячи до двух тысяч рублей.

2. Выпуск в плавание маломерного судна, не зарегистрированного в установленном порядке, или не прошедшего технического осмотра (освидетельствования), или имеющего неисправности, с которыми запрещена его эксплуатация, или не укомплектованного снаряжением, или переоборудованного без соответствующего разрешения, а равно допуск к управлению маломерным судном лиц, не имеющих права управления этим судном либо находящихся в состоянии опьянения, —

влечет наложение административного штрафа на должностных лиц, ответственных за эксплуатацию маломерных судов, в размере от пятисот до одной тысячи рублей.

*(В ред. Федерального закона от 22.06.2007 № 116-ФЗ.)*

**Статья 12.8. Управление транспортным средством водителем, находящимся в состоянии опьянения, передача управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения**

1. Управление транспортным средством водителем, находящимся в состоянии опьянения, — влечет лишение права управления транспортными средствами на срок от полутора до двух лет.

2. Передача управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения, —

влечет лишение права управления транспортными средствами на срок от полутора до двух лет.

3.\*\*\* Управление транспортным средством водителем, находящимся в состоянии опьянения и не имеющим права управления транспортными, средствами либо лишенным права управления транспортными средствами, —

влечет административный арест на срок до пятнадцати суток или наложение административного штрафа на лиц, в отношении которых в соответствии с настоящим Кодексом не может применяться административный арест, в размере пяти тысяч рублей.

4 \*\*\* Повторное совершение административного правонарушения, предусмотренного частью 1 или 2 настоящей статьи, —

влечет лишение права управления транспортными средствами на срок три года.

*(В ред. Федерального закона от 28.07.2004 № 93-ФЗ; от 24.07.2007 № 210-ФЗ.)*

*(\*\*\* Части 3 и 4 статьи 12.8 вступают в силу с 1 января 2008 года (Федеральный закон от 24.07.2007 № 210-ФЗ).*

**Статья 12.26. Невыполнение водителем требования о прохождении медицинского освидетельствования на состояние опьянения**

Невыполнение\* водителем законного требования сотрудника милиции о прохождении медицинского освидетельствования, на состояние опьянения — влечет лишение права управления транспортными средствами на срок от полутора до двух лет.

(\* Выделенное слово с 1 января 2008 года заменяется словами «1. Невыполнение» (Федеральный закон от 24.07.2007 № 210-ФЗ).

2\*\* Невыполнение водителем, не имеющим права управления транспортными средствами либо лишенным права управления транспортными средствами, законного требования сотрудника милиции о прохождении медицинского освидетельствования на состояние опьянения —

влечет административный арест на срок до пятнадцати суток или наложение административного штрафа на лиц, в отношении которых в соответствии с настоящим Кодексом не может применяться административный арест, в размере пяти тысяч рублей.

(В ред. Федеральных законов от 21.03.2005 № 19-ФЗ; от 24.07.2007 № 210-ФЗ.)

\*\* Часть 2 статьи 12.26 вступает в силу с 01 января 2008 года (Федеральный закон от 24.07.2007 № 210-ФЗ).

**Статья 12.32. Допуск к управлению транспортным средством водителя, находящегося в состоянии опьянения 1 либо не имеющего права управления транспортным средством**

Допуск к управлению транспортным средством водителя, находящегося в состоянии опьянения либо не имеющего права управления транспортным средством, —

влечет наложение административного штрафа на должностных лиц, ответственных за техническое состояние и эксплуатацию транспортных средств, в размере от пятисот до одной тысячи\* рублей. (В ред. Федерального закона от 22.06.2007 № 116-ФЗ.)

\* Выделенные слова с 01 января 2008 года заменяются словами «двадцати тысяч» (Федеральный закон от 24.07.2007 № 210-ФЗ).

**Статья 20.20. Распитие пива и напитков, изготавливаемых на его основе, алкогольной и спиртосодержащей продукции либо потребление наркотических средств или психотропных веществ в общественных местах**

1. Распитие пива и напитков, изготавливаемых на его основе, а также алкогольной и спиртосодержащей продукции с содержанием этилового спирта менее 12 процентов объема

готовой продукции в детских, образовательных и медицинских организациях, на всех видах общественного транспорта (транспорта общего пользования) городского и пригородного сообщения, в организациях культуры (за исключением расположенных в них организаций или пунктов общественного питания, в том числе без образования юридического лица), физкультурно-оздоровительных и спортивных сооружениях —

влечет наложение административного штрафа в размере от ста до трехсот рублей.

2. Распитие алкогольной и спиртосодержащей продукции с содержанием этилового спирта 12 и более процентов объема готовой продукции на улицах, стадионах, в скверах, парках, в транспортном средстве общего пользования, в других общественных местах (в том числе указанных в части 1 настоящей статьи), за исключением организаций торговли и общественного питания, в которых разрешена продажа алкогольной продукции в розлив, — влечет наложение административного штрафа в размере от трехсот до пятисот рублей.

3. Потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо потребление иных одурманивающих веществ на улицах, стадионах, в скверах, парках, в транспортном средстве общего пользования, а также в других общественных местах — влечет наложение административного штрафа в размере от одной тысячи до одной тысячи пятисот рублей.

*(В ред. Федеральных законов от 05.12.2005 № 156-ФЗ; от 22.06.2007 № 116-ФЗ.)*

#### **Статья 20.21. Появление в общественных местах в состоянии опьянения**

Появление на улицах, стадионах, в скверах, парках, в транспортном средстве общего пользования, в других общественных местах в состоянии опьянения, оскорбляющем человеческое достоинство и общественную нравственность, —

влечет наложение административного штрафа в размере от ста до пятисот рублей или административный арест на срок до пятнадцати суток. *(В ред. Федерального закона от 22.06.2007 № 116-ФЗ.)*

#### **Статья 20.22. Появление в состоянии опьянения несовершеннолетних, а равно распитие ими пива и напитков, изготавливаемых на его основе, алкогольной и спиртосодержащей продукции, потребление ими наркотических средств или психотропных веществ в общественных местах**

Появление в состоянии опьянения несовершеннолетних в возрасте до шестнадцати лет, а равно распитие ими пива и напитков, изготавливаемых на его основе, алкогольной и спиртосодержащей продукции, потребление ими наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, иных одурманивающих веществ на улицах, стадионах, в

скверах, парках, в транспортном средстве общего пользования, в других общественных местах —

влечет наложение административного штрафа на родителей или иных законных представителей несовершеннолетних в размере от трехсот до пятисот рублей.

*(В ред. Федеральных законов от 05.12.2005 № 156-ФЗ; от 22.06.2007 № 116-ФЗ.)*

### **Статья 22.1. Судьи и органы, уполномоченные рассматривать дела об административных правонарушениях**

1. Дела об административных правонарушениях, предусмотренных настоящим Кодексом, рассматриваются в пределах компетенции, установленной главой 23 настоящего Кодекса:

- 1) судьями (мировыми судьями);
- 2) комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав;
- 3) федеральными органами исполнительной власти, их учреждениями, структурными подразделениями и территориальными органами, а также иными государственными органами, уполномоченными на то исходя из задач и функций, возложенных на них федеральными законами либо нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации или Правительства Российской Федерации.

2. Дела об административных правонарушениях, предусмотренных законами субъектов Российской Федерации, рассматриваются в пределах полномочий, установленных этими законами:

- 1) мировыми судьями;
- 2) комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав;
- 3) уполномоченными органами и учреждениями органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации;
- 4) административными комиссиями, иными коллегиальными органами, создаваемыми в соответствии с законами субъектов Российской Федерации.

### **Статья 24.4. Ходатайства**

1. Лица, участвующие в производстве по делу об административном правонарушении, имеют право заявлять ходатайства, подлежащие обязательному рассмотрению судьей, органом, должностным лицом, в производстве которых находится данное дело.

2. Ходатайство заявляется в письменной форме и подлежит немедленному рассмотрению. Решение об отказе в удовлетворении ходатайства выносится судьей, органом, должностным лицом, в производстве которых находится дело об административном правонарушении, в виде определения.



### **Статья 25.6. Свидетель**

1. В качестве свидетеля по делу об административном правонарушении может быть вызвано лицо, которому могут быть известны обстоятельства дела, подлежащие установлению.

2. Свидетель обязан явиться по вызову судьи, органа, должностного лица, в производстве которых находится дело об административном правонарушении, и дать правдивые показания: сообщить все известное ему по делу, ответить на поставленные вопросы и удостоверить своей подписью в соответствующем протоколе правильность занесения его показаний.

3. Свидетель вправе:

- 1) не свидетельствовать против себя самого, своего супруга и близких родственников;
- 2) давать показания на родном языке или на языке, которым владеет;
- 3) пользоваться бесплатной помощью переводчика;
- 4) делать замечания по поводу правильности занесения его показаний в протокол.

4. При опросе несовершеннолетнего свидетеля, не достигшего возраста четырнадцати лет, обязательно присутствие педагога или психолога. В случае необходимости опрос проводится в присутствии законного представителя несовершеннолетнего свидетеля.

5. Свидетель предупреждается об административной ответственности за дачу заведомо ложных показаний.

6. За отказ или за уклонение от исполнения обязанностей, предусмотренных частью 2 настоящей статьи, свидетель несет административную ответственность, предусмотренную настоящим Кодексом.

***Примечание.** В настоящей статье под близкими родственниками понимаются родители, дети, усыновители, усыновленные, родные братья и сестры, дедушка, бабушка, внуки.*

### **Статья 25.8. Специалист**

1. В качестве специалиста для участия в производстве по делу об административном правонарушении может быть привлечено любое не заинтересованное в исходе дела совершеннолетнее лицо, обладающее познаниями, необходимыми для оказания содействия в обнаружении, закреплении и изъятии доказательств, а также в применении технических средств.

2. Специалист обязан:

- 1) явиться по вызову судьи, органа, должностного лица, в производстве которых находится дело об административном правонарушении;

2) участвовать в проведении действий, требующих специальных познаний, в целях обнаружения, закрепления и изъятия доказательств, давать пояснения по поводу совершаемых им действий;

3) удостоверить своей подписью факт совершения указанных действий, их содержание и результаты.

3. Специалист предупреждается об административной ответственности за дачу заведомо ложных пояснений.

4. Специалист вправе:

1) знакомиться с материалами дела об административном правонарушении, относящимися к предмету действий, совершаемых с его участием;

2) с разрешения судьи, должностного лица, лица, председательствующего в заседании коллегиального органа, в производстве которых находится дело об административном правонарушении, задавать вопросы, относящиеся к предмету соответствующих действий, лицу, в отношении которого ведется производство по делу, потерпевшему и свидетелям;

3) делать заявления и замечания по поводу совершаемых им действий. Заявления и замечания подлежат занесению в протокол.

5. За отказ или за уклонение от исполнения обязанностей, предусмотренных частью 2 настоящей статьи, специалист несет административную ответственность, предусмотренную настоящим Кодексом.

### **Статья 25.9. Эксперт**

1. В качестве эксперта может быть привлечено любое не заинтересованное в исходе дела совершеннолетнее лицо, обладающее специальными познаниями в науке, технике, искусстве или ремесле, достаточными для проведения экспертизы и дачи экспертного заключения.

2. Эксперт обязан:

1) явиться по вызову судьи, органа, должностного лица, в производстве которых находится дело об административном правонарушении;

2) дать объективное заключение по поставленным перед ним вопросам, а также требуемые объяснения в связи с содержанием заключения.

3. Эксперт предупреждается об административной ответственности за дачу заведомо ложного заключения.

4. Эксперт имеет право отказаться от дачи заключения, если поставленные вопросы выходят за пределы его специальных познаний или если предоставленных ему материалов недостаточно для дачи заключения.

5. Эксперт вправе:

- 1) знакомиться с материалами дела об административном правонарушении, относящимися к предмету экспертизы, заявлять ходатайства о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения;
  - 2) с разрешения судьи, должностного лица, лица, председательствующего в заседании коллегиального органа, в производстве которых находится дело об административном правонарушении, задавать вопросы, относящиеся к предмету экспертизы, лицу, в отношении которого ведется производство по делу, потерпевшему и свидетелям;
  - 3) указывать в своем заключении имеющие значение для дела обстоятельства, которые установлены при проведении экспертизы и по поводу которых ему не были поставлены вопросы.
6. За отказ или за уклонение от исполнения обязанностей, предусмотренных частью 2 настоящей статьи, эксперт несет административную ответственность, предусмотренную настоящим Кодексом.

**Статья 25.12. Обстоятельства, исключающие возможность участия в производстве по делу об административном правонарушении**

1. К участию в производстве по делу об административном правонарушении в качестве защитника и представителя не допускаются лица в случае, если они являются сотрудниками государственных органов, осуществляющих надзор и контроль за соблюдением правил, нарушение которых явилось основанием для возбуждения данного дела, или если они ранее выступали в качестве иных участников производства по данному делу.
2. К участию в производстве по делу об административном правонарушении в качестве специалиста, эксперта и переводчика не допускаются лица в случае, если они состоят в родственных отношениях с лицом, привлекаемым к административной ответственности, потерпевшим, их законными представителями, защитником, представителем, прокурором, судьей, членом коллегиального органа или должностным лицом, в производстве которых находится данное дело, или если они ранее выступали в качестве иных участников производства по данному делу, а равно если имеются основания считать этих лиц лично, прямо или косвенно, заинтересованными в исходе данного дела.

**Статья 25.13. Отводы лиц, участие которых в производстве по делу об административном правонарушении не допускается**

1. При наличии предусмотренных статьей 25.12 настоящего Кодекса обстоятельств, исключающих возможность участия лица в качестве защитника, представителя, специалиста,

эксперта или переводчика в производстве по делу об административном правонарушении, указанное лицо подлежит отводу.

2. Заявление о самоотводе или об отводе подается судье, органу, должностному лицу, в производстве которых находится дело об административном правонарушении.

3. Рассмотрев заявление о самоотводе или об отводе, судья, орган, должностное лицо, в производстве которых находится дело об административном правонарушении, выносят определение об удовлетворении заявления либо об отказе в его удовлетворении.

#### **Статья 25.14. Возмещение расходов потерпевшему, его законным представителям, свидетелю, специалисту, эксперту, переводчику и понятому**

1. Потерпевшему, его законным представителям, свидетелю, специалисту, эксперту, переводчику и понятому возмещаются в установленном Правительством Российской Федерации порядке расходы, понесенные ими в связи с явкой в суд, орган, к должностному лицу, в производстве которых находится дело об административном правонарушении.

2. Труд специалиста, эксперта и переводчика оплачивается в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

*(В ред. Федерального закона от 29.04.2006 № 57-ФЗ.)*

#### **Статья 26.4. Экспертиза**

1. В случаях, если при производстве по делу об административном правонарушении возникает необходимость в использовании специальных познаний в науке, технике, искусстве или ремесле, судья, орган, должностное лицо, в производстве которых находится дело, выносят определение о назначении экспертизы. Определение обязательно для исполнения экспертами или учреждениями, которым поручено проведение экспертизы.

2. В определении указываются:

- 1) основания для назначения экспертизы;
- 2) фамилия, имя, отчество эксперта или наименование учреждения, в котором должна быть проведена экспертиза;
- 3) вопросы, поставленные перед экспертом;
- 4) перечень материалов, предоставляемых в распоряжение эксперта.

Кроме того, в определении должны быть записи о разъяснении эксперту его прав и обязанностей и о предупреждении его об административной ответственности за дачу заведомо ложного заключения.

3. Вопросы, поставленные перед экспертом, и его заключение не могут выходить за пределы специальных познаний эксперта.

4. До направления определения для исполнения судьей, органом, должностное лицо, в производстве которых находится дело об административном правонарушении, обязаны ознакомить с ним лицо, в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении, и потерпевшего, разъяснить им права, в том числе право заявлять отвод эксперту, право просить о привлечении в качестве эксперта указанных ими лиц, право ставить вопросы для дачи на них ответов в заключении эксперта.

5. Эксперт дает заключение в письменной форме от своего имени. В заключении эксперта должно быть указано, кем и на каком основании проводились исследования, их содержание, должны быть даны обоснованные ответы на поставленные перед экспертом вопросы и сделаны выводы.

6. Заключение эксперта не является обязательным для судьи, органа, должностного лица, в производстве которых находится дело об административном правонарушении, однако несогласие с заключением эксперта должно быть мотивировано.

#### **Статья 26.8. Показания специальных технических средств**

1. Под специальными техническими средствами понимаются измерительные приборы, утвержденные в установленном порядке в качестве средств измерения, имеющие соответствующие сертификаты и прошедшие метрологическую поверку.

2. Показания специальных технических средств отражаются в протоколе об административном правонарушении или постановлении по делу об административном правонарушении, вынесенном в случае, предусмотренном частью 3 статьи 28.6 настоящего Кодекса\*. (В ред. Федерального закона от 24.07.2007 № 210-ФЗ.)

(\* Выделенные слова вступают в силу с 01 июля 2008 года. (Федеральный закон от 24.07.2007 № 210-ФЗ.)

#### **Статья 26.10. Истребование сведений**

Судья, орган, должностное лицо, в производстве которых находится дело об административном правонарушении, вправе вынести определение об истребовании сведений, необходимых для разрешения дела. Истребуемые сведения должны быть направлены в трехдневный срок со дня получения определения, а при совершении административного правонарушения, влекущего административный арест либо административное выдворение, незамедлительно. При невозможности представления указанных сведений организация обязана в трехдневный срок уведомить об этом в письменной форме судью, орган, должностное лицо, вынесших определение.

(В ред. Федерального закона от 25.10.2004 № 126-ФЗ.)

### **Статья 27.1. Меры обеспечения производства по делу об административном правонарушении**

1. В целях пресечения административного правонарушения, установления личности нарушителя, составления протокола об административном правонарушении при невозможности его составления на месте выявления административного правонарушения, обеспечения своевременного и правильного рассмотрения дела об административном правонарушении и исполнения принятого по делу постановления уполномоченное лицо вправе в пределах своих полномочий применять следующие меры обеспечения производства по делу об административном правонарушении:

- 1) доставление;
- 2) административное задержание;
- 3) личный досмотр, досмотр вещей, досмотр транспортного средства, находящихся при физическом лице; осмотр принадлежащих юридическому лицу помещений, территорий, находящихся там вещей и документов;
- 4) изъятие вещей и документов;
- 5) отстранение от управления транспортным средством соответствующего вида;
- 5)\* освидетельствование на состояние алкогольного опьянения;
- 6) медицинское освидетельствование на состояние опьянения;
- 7) задержание транспортного средства, запрещение его эксплуатации;
- 8) арест товаров, транспортных средств и иных вещей;
- 9) привод;
- 10) временный запрет деятельности.

2. Вред, причиненный незаконным применением мер обеспечения производства по делу об административном правонарушении, подлежит возмещению в порядке, предусмотренном гражданским законодательством.

*(В ред. Федеральных законов от 09.05.2005 № 45-ФЗ; от 24.07. 2007 № 210-ФЗ.*

*\* Пункт 5. «прим» статьи 27.1 вступает в силу с 1 июля 2008 года (Федеральный закон от 24.07.2007 № 210-ФЗ)*

### **Статья 27.12. Отстранение от управления транспортным средством, освидетельствование на состояние алкогольного опьянения\* и медицинское освидетельствование на состояние опьянения**

*(\* Выделенные слова вступают в силу с 1 июля 2008 года (Федеральный закон от 24.07.2007 № 210-ФЗ)*

1. Лицо, которое управляет транспортным средством соответствующего вида и в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что это лицо находится в состоянии опьянения, а также лица, совершившие административные правонарушения, предусмотренные частью 1 статьи 12.3, частью 2 статьи 12.5, частями 1 и 2 статьи 12.7 настоящего Кодекса, подлежат отстранению от управления транспортным средством до устранения причины отстранения. Лицо, которое управляет транспортным средством соответствующего вида и в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что это лицо находится в состоянии опьянения, подлежит направлению на медицинское освидетельствование на состояние опьянения.\*

(\* Выделенные слова с 1 июля 2008 года исключаются (Федеральный закон от 24.07.2007 № 210-ФЗ).

1.1 \*\* Лицо, которое управляет транспортным средством соответствующего вида и в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что это лицо находится в состоянии опьянения, подлежит освидетельствованию на состояние алкогольного опьянения в соответствии с частью 6 настоящей статьи. При отказе от прохождения освидетельствования на состояние алкогольного опьянения либо несогласии указанного лица с результатами освидетельствования, а равно при наличии достаточных оснований полагать, что лицо находится в состоянии опьянения, и отрицательном результате освидетельствования на состояние алкогольного опьянения указанное лицо подлежит направлению на медицинское освидетельствование на состояние опьянения.

(\*\* Часть 1 статьи 27.12 вступает в силу с 1 июля 2008 года (Федеральный закон от 24.07.2007 № 210-ФЗ).

2 \*\*\* Отстранение от управления транспортным средством соответствующего вида и направление на медицинское освидетельствование на состояние опьянения осуществляются должностными лицами, которым предоставлено право государственного надзора и контроля за безопасностью движения и эксплуатации транспортного средства соответствующего вида, а в отношении водителя транспортного средства Вооруженных Сил Российской Федерации, внутренних войск Министерства внутренних дел Российской Федерации, войск гражданской обороны, инженерно-технических и дорожно-строительных воинских формирований при федеральных органах исполнительной власти — также должностными лицами военной автомобильной инспекции.

(\*\*\* Часть 2 статьи 27.12 с 1 июля 2008 года излагается в следующей редакции: «2. Отстранение от управления транспортным средством соответствующего вида, освидетельствование на состояние алкогольного опьянения, направление на медицинское освидетельствование на состояние опьянения осуществляются должностными лицами,

*которым предоставлено право государственного надзора и контроля за безопасностью движения и эксплуатации транспортного средства соответствующего вида, а в отношении водителя транспортного средства Вооруженных Сил Российской Федерации, внутренних войск Министерства внутренних дел Российской Федерации, войск гражданской обороны, инженерно-технических и дорожно-строительных воинских формирований при федеральных органах исполнительной власти — также должностными лицами военной автомобильной инспекции в присутствии двух понятых.» (Федеральный закон от 24.07.2007 № 210-ФЗ).*

3. Об отстранении от управления транспортным средством, а также о направлении на медицинское освидетельствование на состояние опьянения составляется соответствующий протокол, копия которого вручается лицу, в отношении которого применена данная мера обеспечения производства по делу об административном правонарушении.

4. В протоколе об отстранении от управления транспортным средством соответствующего вида, а также в протоколе о направлении на медицинское освидетельствование на состояние опьянения указываются дата, время, место, основания отстранения от управления или направления на медицинское освидетельствование, должность, фамилия и инициалы лица, составившего протокол, сведения о транспортном средстве и о лице, в отношении которого применена данная мера обеспечения производства по делу об административном правонарушении.

5. Протокол об отстранении от управления транспортным средством, а также протокол о направлении на медицинское освидетельствование на состояние опьянения подписывается должностным лицом, их составившим, и лицом, в отношении которого применена данная мера обеспечения производства по делу об административном правонарушении.

В случае отказа лица, в отношении которого применена данная мера обеспечения производства по делу об административном правонарушении, от подписания соответствующего протокола в нем делается соответствующая запись.

6. Медицинское\* освидетельствование на состояние опьянения и оформление его результатов осуществляются в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

*(\* Выделенное слово с 1 июля 2008 года заменяется словами «Освидетельствование на состояние алкогольного опьянения и оформление его результатов, направление на медицинское освидетельствование на состояние опьянения, медицинское» {Федеральный закон от 24.07.2007 № 210-ФЗ}).*

7.\*\* Акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения прилагается к соответствующему протоколу.



*(\*\* Часть 7 статьи 27.12 с 1 июля 2008 года излагается в следующей редакции:*

*«7. Акт освидетельствования на состояние алкогольного опьянения или акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения прилагается к соответствующему протоколу. Копии акта освидетельствования на состояние алкогольного опьянения и (или) акта медицинского освидетельствования на состояние опьянения вручаются лицу, в отношении которого они были составлены.» (Федеральный закон от 24.07.2007 № 210-ФЗ).*

**Примечание.** Под состоянием опьянения в настоящей статье следует понимать наличие абсолютного этилового спирта в концентрации 0,3 и более грамма на один литр крови или 0,15 и более миллиграмма на один литр выдыхаемого воздуха, наличие наркотических средств или психотропных веществ в организме человека, определяемое в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, а равно совокупность нарушений физических или психических функций человека вследствие употребления вызывающих опьянение веществ.\* *(В ред. Федеральных законов от 29.03.2007 № 39-ФЗ; от 24.07.2007 № 210-ФЗ.)*

*\* Примечание вступает в силу с 1 июля 2008 года (Федеральный закон от 24.07.2007 № 210-ФЗ).*

### **Статья 30.1. Право на обжалование постановления по делу об административном правонарушении**

1. Постановление по делу об административном правонарушении может быть обжаловано лицами, указанными в статьях 25.1-25.5 настоящего Кодекса:

- 1) вынесенное судьей — в вышестоящий суд;
- 2) вынесенное коллегиальным органом — в районный суд по месту нахождения коллегиального органа;
- 3) вынесенное должностным лицом — в вышестоящий орган, вышестоящему должностному лицу либо в районный суд по месту рассмотрения дела;
- 4) вынесенное иным органом, созданным в соответствии с законом субъекта Российской Федерации, — в районный суд по месту рассмотрения дела.

2. В случае, если жалоба на постановление по делу об административном правонарушении поступила в суд и в вышестоящий орган, вышестоящему должностному лицу, жалобу рассматривает суд.

По результатам рассмотрения жалобы выносится решение.

3. Постановление по делу об административном правонарушении, совершенном юридическим лицом или лицом, осуществляющим предпринимательскую деятельность без

образования юридического лица, обжалуется в арбитражный суд в соответствии с арбитражным процессуальным законодательством.

4. Определение об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении обжалуется в соответствии с правилами, установленными настоящей главой.

### **Статья 30.2. Порядок подачи жалобы на постановление по делу об административном правонарушении**

1. Жалоба на постановление по делу об административном правонарушении подается судье, в орган, должностному лицу, которыми вынесено постановление по делу и которые обязаны в течение трех суток со дня поступления жалобы направить ее со всеми материалами дела в соответствующий суд, вышестоящий орган, вышестоящему должностному лицу.

2. Жалоба на постановление судьи о назначении административного наказания в виде административного ареста либо административного выдворения подлежит направлению в вышестоящий суд в день получения жалобы.

3. Жалоба может быть подана непосредственно в суд, вышестоящий орган, вышестоящему должностному лицу, уполномоченным ее рассматривать.

4. В случае, если рассмотрение жалобы не относится к компетенции судьи, должностного лица, которым обжаловано постановление по делу об административном правонарушении, жалоба направляется на рассмотрение по подведомственности в течение трех суток.

5. Жалоба на постановление по делу об административном правонарушении государственной пошлиной не облагается.

6. Жалоба на постановление судьи о назначении административного наказания в виде административного приостановления деятельности подлежит направлению в вышестоящий суд в день получения жалобы.

*(В ред. Федеральных законов от 25.10.2004 № 126-ФЗ; от 09.05.2005 № 45-ФЗ.)*

## **Трудовой кодекс Российской Федерации** (извлечение)

### **Статья 76. Отстранение от работы**

Работодатель обязан отстранить от работы (не допускать к работе) работника: появившегося на работе в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

### **Статья 81. Расторжение трудового договора по инициативе работодателя**

Трудовой договор может быть расторгнут работодателем в случаях:

**п.6 «б»)** появление на работе в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения;

#### **Статья 229. Порядок расследования несчастных случаев на производстве**

При расследовании несчастного случая на производстве в организации **по** требованию комиссии работодатель за счет собственных средств обеспечивает:

медицинское заключение о характере и степени тяжести повреждения, причиненного здоровью пострадавшего, или причине его смерти, о нахождении пострадавшего в момент несчастного случая в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

#### **Статья 242. Полная материальная ответственность работника**

Работники в возрасте до восемнадцати лет несут полную материальную ответственность лишь за умышленное причинение ущерба, за ущерб, причиненный в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также за ущерб, причиненный в результате совершения преступления или административного проступка.

#### **Статья 243. Случаи полной материальной ответственности**

Материальная ответственность в полном размере причиненного ущерба возлагается на работника в следующих случаях:

4) причинения ущерба в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

### **Федеральный закон Российской Федерации «О наркотических средствах и психотропных веществах» (извлечение)**

#### **Статья 1. Основные понятия**

В целях настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

**наркотические средства** - вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, растения, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года;

**психотропные вещества** - вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, природные материалы, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Конвенцией о психотропных веществах 1971 года;

**наркомания** - заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества;

**больной наркоманией** - лицо, которому по результатам медицинского освидетельствования, проведенного в соответствии с настоящим Федеральным законом, поставлен диагноз "наркомания";

## **Статья 2. Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации**

1. Наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, подлежащие контролю в Российской Федерации, включаются в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации (далее - Перечень), и в зависимости от применяемых государством мер контроля вносятся в следующие списки:

список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации запрещен в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (далее - Список I);

список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (далее - Список II);

список психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых допускается исключение некоторых мер контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (далее - Список III);

список прекурсоров, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (далее - Список IV).

2. Перечень утверждается Правительством Российской Федерации по представлению федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения и федерального органа исполнительной власти по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ. Перечень подлежит официальному опубликованию в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## **Статья 44. Медицинское освидетельствование**

1. Лицо, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что оно больно наркоманией, находится в состоянии наркотического опьянения либо

потребило наркотическое средство или психотропное вещество без назначения врача, может быть направлено на медицинское освидетельствование.

2. Медицинское освидетельствование лица, указанного в пункте 1 настоящей статьи, проводится в специально уполномоченных на то органами управления здравоохранением учреждениях здравоохранения по направлению органов прокуратуры, органов дознания, органа, осуществляющего оперативно-розыскную деятельность, следователя или судьи.

3. Для направления лица, указанного в пункте 1 настоящей статьи, на медицинское освидетельствование судьи, прокуроры, следователи, органы дознания выносят постановление.

4. Решение о направлении лица, указанного в пункте 1 настоящей статьи, на медицинское освидетельствование может быть обжаловано в суд или опротестовано прокурором в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

5. Порядок медицинского освидетельствования лица, указанного в пункте 1 настоящей статьи, устанавливается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения и федеральным органом исполнительной власти по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ по согласованию с Генеральной прокуратурой Российской Федерации и федеральным органом исполнительной власти в области юстиции.

6. Расходы на медицинское освидетельствование лица, указанного в пункте 1 настоящей статьи, производятся за счет средств соответствующих бюджетов.

*До настоящего времени порядок, указанный в части 5 настоящей статьи, не разработан*

**Федеральный закон**  
**"О государственной гражданской службе Российской Федерации"**  
(извлечение)

**Статья 32. Отстранение от замещаемой должности гражданской службы**

1. Представитель нанимателя обязан отстранить от замещаемой должности гражданской службы (не допускать к исполнению должностных обязанностей) гражданского служащего:

1) появившегося на службе в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения;

**Федеральный закон "Об обязательном страховании гражданской  
ответственности  
владельцев транспортных средств"  
(извлечение)**

**Статья 14. Право регрессного требования страховщика**

Страховщик имеет право предъявить регрессное требование к причинившему вред лицу (страхователю, иному лицу, риск ответственности которого застрахован по договору обязательного страхования) в размере произведенной страховщиком страховой выплаты, если: вред был причинен указанным лицом при управлении транспортным средством в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического или иного);

**Федеральный закон  
«О безопасности дорожного движения»  
от 15.11.1995г.  
(извлечение)**

**Статья 23. Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения**

1. Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения заключается в обязательном медицинском освидетельствовании и переосвидетельствовании кандидатов в водители и водителей транспортных средств, проведении предрейсовых, послерейсовых и текущих медицинских осмотров водителей транспортных средств, оказании медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, обучении участника дорожного движения, должностных лиц органов внутренних дел Российской Федерации и других специализированных подразделений, а также населения приемам оказания доврачебной помощи лицам, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях.

2. Целью обязательного медицинского освидетельствования переосвидетельствования является определение у водителей транспортных средств и кандидатов в водители медицинских противопоказаний или ограничений к водительской деятельности.

3. Медицинская помощь пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях заключается в:

оказании доврачебной помощи на месте дорожно-транспортного происшествия;

оказании квалифицированной медицинской помощи на месте дорожно-транспортного происшествия, в пути следования в лечебное учреждение и в лечебном учреждении.

4. Периодичность обязательных медицинских освидетельствований, порядок их проведения, перечень медицинских противопоказаний, при которых гражданину

Российской Федерации запрещается управлять транспортными средствами, а также порядок организации медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях устанавливаются федеральным законом.

**Федеральный закон**  
**"О железнодорожном транспорте в Российской Федерации"**  
**№17-ФЗ от 10. 01. 2003г.**  
(извлечение)

**Статья 25. Трудовые отношения и гарантии работников железнодорожного транспорта**

3. Лица, принимаемые на работу, непосредственно связанную с движением поездов и маневровой работой, и работники, выполняющие такую работу и (или) подвергающиеся воздействию вредных и опасных производственных факторов, проходят за счет средств работодателей обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические (в течение трудовой деятельности) медицинские осмотры.

Работники железнодорожного транспорта общего пользования, которые осуществляют производственную деятельность, непосредственно связанную с движением поездов и маневровой работой, и перечень профессий которых определяется федеральным органом исполнительной власти в области железнодорожного транспорта, проходят обязательные предрейсовые или предсменные медицинские осмотры, а также по требованию работодателей медицинское освидетельствование на установление факта употребления алкоголя, наркотического средства или психотропного вещества.

Порядок проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров на железнодорожном транспорте общего пользования, а также предрейсовых или предсменных медицинских осмотров устанавливается федеральным органом исполнительной власти в области железнодорожного транспорта по согласованию с федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

**Закон Российской Федерации "О занятости населения в Российской Федерации"**  
(извлечение)

**Статья 35. Прекращение, приостановка выплаты пособия по безработице, снижение его размера**

3. Выплата пособия по безработице может быть приостановлена на срок до трех месяцев в случаях:

явки безработного на перерегистрацию в состоянии опьянения, вызванном употреблением алкоголя, наркотических средств или других одурманивающих веществ. Порядок установления факта состояния опьянения безработного определяется Правительством Российской Федерации;

6. Решение о прекращении, приостановке выплаты пособия по безработице или снижении его размера принимается органами службы занятости с обязательным уведомлением безработного.

### **Федеральный Закон Российской Федерации**

**"Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел Российской Федерации, Государственной противопожарной службы, органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, сотрудников учреждений и органов уголовно-исполнительной системы и сотрудников федеральных органов налоговой полиции"**

(извлечение)

#### **Статья 10. Основания освобождения страховщика от выплаты страховой суммы**

1. Страховщик освобождается от выплаты страховой суммы по обязательному государственному страхованию, если страховой случай: находится в установленной судом прямой причинной связи с алкогольным, наркотическим или токсическим опьянением застрахованного лица;

### **Федеральный закон "Об альтернативной гражданской службе"**

(извлечение)

5. В срок альтернативной гражданской службы не засчитываются: появление на работе в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения.

### **Закон Российской Федерации "Об образовании"**

(извлечение)

#### **Статья 56. Трудовые отношения в системе образования**

4. Помимо оснований прекращения трудового договора по инициативе администрации, предусмотренных законодательством Российской Федерации о труде, основаниями для увольнения педагогического работника образовательного учреждения по инициативе



администрации этого образовательного учреждения до истечения срока действия трудового договора (контракта) являются:

3) появление на работе в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

Увольнение по настоящим основаниям может осуществляться администрацией без согласия профсоюза.

## **Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (извлечение)**

### **Статья 24. Права несовершеннолетних**

Несовершеннолетние - больные наркоманией в возрасте старше 16 лет, иные несовершеннолетние в возрасте старше 15 лет имеют право на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии со статьями 32,33,34 настоящих основ.

*Данное положение следует учитывать при проведении освидетельствований по личным обращениям граждан.*

### **Статья 61. Врачебная тайна**

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных частями третьей и четвертой настоящей статьи.

С согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

3) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

*В части прокурора следует отметить, что согласно статьи 22 Федерального закона «О прокуратуре Российской Федерации» прокурор при осуществлении возложенных на него функций вправе по предъявлении служебного удостоверения требовать от руководителей и других должностных лиц организаций представления необходимых документов, материалов, статистических и иных сведений.*

4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте, установленном частью второй статьи 24 настоящих Основ, для информирования его родителей или законных представителей;

5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;

6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утверждаемым Правительством Российской Федерации.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

## **Федеральный закон «О воинской обязанности и военной службе»** (извлечение)

### **Статья 5. Мероприятия по обеспечению исполнения воинской обязанности или поступления на военную службу по контракту**

1. Проведение мероприятий по медицинскому освидетельствованию и медицинскому осмотру при постановке на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования, призыве на военные сборы, медицинскому переосвидетельствованию ранее признанных ограниченно годными к военной службе по состоянию здоровья, а также иных мероприятий, связанных с призывом или поступлением на военную службу по контракту и призывом на военные сборы, осуществляется военными комиссариатами.

Проведение мероприятий по медицинскому обследованию при первоначальной постановке на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования, призыве на военные сборы осуществляется медицинскими организациями по направлению военных комиссариатов.

### **Статья 5.1. Медицинское освидетельствование и медицинское обследование граждан в связи с исполнением воинской обязанности или поступлением на военную службу по контракту**

7. Финансовое обеспечение медицинского обследования граждан, указанных в пункте 1 настоящей статьи, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

## **Федеральный закон "Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации" (извлечение)**

### **Статья 6. Полномочия адвоката**

1. Полномочия адвоката, участвующего в качестве представителя доверителя в конституционном, гражданском и административном судопроизводстве, а также в качестве представителя или защитника доверителя в уголовном судопроизводстве и производстве по делам об административных правонарушениях, регламентируются соответствующим процессуальным законодательством Российской Федерации.

2. В случаях, предусмотренных федеральным законом, адвокат должен иметь ордер на исполнение поручения, выдаваемый соответствующим адвокатским образованием. Форма ордера утверждается федеральным органом юстиции. В иных случаях адвокат представляет доверителя на основании доверенности. Никто не вправе требовать от адвоката и его доверителя предъявления соглашения об оказании юридической помощи (далее также - соглашение) для вступления адвоката в дело.

3. Адвокат вправе:

1) собирать сведения, необходимые для оказания юридической помощи, в том числе запрашивать справки, характеристики и иные документы от органов государственной власти, органов местного самоуправления, а также общественных объединений и иных организаций. Указанные органы и организации в порядке, установленном законодательством, обязаны выдать адвокату запрошенные им документы или их заверенные копии не позднее чем в месячный срок со дня получения запроса адвоката;

2) опрашивать с их согласия лиц, предположительно владеющих информацией, относящейся к делу, по которому адвокат оказывает юридическую помощь;

- 3) собирать и представлять предметы и документы, которые могут быть признаны вещественными и иными доказательствами, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;
- 4) привлекать на договорной основе специалистов для разъяснения вопросов, связанных с оказанием юридической помощи;
- 5) беспрепятственно встречаться со своим доверителем наедине, в условиях, обеспечивающих конфиденциальность (в том числе в период его содержания под стражей), без ограничения числа свиданий и их продолжительности;
- 6) фиксировать (в том числе с помощью технических средств) информацию, содержащуюся в материалах дела, по которому адвокат оказывает юридическую помощь, соблюдая при этом государственную и иную охраняемую законом тайну;
- 7) совершать иные действия, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

#### 4. Адвокат не вправе:

- 1) принимать от лица, обратившегося к нему за оказанием юридической помощи, поручение в случае, если оно имеет заведомо незаконный характер;
- 2) принимать от лица, обратившегося к нему за оказанием юридической помощи, поручение в случаях, если он:

имеет самостоятельный интерес по предмету соглашения с доверителем, отличный от интереса данного лица;

участвовал в деле в качестве судьи, третейского судьи или арбитра, посредника, прокурора, следователя, дознавателя, эксперта, специалиста, переводчика, является по данному делу потерпевшим или свидетелем, а также если он являлся должностным лицом, в компетенции которого находилось принятие решения в интересах данного лица; состоит в родственных или семейных отношениях с должностным лицом, которое принимало или принимает участие в расследовании или рассмотрении дела данного лица;

оказывает юридическую помощь доверителю, интересы которого противоречат интересам данного лица;

- 3) занимать по делу позицию вопреки воле доверителя, за исключением случаев, когда адвокат убежден в наличии самоговора доверителя;
- 4) делать публичные заявления о доказанности вины доверителя, если тот ее отрицает;
- 5) разглашать сведения, сообщенные ему доверителем в связи с оказанием последнему юридической помощи, без согласия доверителя;
- 6) отказаться от принятой на себя защиты.

5. Негласное сотрудничество адвоката с органами, осуществляющими оперативно-розыскную деятельность, запрещается.

## **Статья 7. Обязанности адвоката**

1. Адвокат обязан:

1) честно, разумно и добросовестно отстаивать права и законные интересы доверителя всеми не запрещенными законодательством Российской Федерации средствами;

*Адвокаты, ссылаясь на пункт 1 части 3 статьи 6 Федерального закона «Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации», требуют выдачи различных справок, являющихся медицинскими сведениями.*

*Указанный пункт закона действительно предоставляет право адвокату собирать сведения и запрашивать справки и иные документы, а учреждения и организации обязаны их выдавать в порядке, установленном законодательством.*

*Вместе с тем, необходимо учитывать, что в отношении медицинских сведений законодательством установлены ограничения.*

*Так, статьей 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан предусмотрено, что передача сведений, составляющих врачебную тайну, допускается с согласия гражданина или его законного представителя.*

*Этой же статьей определено, что врачебную тайну составляет «информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения полученные при его обследовании и лечении». Таким образом, результаты медицинского освидетельствования также являются врачебной тайной.*

*С учетом изложенного, передача адвокатам медицинских сведений возможна только при наличии у адвоката:*

- официальной доверенности о том, что он представляет доверителя, либо ордера на исполнение поручения доверителя;*
- официально подтвержденного согласия доверителя на получение адвокатом касающихся доверителя сведений, составляющих врачебную тайну (указанное согласие может быть включено в вышеуказанный ордер или доверенность).*

*Применительно к рассматриваемым случаям доверителем будет являться лицо, находящееся или находившееся ранее на лечении в больнице, либо обращавшееся в больницу для оказания медицинской помощи.*

*Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя, предусмотрено пунктом 3 статьи 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.*

**Правила дорожного движения Российской Федерации  
от 23 октября 1993г. N 1090  
(извлечение)**

2. Общие обязанности водителей

2.3. Водитель транспортного средства обязан:

2.3.2. Проходить по требованию сотрудников милиции освидетельствование на состояние опьянения. В установленных случаях проходить проверку знаний Правил и навыков вождения, а также медицинское освидетельствование для подтверждения способности к управлению транспортными средствами;

2.7. Водителю запрещается:

управлять транспортным средством в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического или иного), под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии, ставящем под угрозу безопасность движения;

передавать управление транспортным средством лицам, находящимся в состоянии опьянения, под воздействием лекарственных препаратов, в болезненном или утомленном состоянии, а также лицам, не имеющим при себе водительского удостоверения на право управления транспортным средством данной категории или в случае его изъятия в установленном порядке - временного разрешения кроме случаев обучения вождению в соответствии с разделом 21 Правил;

употреблять алкогольные напитки, наркотические, психотропные или иные одурманивающие вещества после дорожно-транспортного происшествия, к которому он причастен, либо после того, как транспортное средство было остановлено по требованию сотрудника милиции, до проведения освидетельствования с целью установления состояния опьянения или до принятия решения об освобождении от проведения такого освидетельствования;

управлять транспортным средством с нарушением режима труда и отдыха, установленного уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а при осуществлении международных автомобильных перевозок - международными договорами Российской Федерации;

**Постановление Правительства РФ  
от 26 декабря 2002 г. N 930 "Об утверждении Правил медицинского  
освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет  
транспортным средством, и оформления его результатов"**

В соответствии с пунктом 6 статьи 27.12 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях Правительство Российской Федерации постановляет:  
Утвердить прилагаемые Правила медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством, и оформления его результатов.

Председатель Правительства  
Российской Федерации

М.Касьянов

**Правила  
медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет  
транспортным средством, и оформления его результатов**

1. Настоящие Правила устанавливают порядок медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством соответствующего вида (далее именуются соответственно - медицинское освидетельствование, водитель транспортного средства), а также порядок оформления его результатов.
2. Медицинскому освидетельствованию подлежат водители транспортных средств, в отношении которых согласно критериям, установленным Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, имеются достаточные основания полагать, что они находятся в состоянии опьянения.
3. Медицинское освидетельствование проводится на основании протокола о направлении на медицинское освидетельствование, подписанного должностным лицом, которому предоставлено право государственного надзора и контроля за безопасностью движения и эксплуатации транспортного средства, и водителем транспортного средства, в отношении которого применяется данная мера обеспечения производства по делу об административном правонарушении.
4. Медицинское освидетельствование проводится в организациях здравоохранения, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности с указанием соответствующих работ и услуг.
5. Медицинское освидетельствование проводится как непосредственно в организациях здравоохранения, так и в специально оборудованных для этой цели передвижных пунктах

(автомобилях), соответствующих установленным Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации требованиям.

6. Медицинское освидетельствование проводится врачом, имеющим соответствующую специальную подготовку.

7. В сельской местности при невозможности проведения медицинского освидетельствования врачом разрешается осуществлять его фельдшером фельдшерско-акушерского пункта, имеющим соответствующую специальную подготовку.

8. Медицинское освидетельствование проводится в соответствии с нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

9. Результаты медицинского освидетельствования отражаются в акте медицинского освидетельствования, форма которого утверждается Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

10. Акт медицинского освидетельствования составляется в 2 экземплярах, подписывается врачом (фельдшером), проводившим медицинское освидетельствование, и заверяется печатью организации здравоохранения.

Один экземпляр акта медицинского освидетельствования выдается должностному лицу, доставившему водителя транспортного средства в организацию здравоохранения, второй экземпляр акта хранится в соответствующей организации здравоохранения.

11. Каждая процедура медицинского освидетельствования регистрируется в специальном журнале организации здравоохранения, форма, порядок ведения и хранения которого определяются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

12. В случае если водитель транспортного средства находится в беспомощном состоянии (тяжелая травма, бессознательное состояние и др.) и для вынесения заключения о наличии или отсутствии состояния опьянения требуется проведение специальных лабораторных исследований биологических жидкостей, акт медицинского освидетельствования составляется по получении результатов указанных исследований, которые отражаются в акте.

Подлинник результатов лабораторных исследований, заверенный подписью специалиста, проводившего исследование, приобщается ко второму экземпляру акта медицинского освидетельствования. Первый экземпляр акта медицинского освидетельствования выдается на руки представителю органа, которому предоставлено право государственного надзора и контроля за безопасностью движения и эксплуатации транспортного средства, либо направляется в адрес этого органа по почте.



**Постановление Правительства РФ**  
**от 22 апреля 1997 г. N 458 "Об утверждении Порядка регистрации безработных граждан"**  
(извлечение)

22. В случае явки безработного гражданина на перерегистрацию в состоянии опьянения, вызванном употреблением алкоголя, наркотических средств или других одурманивающих веществ, факт опьянения устанавливается работниками органа по вопросам занятости и подтверждается составленным ими актом (с указанием даты, места и времени его составления). При необходимости факт состояния опьянения может быть установлен путем проведения медицинского освидетельствования и подтвержден соответствующим заключением.

**Перечень**  
**наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации (утв. постановлением Правительства РФ от 30 июня 1998 г. N 681)**  
(извлечение)

**Список**  
**наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации запрещен в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (список I)**

**Наркотические средства**

Аллилпродин  
Альфапродин  
Альфаметадол  
Альфа-метилфентанил  
Альфа-метилтиофентанил  
Альфапродин  
Альфацетилметадол  
Анилэридин  
Ацетил-альфаметилфентанил  
Ацетилгидрокодеин  
Ацетилованный опий  
Ацетилкодеин  
Ацетилметадол  
Ацеторфин  
БДБ [L-(3,4-метилendioксифенил)-2-бутанамиин]  
Безитрамид  
Бензетидин  
Бензилморфин  
Бета-гидрокси-3 -метилфентанил  
Бета-гидроксифентанил  
Бетамепродин  
Бетаметадол  
Бетапродин

Бетацетилметадол  
Гашиш (анаша, смола каннабиса)  
Героин (диацетилморфин)  
Гидрокодон  
Гидрокодона фосфат  
N-гидрокси-МДА  
Гидроморфинол Гидроморфон  
Дезоморфин  
Диампромид  
Диацетилморфин (героин)  
Дигидроморфин  
Дименоксадол  
N-Диметиламфетамин  
Димепгептанол  
Диметилтиамбутен  
Диоксафетил бутират  
Дипипанон  
Дифеноксин  
Диэтилтиамбутен  
ДМА (d, L-2,5-диметокси-альфа-метил-фенил-этиламин)  
ДМГП (диметилгептилпиран)  
ДМТ (диметилтриптамин)  
ДОБ (d, L-2,5-диметокси-4-бром-амфетамин)  
ДОХ (d, B-2,5-диметокси-4-хлор-амфетамин)  
ДОЭТ (d, B-2,5-диметокси-4-этил-амфетамин)  
Дротебанол  
ДЭТ (N,N-диэтилтриптамин)  
Изометадон  
Каннабис (марихуана)  
Кат  
Кетобемидон  
Клонитазен  
Кодоксим  
Кокаиновый куст  
Кустарно изготовленные препараты из эфедрина или из препаратов, содержащих эфедрин  
Кустарно изготовленные препараты из псевдоэфедрина или из препаратов, содержащих псевдоэфедрин Левометорфан Левоморамид Леворфанол (леморан) Левофенацилморфан  
Лизергиновая кислота и ее производные d-Лизергид (ЛСД, ЛСД-25) Лист кока Маковая солома  
Масло каннабиса (гашишное масло)  
МБДБ [N-Метил-1 -(3,4-метилендиоксифенил)-2-бутанамин] МДА (тенамфетамин)  
МДМА (d, L-3,4-метилендиокси-N-альфа-диметил-фенил-этиламин)  
3 -Моноацетилморфин  
6-Моноацетилморфин  
Мескалин  
Метадон  
d-Метадон  
L-Метадон  
Метадона промежуточный продукт (4-циано-2-диметиламино-4,4-дифенилбутан)  
Метазоцин  
Метамфетамин  
Метилдезорфин

Метилдигидроморфин  
3 -метилтиофентанил  
3 -метилфентанил  
N-метилэфедрон  
Метопон  
Мирофин  
Млечный сок разных видов мака, не являющихся опийным или масличным маком, но содержащих алкалоиды мака, включенные в списки наркотических средств и психотропных веществ  
ММДА (2-метокси-альфа-4-метил 4, 5-(метилендиокси) -фенетиламин)  
Морамида, промежуточный продукт (2-метил-3-морфолин-1, 1 -дифенил-пропан-карбоновая кислота)  
Морферидин  
Морфин метилбромид  
Морфин-N-окись  
МППП (1-метил-4-фенил-4-пиперидинол пропионат (эфир)  
Никодикодин  
Никокодин  
Никоморфин  
Норациметадол  
Норкодеин  
Норлеворфанол  
Норметадон  
Норморфин  
Норпипанон  
Оксикодон (текодин)  
Оксиморфон  
Опий (в том числе медицинский) - свернувшийся сок опийного или масличного мака  
Опийный мак (растение вида *Papaver somniferum L*)  
Орипавин  
Пара-флуорофентанил (пара-фторфентанил)  
Парагексил  
ПЕПАП (L-фенэтил-4-фенил-4-пиперидинол ацетат (эфир)  
Петидин  
Петидина промежуточный продукт А (4-циано-1 -метил \* фенилпиперидин)  
Пиминодин  
Плодовое тело (любая часть) любого вида грибов, содержащих псилоцибин и (или) псилоцин  
ПМА (4-метокси-альфа-метилфенил-этиламин)  
Прогептазин  
Проперидин  
Пропирам  
Псилоцибин  
Псилоцин  
Рацеметорфан  
Рацеморамид  
Рацеморфан  
Ролициклидин  
2С-В (4-бром-2,5-диметоксифенетиламин)  
СТО (ДОМ) [2-амино-1-(2,5-диметокси-4-метил) фенилпропан]  
Тебакон  
Теноциклидин

Тетрагидроканнабинол (все изомеры)  
Тиофентанил  
ТМА (d, L-3,4,5-триметокси-альфа-метилфенил-амин)  
Фенадоксон  
Фенадон  
Феназоцин  
Фенапромид  
Фенатин  
Фенциклидин  
Феноморфан  
Феноперидин  
Фолькодин  
Фуретидин  
Эггонин, его сложные эфиры и производные, которые могут быть превращены в эггонин и кокаин  
Экстракт маковой соломы (концентрат маковой соломы)  
N-ЭТИЛ-МДА (d, L-N-этил-альфа-метил-3,4-(метилендиокси) -  
фенетиламил  
Этилметилтиамбутен  
Этициклидин  
Этоксеридин  
Этонитазен  
Эторфин  
Этриптамин  
Эфедрон (меткатинон)

### **Психотропные вещества**

Дексамфетамин  
Катин (d-норпсевдоэфедрин)  
Катинон (L-альфа-аминопропиофенон)  
Левамфетамин  
Меклоквалон  
Метаквалон  
4-метиламинорекс  
Метилфенидат (риталин)

Изомеры (если таковые определено не исключены) наркотических средств и психотропных веществ, перечисленных в данном списке, в тех случаях когда существование таких изомеров возможно в рамках данного химического обозначения

Эфиры сложные и простые наркотических средств и психотропных веществ, перечисленных в данном списке

Соли всех наркотических средств и психотропных веществ, перечисленных в данном списке, если существование таких солей возможно

Все смеси, в состав которых входят наркотические средства и психотропные вещества данного списка, независимо от их количества

**Список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации  
(список II)**

**Наркотические средства**

р-Аминопропиофенон (РАРР) и его оптические изомеры (антидот против цианидов)  
Альфентанил  
Амфетамин (фенамин) и комбинированные лекарственные препараты, содержащие фенамин (амфетамин)  
Бупренорфин  
Глютетимид (Ноксирон)  
Декстроморамид  
Декстропроксифен (ибупроксирон, проксивон, спазмопроксивон)  
Дигидрокодеин  
Дифеноксилат  
Кодеин  
Кодеина фосфат  
Кокаин  
Кокаина гидрохлорид  
Кодеин N-окись  
Морфин  
Морфина гидрохлорид  
Морфина сульфат  
Морфилонг  
Омнопон  
Пентазоцин  
Проперидин  
Пропирам  
Просидол  
Пиритрамид (дипидолор)  
Реазек  
Свечи тилидина в разных дозировках  
Сомбревин  
Суфентанил  
Таблетки "Алнагон" (кодеина фосфата 20 мг, кофеина 80 мг, фенобарбитала 20 мг, кислоты ацетилсалициловой 20 мг)  
Таблетки (кодеина камфосульфоната 0,025 г, сульфатгваякола калия 0,100 г; густого экстракта гринделии 0,017 г)  
Таблетки кодеина 0,03 г + парацетамола 0,500 г  
Таблетки кодеина фосфата 0,015 г + сахара 0,25 г  
Таблетки кодеина 0,01 г, 0,015 г + сахара 0,25 г  
Таблетки кодеина 0,015 г + натрия гидрокарбоната 0,25 г  
Таблетки "Кодтерпин" (кодеина 0,015 г + натрия гидрокарбоната 0,25 г + терпингидрата 0,25 г)  
Таблетки от кашля. Состав: травы термопсиса в порошке - 0,01 г (0,02 г), кодеина - 0,02 г (0,01 г), натрия гидрокарбоната - 0,2 г, корня солодки в порошке - 0,2 г  
Тебаин  
Тилидин  
Тримеперидин (промедол)  
Фентанил  
Этилморфин

Эскодол  
Эстоцин  
Эстоцина гидрохлорид  
Этилморфина гидрохлорид

### **Психотропные вещества**

Амобарбитал (барбамил)  
Амфепрамон (фепранон, диэтилпропион)  
Кетамин  
Кетамина гидрохлорид (калипсол, кеталар) Таблетки (барбамила 0,15 г + бромизовала 0,15 г)  
Фенметразин Фентермин Этаминал натрия Хальцион (триазолам)  
Соли всех наркотических средств и психотропных веществ, перечисленных в данном списке, если существование таких солей возможно

**Список  
психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в  
отношении которых допускается исключение некоторых мер контроля в соответствии  
с законодательством Российской Федерации и международными договорами  
Российской Федерации  
(список III)**

Аминорекс  
Апрофен  
Бензфетамин  
Галотан (фторотан)  
Декстрометорфан  
Левамфетамин  
Лефетамин  
Мазиндол  
Мефенорекс  
Натрий оксibuтират и другие соли оксимасляной кислоты  
Пентобарбитал  
Пипрадрол  
Тарен  
Фендиметразин  
Фенпропорекс  
Ципепрол  
Этиламфетамин  
Соли веществ, перечисленных в данном списке, если существование  
таких солей возможно

### **Примечания:**

**1** Контроль распространяется на все средства и вещества, указанные в настоящем перечне, какими бы фирменными названиями (синонимами) они не обозначались.

**Приказ Минобороны России**  
**"О порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах**  
**Российской Федерации"**  
от 20 августа 2003 г. N 200  
(извлечение)

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 25 февраля 2003 г. N 123 "Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, N 10, ст.902) приказываю:

1. Утвердить прилагаемую Инструкцию о порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Российской Федерации.

Министр обороны  
Российской Федерации

С.Иванов

Зарегистрировано в Минюсте России 9 сентября 2003 г. Регистрационный N 5056

Приложение  
к приказу Минобороны России  
от 20 августа 2003г. N 200

**Инструкция о порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных**  
**Силах Российской Федерации (с изменениями от 2 августа 2004г.)**

**III. Организация и проведение освидетельствования граждан**  
**Освидетельствование граждан, не проходящих военную службу,**  
**при поступлении на военную службу по контракту**

92. До начала предварительного освидетельствования гражданину проводятся: исследование на наличие инфицирования вирусом иммунодефицита человека (далее именуется - ВИЧ-инфекция), на наркотические вещества и серологические реакции на сифилис;

Освидетельствование граждан при поступлении в училища, военно-учебные заведения

101. На гражданина, поступающего в училище, военно-учебное заведение, в военном комиссариате до освидетельствования оформляется карта медицинского освидетельствования гражданина, поступающего в училище, военно-учебное заведение (приложение N 6 к настоящей Инструкции), и проводятся:

исследования на наличие ВИЧ-инфекции, на наркотические вещества и серологические реакции на сифилис;

Освидетельствование граждан, поступающих на обучение и обучающихся по программам подготовки офицеров запаса

121. До освидетельствования оформляется карта медицинского освидетельствования гражданина, пребывающего в запасе (приложение N 7 к настоящей Инструкции), и проводятся:

исследования на наличие ВИЧ-инфекции, на наркотические вещества и серологические реакции на сифилис;

**Приказ Министерства здравоохранения РФ  
"О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения"  
от 14 июля 2003г. N 308**

(Зарегистрирован в Минюсте России 21 июля 2003г. Регистрационный N 4913)

В целях совершенствования деятельности органов и организаций здравоохранения по обеспечению проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения и во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2002 года N 930 "Об утверждении Правил медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством, и оформления его результатов" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, N 52 (ч.2), ст.5233) приказываю:

1. Утвердить:

1.1. Учетную форму N 307/у "Акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством" (приложение N 1).

1.2. Учетную форму N 304/у "Журнал регистрации медицинских освидетельствований на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортными средствами" (приложение N 2).

1.3. Инструкцию по проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством, и заполнению учетной формы N 307/у "Акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством" (приложение N 3).

1.4. Инструкцию по порядку ведения и хранения учетной формы N 304/у "Журнал регистрации медицинских освидетельствований на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортными средствами" (приложение N 4).

1.5. Список учетных форм первичной медицинской документации, подлежащей дальнейшему использованию (приложение N 5).

1.6. Критерии, при наличии которых имеются достаточные основания полагать, что водитель транспортного средства находится в состоянии опьянения и подлежит направлению на медицинское освидетельствование (приложение N 6).



1.7. Программу подготовки врачей (фельдшеров) по вопросам проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортными средствами (приложение N 7).

1.8. Программу подготовки медицинского персонала по вопросам проведения предрейсовых, послерейсовых и текущих медицинских осмотров водителей транспортных средств (приложение N 8).

1.9. Требования к передвижному пункту (автомобилю) для проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортными средствами (приложение N 9).

2. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя Министра А.И. Вялкова.

Министр

Ю.Шевченко

- Приложение N 1. форма N 307/у Акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством
- Приложение N 2. форма N 304/у Журнал регистрации медицинских освидетельствований на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортными средствами
- Приложение N 3. Инструкция по проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством, и заполнению учетной формы 307/у "Акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством"
- Приложение N 4. Инструкция по порядку ведения и хранения учетной формы N 304/у "Журнал регистрации медицинских освидетельствований на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортными средствами"
- Приложение N 5. Список учетных форм первичной медицинской документации, подлежащей дальнейшему использованию
- Приложение N 6. Критерии, при наличии которых имеются достаточные основания полагать, что водитель транспортного средства находится в состоянии опьянения и подлежит направлению на медицинское освидетельствование
- Приложение N 7. Программа подготовки врачей (фельдшеров) по вопросам проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортными средствами
- Приложение N 8. Программа подготовки медицинского персонала по вопросам проведения предрейсовых, послерейсовых и текущих медицинских осмотров водителей транспортных средств
- Приложение N 9. Требования к передвижному пункту (автомобилю) для проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортным средством

Министерство здравоохранения Российской Федерации	Код формы по ОКУД _____
_____	Код учреждения по ОКПО _____
_____	Медицинская документация - <b>форма N 307/у</b>
_____	Утверждена приказом Минздрава России от 14.07.03 г. N 308
(наименование учреждения)	

### Акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством

"\_\_" \_\_\_\_ 200\_\_ г.

1. Фамилия, имя отчество \_\_\_\_\_

Возраст (год рождения) \_\_\_\_\_ Домашний адрес \_\_\_\_\_

Где и кем работает (со слов освидетельствуемого) \_\_\_\_\_

Кем и когда (точное время) направлен на освидетельствование, N протокола о направлении \_\_\_\_\_

Дата и точное время освидетельствования \_\_\_\_\_

Кем освидетельствован (врач, фельдшер) \_\_\_\_\_

2. Причина освидетельствования: подозрение на управление транспортным средством в состоянии опьянения \_\_\_\_\_

3. Внешний вид освидетельствуемого: состояние одежды, кожных покровов, наличие повреждений (ранения, ушибы, следы от инъекций) \_\_\_\_\_

4. Поведение: напряжен, замкнут, раздражен, возбужден, агрессивен, эйфоричен, болтлив, суетлив, настроение неустойчиво, сонлив, заторможен, жалуется ли на свое состояние (на что именно) \_\_\_\_\_

5. Состояние сознания, ориентировка в месте, времени, ситуации и собственной личности \_\_\_\_\_

6. Речевая способность: связность изложения, нарушения артикуляции, смазанность речи, результаты проведения пробы со счетом \_\_\_\_\_

7. Вегетативно-сосудистые реакции (состояние сосудов кожных покровов и видимых слизистых, потливость, слюноотечение) \_\_\_\_\_

Дыхание: учащенное, замедленное \_\_\_\_\_

Пульс \_\_\_\_\_ артериальное давление \_\_\_\_\_

Зрачки: сужены, расширены, реакция на свет \_\_\_\_\_

Нистагм при взгляде в стороны \_\_\_\_\_

8. Двигательная сфера \_\_\_\_\_

Мимика: вялая, оживленная \_\_\_\_\_

Походка (шатающаяся, разбрасывание ног при ходьбе), ходьба с быстрыми поворотами (пошатывание при поворотах) \_\_\_\_\_

Устойчивость в позе Ромберга \_\_\_\_\_

Точные движения (пальце-носовая проба и др.) \_\_\_\_\_

Дрожание век, языка, пальцев рук \_\_\_\_\_

9. Имеются ли признаки нервно-психических заболеваний, органического поражения центральной нервной системы, физического истощения, перенесенные травмы (со слов освидетельствуемого) \_\_\_\_\_

10. Сведения о последнем случае употребления алкоголя и лекарственных средств: субъективные, объективные (по документам и другим источникам) \_\_\_\_\_

- 11 Запах алкоголя или другого вещества изо рта (какого именно) \_\_\_\_\_
12. Наличие алкоголя в выдыхаемом воздухе:
- 12.1 Первичное исследование с применением двух приборов (методов)
- 12.1.1 Время исследования, наименование прибора (метода), заводской номер прибора, дата последней поверки (проверки), результат исследования \_\_\_\_\_
- 12.1.2. Время исследования вторым прибором (методом), наименование прибора (метода), заводской номер прибора, дата последней поверки (проверки), результат исследования \_\_\_\_\_
- 12.2. Через 20 минут: исследование одним из использованных методов, указанных в п.п.12.1.1., 12.1.2., наименование прибора (метода), результат исследования \_\_\_\_\_
13. Результаты лабораторного исследования биологических сред: время отбора пробы, наименование среды, название лаборатории, проводившей исследования, методы исследования, результаты исследования, N заключения о результатах исследования \_\_\_\_\_
14. Другие данные медицинского осмотра или представленных документов \_\_\_\_\_
15. Заключение \_\_\_\_\_
16. Ф.И.О. медработника, проводившего освидетельствование (разборчиво), подпись \_\_\_\_\_

Акт может заполняться рукописно, на машинке, на компьютере  
 Формат А4

МП

## Приложение N 2

Министерство здравоохранения Российской Федерации	Код формы по ОКУД _____
_____	Код учреждения по ОКПО _____
_____	Медицинская документация - <b>форма N 304/у</b>
_____	Утверждена приказом Минздрава России от 14.07.03 г. N 308
(наименование учреждения)	

### Журнал регистрации медицинских освидетельствований на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортными средствами

\_\_\_\_\_ г.

#### Форма N 304/у

NN п/п	N протокола о направлении на медицинское освидетельствова- ние, дата и время его заполнения	Кем направ- лен	Ф.И.О., N служебного удостоверения сопровождающего лица	Ф.И.О. возраст освидете- льствуемо- го	Домашний адрес, место работы, должность освидетельствуемо- го	Документ, удостоверяющий личность освидетельствуемо- го
1	2	3	4	5	6	7

Ф.И.О. медработника, проводившего медицинское освидетельствование, специальность	Дата и время медицинского освидетельствования	Заключение по результатам освидетельствования (включая результаты химико-токсикологического исследования)	N акта медицинского освидетельствования	Ф.И.О., место работы, должность получившего акт медицинского освидетельствования	Адрес и дата отправки акта медицинского освидетельствования по почте	Подпись медработника, проводившего медицинское освидетельствование
8	9	10	11	12	13	14

Приложение N 3

**Инструкция по проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством, и заполнению учетной формы 307/у "Акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством"**

1. Медицинское освидетельствование на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством (далее - освидетельствование), проводится в организациях здравоохранения, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности с указанием соответствующих работ и услуг.

2. Освидетельствование проводится на основании протокола о направлении на освидетельствование, подписанного должностным лицом, которому предоставлено право государственного надзора и контроля за безопасностью движения и эксплуатации транспортного средства.

3. Освидетельствование проводится как непосредственно в организациях здравоохранения, так и в специально оборудованных для этой цели передвижных пунктах (автомобилях), соответствующих установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации требованиям.

4. Освидетельствование проводится врачом (в сельской местности при невозможности проведения освидетельствования врачом - фельдшером), прошедшим соответствующую специальную подготовку на базе наркологических учреждений органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

5. Средство (вещество), вызвавшее опьянение, определяется по результатам химико-токсикологического исследования, проводимого в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации.

6. При освидетельствовании используются технические средства индикации и измерения, зарегистрированные и разрешенные Министерством здравоохранения Российской Федерации для использования в медицинских целях и рекомендованные для проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения.

7. Для количественного определения алкоголя в выдыхаемом воздухе, количественного определения алкоголя, наркотических средств, психотропных и других вызывающих опьянение веществ в биологических средах человека используются технические средства, поверенные в установленном Государственным комитетом Российской Федерации по стандартизации и метрологии порядке, тип которых внесен в Государственный реестр средств измерения и поверка которых в процессе эксплуатации осуществляется с периодичностью, установленной Государственным комитетом Российской Федерации по стандартизации и метрологии при утверждении данного типа средств измерений.

8. По результатам освидетельствования составляется в 2 экземплярах акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством (далее - акт), с указанием даты освидетельствования и номера, соответствующего номеру регистрации освидетельствования в журнале регистрации медицинских освидетельствований на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортными средствами.

9. При заполнении акта фамилия, имя, отчество освидетельствуемого лица указываются на основании документа, удостоверяющего личность, а при отсутствии такого документа - со слов освидетельствуемого либо лица, его сопровождающего, с соответствующей записью об этом в акте. Все пункты акта заполняются без каких-либо сокращений и подчеркиваний. Акт подписывается врачом (фельдшером), проводившим освидетельствование, и заверяется печатью организации здравоохранения, в котором проводилось освидетельствование.

10. На основании результатов освидетельствования составляется заключение, в котором должно быть четко охарактеризовано состояние освидетельствуемого на момент освидетельствования. В случае отказа освидетельствуемого от освидетельствования (либо от того или иного вида исследования в рамках освидетельствования) врачом (фельдшером), проводящим освидетельствование, в журнале регистрации делается запись "от освидетельствования отказался".

Если проведение освидетельствования в полном объеме не представляется возможным из-за тяжести состояния освидетельствуемого, в акте указываются причины, по которым не было выполнено то или иное исследование.

11. Основой заключения о состоянии освидетельствуемого служат данные комплексного медицинского освидетельствования с учетом результатов лабораторных исследований.

При наличии клинических признаков опьянения и невозможности лабораторным исследованием установить вызвавшее опьянение вещество, заключение о наличии состояния опьянения выносится на основании установленных клинических признаков опьянения.

В случае если из-за тяжести состояния освидетельствуемого клинических признаков опьянения выявить не удастся, допускается вынесение заключения о наличии опьянения вследствие употребления алкоголя на основании результатов лабораторного исследования крови методами аналитической диагностики. В этом случае заключение о наличии алкогольного опьянения выносится при концентрации алкоголя в крови 0,5 и более промилле.

12. По завершении всей процедуры освидетельствования, включая получение результатов лабораторных исследований, подлинник результатов лабораторных исследований, заверенный подписью специалиста, проводившего исследование, приобщается ко второму экземпляру акта.

Первый экземпляр акта выдается на руки представителю органа, которому предоставлено право государственного надзора и контроля за безопасностью движения и эксплуатации транспортных средств. Второй экземпляр акта остается в организации здравоохранения, в котором произведено освидетельствование, и хранится в течение 3 лет.

Приложение N 4

**Инструкция по порядку ведения и хранения учетной формы N 304/у "Журнал регистрации медицинских освидетельствований на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортными средствами"**

1. Учетная форма "Журнал регистрации медицинских освидетельствований на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортными средствами" (далее по тексту - журнал) ведется в организациях здравоохранения, осуществляющих медицинское освидетельствование на состояние опьянения.

2. Журнал заполняется медицинским работником, участвующим в проведении медицинского освидетельствования на состояние опьянения.

3. Регистрация каждого случая проведенного медицинского освидетельствования на состояние опьянения заверяется подписью врача (фельдшера), проводившего освидетельствование.

В случаях, когда окончательное заключение по результатам медицинского освидетельствования выносится после получения результатов лабораторного исследования, в журнале расписывается врач (фельдшер), проводивший освидетельствование, и руководитель структурного подразделения организации здравоохранения, где осуществлялось медицинское освидетельствование на состояние опьянения.

4. Листы журнала нумеруются, прошнуровываются и скрепляются печатью организации здравоохранения и подписью ее руководителя.

5. Не реже одного раза в три месяца ведение журнала проверяется руководителем (заместителем руководителя) организации здравоохранения, в структурном подразделении которого осуществляется медицинское освидетельствование на состояние опьянения, с указанием даты проверки и подписью под последним зарегистрированным медицинским освидетельствованием.

6. В процессе работы с журналом обеспечивается его хранение, исключающее доступ к журналу посторонних лиц.

7. Заполненный журнал заверяется подписью руководителя организации здравоохранения и хранится в течение 3 лет.

8. Нумерация проводимых медицинских освидетельствований начинается с 1 января каждого года.

В случае окончания журнала до конца года в следующем журнале нумерация продолжает нумерацию оконченного и сданного на хранение журнала.

Приложение N 5

### Список учетных форм первичной медицинской документации, подлежащей дальнейшему использованию

N пп	Наименование формы	N формы	Формат	Вид документа	Срок хранения
1.	Акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством	307/у	A4	бланк	Второй экземпляр акта медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством, хранится в организации здравоохранения, выдавшем акт медицинского освидетельствования, 3 года после календарного года, в котором выдан акт медицинского освидетельствования
2.	Журнал регистрации медицинских освидетельствований на состояние опьянения	304/у	A4	журнал	Журнал регистрации медицинских освидетельствований на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортными средствами, хранится в





2.3.1. Абсорбция, элиминация и объем распределения алкоголя. Модели Видмарка, Михаэлиса-Ментена.

2.3.2. Токсикокинетические константы. Основные понятия о метаболизме алкоголя. Эндогенный алкоголь.

2.4. Токсикокинетика наркотических средств, психотропных и других токсических веществ.

2.5. Основные пути метаболизма и выведения наркотических средств и психотропных веществ. Скорость элиминации.

3. Предварительные методы исследования ПАВ.

3.1. Индикаторы и измерители алкоголя в выдыхаемом воздухе и биологических жидкостях (кровь, слюна, моча).

3.2. Методики проведения исследований выдыхаемого воздуха и биологических жидкостей на алкоголь с помощью технических средств. Оценка результатов.

3.3. Методы скрининга на наркотические средства и психотропные вещества. Их характеристика и оценка результатов.

4. Направление на лабораторное (химико-токсикологическое) исследование.

4.1. Порядок отбора, консервирования, маркировки биологических проб. Условия хранения и транспортировки.

4.2. Ведение журнала регистрации учета направлений на химико-токсикологическое исследование.

5. Основные принципы аналитической диагностики ПАВ.

5.1. Краткая характеристика подтверждающих методов.

5.2. Интерпретация результатов химико-токсикологических исследований.

5.3. Рекомендованные уровни пределов обнаружения ПАВ.

6. Оформление результатов медицинского освидетельствования.

6.1. Анализ результатов клинических и лабораторных исследований.

6.2. Формулировка заключения. Заполнение "Акта медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством". Ведение "Журнала регистрации медицинских освидетельствований лиц, которые управляют транспортными средствами".

7. Основные ошибки при проведении медицинского освидетельствования.

---

\* Подготовка осуществляется областными (краевыми, республиканскими, городскими) наркологическими диспансерами (больницами)

**Программа подготовки медицинского персонала по вопросам проведения  
предрейсовых, послерейсовых и текущих медицинских осмотров водителей  
транспортных средств\***  
**(Продолжительность подготовки - 36 часов)**

1. Роль и значение медицинских осмотров водителей транспортных средств в системе профилактики дорожно-транспортных происшествий. Требования нормативных актов к организации и методам проведения медицинских осмотров.
2. Оборудование и оснащение кабинетов медицинских осмотров. Ведение документации при проведении медицинских осмотров.
3. Алкоголь, наркотические средства и другие психоактивные вещества.
4. Алкоголизм, наркомания и токсикомания.
5. Фармакинетика алкоголя. Механизм поступления алкоголя в выдыхаемый воздух и биологические жидкости.
6. Методы определения паров алкоголя в выдыхаемом воздухе и биологических жидкостях.
7. Способы и устройства для определения алкоголя в выдыхаемом воздухе.
8. Применение индикаторных и измерительных средств при выявлении алкоголя в выдыхаемом воздухе.
9. Признаки употребления наркотических средств и других психоактивных веществ. Методы экспресс-определения наркотических средств в моче.
10. Изменение показателей кровообращения при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Отстранение от управления транспортным средством при нарушениях ритма и частоты сердечных сокращений, а также выраженных изменениях показателей артериального давления у здоровых людей и больных гипертонической болезнью. Иные признаки сердечно-сосудистых заболеваний.
11. Измерение температуры тела и критерии отстранения от управления транспортным средством при инфекционных, простудных и воспалительных заболеваниях. Карантинные мероприятия при инфекционных заболеваниях.
12. Физиолого-гигиенические основы режима труда и отдыха водителей автотранспорта. Утомление и переутомление. Нарушения режима труда и отдыха.
13. Неотложные состояния и доврачебная помощь при них.
14. Анализ работы кабинета медицинских осмотров.

\* (Подготовка осуществляется областными (краевыми, республиканскими, городскими) наркологическими диспансерами (больницами))

Приложение N 9

**Требования к передвижному пункту (автомобилю) для проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортным средством**

1. Требования к салону передвижного пункта (автомобиля) для проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортными средствами (ППМО).

1.1. ППМО должен обеспечивать работу персонала для проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения при температурах окружающего воздуха от -45 до +40°C и относительной влажности 80% при температуре окружающего воздуха +20 С.

1.2. Основные технические параметры ППМО должны отвечать требованиям ОСТ 42-21-32-88 "Помещения медицинские на автомобильных шасси. Общие технические требования".

1.3. Салон ППМО должен быть оборудован резиновой дорожкой шириной 0,6 м и длиной не менее 3 м для проведения пробы на устойчивость походки; высота салона при этом должна быть не менее 1,85 м.

1.4. Салон ППМО должен быть снабжен боковой (для входа) и задней (распашной) дверями; проемы дверей должны быть оборудованы подножками, выдерживающими нагрузку до 200 кг, и местным освещением.

1.5. Электропитание салона должно осуществляться от внешней сети 220 В, 50 Гц (на оборудованной стоянке) или от бортовой сети базового шасси.

1.6. Система освещения должна обеспечивать общий уровень освещенности салона не менее 100 лк и иметь в своем составе дополнительный направленный светильник, обеспечивающий освещенность не менее 600 лк с диаметром светового пятна 200 мм на уровне рабочего места персонала ППМО.

1.7. Исходя из условий обеспечения работоспособности медицинской аппаратуры предельно допустимая концентрация летучих горючих веществ в салоне ППМО должна быть не более 15 мкг/л (при работающем двигателе базового шасси и включенных системах жизнеобеспечения салона ППМО).

1.8. Салон ППМО должен быть оборудован 2 рабочими сиденьями для медицинского персонала, сиденьем для освидетельствуемого и рабочим столом для оформления актов и заполнения журнала регистрации медицинских освидетельствований на состояние опьянения. Встроенная мебель должна обеспечивать размещение и надежное крепление

медико-технического оснащения, документации и прочего инвентаря и иметь в своем составе вешалку для верхней одежды.

1.9. Бортовой холодильник для хранения биологических проб должен иметь объем не менее 10 л.

1.10. Салон ППМО должен быть оборудован умывальником с запасом чистой воды не менее 7 л и емкостью для сбора отработанной воды объемом не менее 10 л, биотуалетом, а также съёмным пластмассовым (герметичным) мусоросборником не менее 30 л.

1.11. Передвижной пункт (автомобиль) для проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения должен иметь регистрационное удостоверение Минздрава России.

## 2. Медико-техническое оснащение ППМО.

2.1. Прибор для количественного определения алкоголя в выдыхаемом воздухе - 1 шт.

2.2. Тест-системы для индикации паров алкоголя в выдыхаемом воздухе 50 шт.

2.3. Тест-полоски для определения наркотических средств в моче по 10 шт.

2.4. Стерильные флаконы из дрота 12 мл (пенициллиновые) - 50 шт.

2.5. Колпачки алюминиевые - 50 шт.

2.6. Приспособление для обжима алюминиевых колпачков ПОК-1 - 1 шт.

2.7. Прозрачные стеклянные широкогорлые градуированные сосуды объемом 300-600 мл с пробками и покровными пластинами (крышками) - 10 шт.

2.8. Резиновые перчатки - 20 пар.

2.9. Универсальная индикаторная бумага для определения рН мочи.

2.10. Термометры для измерения температуры мочи - 2 шт.

2.11. Термометры для измерения температуры тела - 2 шт.

2.12. Тонометры механические - 2 шт.

2.13. Фонендоскопы - 2 шт.

2.14. Шпатели одноразовые - 30 шт.

2.15. Молоточек неврологический - 1 шт.

2.16. Медицинский ящик-укладка врача "скорой помощи".

2.17. Комплект шин иммобилизационных.

2.18. Комплект иммобилизационных головодержателей.

2.19. Носилки складные.

2.20. Комплект постельных принадлежностей.

2.21. Комплект средств для дезинфекции салона.

2.22. Средства связи.

3. Нормативно-правовые документы и методические пособия, регламентирующие порядок медицинского освидетельствования на состояние опьянения; журналы, бланки установленной формы.

**Приказ Министерства здравоохранения РФ  
"О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Российской  
Федерации от 14 июля 2003г. № 308"**

**От 10 января 2006 г. N 1**

Зарегистрировано в Минюсте РФ 14 февраля 2006г. Регистрационный N 7492

В соответствии с пунктом 5.2.101 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 28, ст. 2898; 2005, N 2, ст. 162) и пунктом 8 Правил медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством, и оформления его результатов, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2002 г. N 930 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, N 52 (ч. 2), ст. 5233; 2005, N 7, ст. 560), в целях совершенствования проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортными средствами, и оформления его результатов

**Приказываю:**

Внести изменения в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 июля 2003 г. N 308 "О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения" (зарегистрирован в Минюсте России 21 июля 2003 г. N 4913) согласно приложению.

Министр

М.Ю. Зурабов

Приложение к приказу  
Министерства здравоохранения  
и социального развития РФ  
от 10 января 2006 г. N 1

Изменения, вносимые в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 июля 2003 г. N 308

1. Изложить приложение N 1 в следующей редакции:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации, номер и дата получения лицензии на право проведения наркологического освидетельствования)

Медицинская документация -

учетная форма N 307/у-05  
Утверждена приказом  
Минздравсоцразвития России  
от 10 января 2006 г. N 1

**Акт медицинского освидетельствования  
на состояние опьянения лица, которое управляет  
транспортным средством**

"\_\_" \_\_\_\_\_ 200\_ г.

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Возраст (год рождения) \_\_\_\_\_ Домашний адрес \_\_\_\_\_

Где и кем работает (со слов освидетельствуемого) \_\_\_\_\_

2. Кем направлен на освидетельствование, номер протокола о направлении на медицинское освидетельствование \_\_\_\_\_

(протокол подшивается ко второму экземпляру акта)

3. Место проведения освидетельствования \_\_\_\_\_

4. Дата и точное время начала освидетельствования \_\_\_\_\_

5. Кем освидетельствован (врач, фельдшер) \_\_\_\_\_

6. Внешний вид освидетельствуемого (состояние одежды, кожных покровов, наличие повреждений (ранения, ушибы, следы от инъекций) \_\_\_\_\_

7. Поведение (напряжен, замкнут, раздражен, возбужден, агрессивен, эйфоричен, болтлив, суетлив, настроение неустойчиво, сонлив, заторможен, жалуется ли на свое состояние (на что именно) \_\_\_\_\_

8. Состояние сознания, ориентировка в месте, времени, ситуации \_\_\_\_\_

9. Речевая способность (связность изложения, нарушения артикуляции, смазанность речи, результаты проведения пробы со счетом) \_\_\_\_\_

10. Вегетативно-сосудистые реакции (состояние сосудов кожных покровов и видимых слизистых, потливость, слюнотечение) \_\_\_\_\_

Дыхание (учащенное, замедленное) \_\_\_\_\_

Пульс \_\_\_\_\_; артериальное давление \_\_\_\_\_

Зрачки (сужены, расширены, реакция на свет) \_\_\_\_\_

Нистагм при взгляде в стороны \_\_\_\_\_

11. Двигательная сфера \_\_\_\_\_

Мимика (вялая, оживленная) \_\_\_\_\_

Походка (шатающаяся, разбрасывание ног при ходьбе, ходьба с быстрыми поворотами, пошатывание при поворотах) \_\_\_\_\_

Устойчивость в позе Ромберга \_\_\_\_\_

Точные движения (пальценосовая проба и др.) \_\_\_\_\_

Дрожание век, языка, пальцев рук \_\_\_\_\_

12. Имеются ли признаки нервно-психических заболеваний, органического поражения центральной нервной системы, физического истощения, перенесенных травм (со слов освидетельствуемого)

13. Сведения о последнем случае употребления алкоголя и лекарственных средств: субъективные, объективные (по документам и другим источникам)

14. Запах алкоголя или другого вещества изо рта (какого именно) \_\_\_\_\_

15. Наличие алкоголя в выдыхаемом воздухе (заполняется с учетом требований пункта 16 Инструкции по проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством, и заполнению учетной формы 307/у-05 "Акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством", утвержденной приказом Минздрава России от 14 июля 2003 г. N 308 с изменениями, внесенными приказом Минздравсоцразвития России от 10 января 2006 г. N 1)

15.1. Первичное исследование с применением технических средств (методов, медицинских технологий):

15.1.1. Время исследования, наименование технического средства (метода, медицинской технологии), заводской номер технического средства, дата его последней поверки (проверки), результат исследования

15.1.2. Время исследования, наименование технического средства (метода, медицинской технологии), заводской номер технического средства, дата его последней поверки (проверки), результат исследования

15.2. Исследование через 20 минут: время исследования, наименование технического средства (метода, медицинской технологии), заводской номер технического средства, дата

его последней поверки (проверки), результат исследования

---

---

16. Результаты лабораторного исследования биологических сред (время отбора пробы, наименование среды, название лаборатории, проводившей исследования, методы исследования, результаты исследования, N заключения о результатах исследования)

---

---

17. Другие данные медицинского осмотра или представленных документов

---

---

18. Точное время окончания освидетельствования \_\_\_\_\_

19. Заключение \_\_\_\_\_

20. Освидетельствование проведено (должность, подпись, расшифровка подписи медработника, проводившего освидетельствование, дата выдачи документа о подготовке медработника по вопросам проведения медицинского освидетельствования и наименование наркологического учреждения, на базе которого проводилась подготовка)

---

---

---

Примечание. Акт может заполняться от руки или с использованием технических средств (пишущих машинок, компьютеров)."

## **2. Изложить приложение N 3 в следующей редакции:**

"Инструкция по проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством, и заполнению учетной формы 307/у-05 "Акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством"

1. Медицинское освидетельствование на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством (далее - освидетельствование), проводится в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающей работы и услуги по медицинскому (наркологическому) освидетельствованию.

2. Освидетельствование проводится на основании протокола о направлении на освидетельствование, подписанного должностным лицом, которому предоставлено право государственного надзора и контроля за безопасностью движения и эксплуатации транспортного средства, и водителем транспортного средства, в отношении которого применяется данная мера обеспечения производства по делу об административном правонарушении.



3. Освидетельствование проводится как непосредственно в медицинских организациях, так и в специально оборудованных для этой цели передвижных пунктах (автомобилях), соответствующих установленным Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации требованиям.

4. Освидетельствование проводится врачом (в сельской местности при невозможности проведения освидетельствования врачом - фельдшером), прошедшим на базе наркологического учреждения подготовку по вопросам проведения медицинского освидетельствования по программе, утвержденной приказом Минздрава России от 14 июля 2003 г. N 308 (приложение N 7).

Прохождение подготовки подтверждается документом произвольной формы с указанием даты выдачи, подписью руководителя наркологического учреждения и печатью учреждения. Срок действия документа - 3 года. При изменении порядка медицинского освидетельствования проводится дополнительная подготовка врачей (фельдшеров).

5. По результатам освидетельствования составляется в 2-х экземплярах акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством, (далее - Акт) с указанием даты освидетельствования и номера, соответствующего номеру регистрации освидетельствования в Журнале регистрации медицинских освидетельствований на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортными средствами, (далее - Журнал), форма которого утверждена приказом Минздрава России от 14 июля 2003 г. N 308 (приложение N 2).

6. При заполнении Акта фамилия, имя, отчество лица, освидетельствуемого на состояние опьянения, (далее - освидетельствуемый) указывается на основании документа, удостоверяющего личность, а при отсутствии такого документа - со слов освидетельствуемого либо лица, его сопровождающего с соответствующей отметкой об этом в Акте. Все пункты Акта заполняются без каких-либо сокращений и подчеркиваний, разборчиво.

Акт подписывается врачом (фельдшером), проводившим освидетельствование, и заверяется печатью медицинской организации, в которой проводилось освидетельствование.

В Акте в соответствующих графах описывается внешний вид освидетельствуемого, его поведение, эмоциональный фон, особенности речи, вегетососудистые реакции, состояние

двигательной сферы, жалобы на свое состояние, отмечается наличие или отсутствие запаха алкоголя изо рта.

7. При освидетельствовании могут использоваться зарегистрированные изделия медицинского назначения индикации и измерения, и медицинские технологии, разрешенные к применению.

8. Для количественного определения алкоголя в выдыхаемом воздухе, количественного определения алкоголя в биологических объектах используются технические средства, поверенные в установленном Федеральным агентством по техническому регулированию и метрологии порядке, тип которых внесен в государственный реестр утвержденных типов средств измерений, и поверка которых в процессе эксплуатации осуществляется в установленном порядке.

9. Средство (вещество), вызвавшее опьянение, за исключением алкоголя, определяется по результатам химико-токсикологического исследования биологического объекта, проводимого на средство (вещество) или его метаболиты в установленном порядке.

10. Конкретное изделие медицинского назначения или метод (медицинскую технологию) для определения алкоголя в выдыхаемом воздухе, отвечающее требованиям пунктов 7 и 8 настоящей Инструкции, конкретный биологический объект, отбираемый для направления на лабораторное химико-токсикологическое исследование, в каждом случае определяет врач (фельдшер), проводящий освидетельствование.

11. При освидетельствовании во всех случаях осуществляется исследование выдыхаемого воздуха на алкоголь. Результаты исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя заносятся в Акт.

12. При наличии клинических признаков опьянения и отрицательном результате определения алкоголя в выдыхаемом воздухе отбирается проба биологического объекта для направления на химико-токсикологическое исследование с целью определения средств (веществ) или их метаболитов, (за исключением алкоголя), вызвавших опьянение; в пункте 16 Акта указывается, какой биологический объект взят для проведения химико-токсикологического исследования.

13. В случае отказа освидетельствуемого от освидетельствования в Журнале делается запись "от освидетельствования отказался". В случае отказа освидетельствуемого от того или иного

предусмотренного вида исследования в рамках проводимого освидетельствования, освидетельствование прекращается, Акт не заполняется, в протоколе о направлении на освидетельствование и в Журнале указывается "от освидетельствования отказался".

14. Если проведение освидетельствования в полном объеме не представляется возможным из-за состояния освидетельствуемого, в Акте (по каждому пункту) указываются причины, по которым не было выполнено то или иное исследование.

15. На основании результатов освидетельствования выносится заключение о состоянии освидетельствуемого на момент освидетельствования.

Основой для вынесения заключения является наличие или отсутствие клинических признаков опьянения.

В зависимости от результатов освидетельствования выносится заключение с одной из следующих формулировок:

- состояние опьянения не установлено;
- установлено состояние опьянения.

При второй формулировке указание вещества (средства), вызвавшего опьянение, в заключении Акта не отмечается.

16. Заключение о состоянии опьянения в результате употребления алкоголя выносится при наличии клинических признаков опьянения и положительных результатах определения алкоголя в выдыхаемом воздухе при помощи одного из технических средств измерения, проведенного с интервалом 20 минут, или при применении не менее двух разных технических средств индикации на наличие алкоголя в выдыхаемом воздухе с использованием их обоих при каждом исследовании, проведенном с интервалом 20 минут.

В пункте 16 Акта отмечается, что забор биологического объекта для химико-токсикологического исследования не осуществлялся.

17. Заключение о состоянии опьянения в результате употребления наркотических средств, психотропных или иных, вызывающих опьянение веществ, выносится при наличии клинических признаков опьянения и обнаружении при химико-токсикологическом исследовании биологического объекта одного или нескольких наркотических средств,

психотропных или иных вызывающих опьянение веществ, или их метаболитов, вне зависимости от их концентрации (количества).

18. При наличии клинических признаков опьянения, отрицательных результатах исследования на наличие алкоголя в выдыхаемом воздухе и невозможности лабораторным химико-токсикологическим исследованием установить наличие в организме освидетельствуемого наркотического средства, психотропного или иного, вызвавшее опьянение вещества, выносится заключение о наличии опьянения не установленным веществом.

19. В случаях, предусмотренных пунктами 17 и 18 настоящей Инструкции, Акт заполняется в полном объеме кроме заключения.

Должностному лицу, которому предоставлено право государственного надзора и контроля за безопасностью движения и эксплуатации транспортного средства, выдается заверенная печатью медицинской организации и подписью врача (фельдшера), проводившего освидетельствование, справка произвольной формы, в которой отражается, что по результатам освидетельствования обнаружены клинические признаки, позволяющие предположить наличие опьянения, окончательное заключение будет вынесено по получении результатов химико-токсикологического исследования биологического объекта\*.

20. Результаты химико-токсикологического исследования на наркотические средства, психотропные и иные вызывающие опьянение вещества заносятся в Акт после их получения с вынесением окончательного заключения. Подлинник результатов химико-токсикологического исследования, заверенный подписью специалиста, проводившего исследование, приобщается ко второму экземпляру Акта.

21. Положительный результат химико-токсикологического исследования является основанием для вынесения заключения о наличии опьянения в соответствии с пунктом 17 Инструкции.

При получении отрицательных результатов химико-токсикологических исследований заполненный Акт тщательно анализируется руководителем (заместителем руководителя) медицинской организации, в которой было проведено освидетельствование, и по результатам анализа с учетом значимости и степени выраженности каждого описанного в Акте признака

опьянения выносятся заключение либо об отсутствии у освидетельствуемого опьянения либо о наличии опьянения не установленным веществом.

В обоих указанных вариантах заключения Акт подписывается руководителем (заместителем руководителя) медицинской организации и врачом (фельдшером), проводившим освидетельствование, а при его отсутствии - одним из врачей (фельдшеров) этой медицинской организации, прошедших соответствующую специальную подготовку по программе подготовки врачей (фельдшеров) по вопросам проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортными средствами.

По завершению оформления Акта его первый экземпляр выдается (высылается) должностному лицу, которому предоставлено право государственного надзора и контроля за безопасностью движения и эксплуатации транспортного средства. Второй экземпляр Акта остается в медицинской организации, в которой произведено освидетельствование, и хранится в течение 3-х лет.

22. При оказании неотложной медицинской помощи в медицинских организациях лицам, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях и находящимся в тяжелом состоянии, вне зависимости от наличия или отсутствия протокола о направлении на освидетельствование, подписанного должностным лицом, которому предоставлено право государственного надзора и контроля за безопасностью движения и эксплуатации транспортного средства, заключение о наличии опьянения выносятся по результатам химико-токсикологического исследования биологического объекта (кровь или моча), проводимого в установленном порядке, при наличии абсолютного этилового спирта в концентрации 0,5 и более грамм на один литр крови, либо при обнаружении наркотических средств, психотропных или иных вызывающих опьянение веществ, вне зависимости от их концентрации.

Применительно к настоящему пункту Инструкции для вынесения заключения об установленном опьянении необходимо наличие у медицинской организации, оказывающей неотложную помощь пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, лицензии на медицинскую деятельность, включающей работы и услуги по специальности клиническая лабораторная диагностика (при этом наличие в перечне работы и услуги по медицинскому (наркологическому) освидетельствованию не требуется); либо биологический объект может

направляться на договорной основе в лабораторию, проводящую химико-токсикологические исследования в установленном порядке.

Акт заполняется только при наличии протокола о направлении на освидетельствование".

3. В приложении N5 в пункте 1 заменить номер формы 307/у на номер 307/у-05.

---

\* Максимальный срок для получения результатов химико-токсикологических исследований может определяться органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации с учетом удаленности химико-токсикологической лаборатории от медицинских организаций, осуществляющих освидетельствование, особенностей пересылки биологических проб и результатов исследования.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ**  
**«Об организации проведения химико-токсикологических исследований при**  
**аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя,**  
**наркотических средств, психотропных и других токсических веществ»**  
**от 27 января 2006г. N 40**  
**(извлечение)**

В целях совершенствования порядка проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя и его суррогатов, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, вызывающих опьянение (интоксикацию), и их метаболитов приказываю:

2. Установить, что:

- организационно-методическое и научно-исследовательское обеспечение химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя и его суррогатов, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, вызывающих опьянение (интоксикацию), и их метаболитов осуществляется Центральной химико-токсикологической лабораторией при кафедре аналитической и судебно-медицинской токсикологии факультета последипломного профессионального образования провизоров Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования Московская медицинская академия имени И.М.Сеченова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию;

- подготовка и повышение квалификации специалистов по аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя и его суррогатов, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, вызывающих опьянение (интоксикацию), и их

метаболитов осуществляется кафедрой аналитической и судебно-медицинской токсикологии факультета последипломного профессионального образования провизоров Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования Московская медицинская академия имени И.М.Сеченова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

Министр

М.Ю. Зурабов

Приложение N 2  
к Приказу Министерства  
здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации  
от 27.01.2006 г. N 40

**Рекомендации  
по организации работы по отбору, транспортировке и хранению биологических  
объектов для проведения химико-токсикологических исследований на наличие  
алкоголя и его суррогатов, наркотических средств, психотропных и других  
токсических веществ, вызывающих опьянение (интоксикацию), и их метаболитов**

1. Настоящие рекомендации предназначены для организации работы по отбору, транспортировке и хранению биологических объектов для проведения химико-токсикологических исследований на наличие алкоголя и его суррогатов, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, вызывающих опьянение (интоксикацию), и их метаболитов и распространяются на медицинские организации, в которых проводится медицинское освидетельствование на состояние опьянения и (или) диагностика факта употребления алкоголя и его суррогатов, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, вызывающих опьянение (интоксикацию), и их метаболитов.

2. Рекомендации по отбору крови:

Отбор крови у освидетельствуемого проводится на рабочем месте, которое оборудуется в соответствии с требованиями, предъявляемыми к оборудованию процедурного кабинета. Отбор крови проводится в резиновых перчатках, с соблюдением правил асептики, обработкой перчаток перед каждым отбором дезинфицирующим раствором, не содержащим спирт.

Перед проколом кожа освидетельствуемого обрабатывается стерильным тампоном (шариком из ваты), смоченным не содержащим спирт дезинфицирующим раствором. После взятия крови к раневой поверхности прикладывается новый стерильный тампон, смоченный таким же дезинфицирующим раствором.

Стерильные тампоны следует хранить в упаковке из бумаги, в количестве не более 20 штук. Стерильные лабораторные инструменты хранятся в той же упаковке, в которой проводилась их стерилизация.

Кровь для проведения химико-токсикологических исследований отбирается из поверхностной вены одним из следующих способов:

Самотеком в сухой флакон с раствором гепарина (3-5 капель на каждые 10 мл крови). Отбирается 15 мл крови в два флакона объемами 10 и 5 мл. Флаконы закрываются стандартной резиновой пробкой, которая фиксируется алюминиевым колпачком. Содержимое флаконов сразу же перемешивается. Флаконы опечатываются и направляются в ХТЛ для проведения химико-токсикологических исследований на наличие алкоголя и его суррогатов, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, вызывающих опьянение (интоксикацию), и их метаболитов. Флакон с 5 мл крови хранится как контрольный образец. Второй флакон с 10 мл крови (анализируемый образец) используется для проведения химико-токсикологических исследований.

С использованием вакуумных пробирок (одноразовых устройств для ускоренного взятия крови с содержанием гепарина и иглами с двух концов) один конец вводится в вену, другим концом прокалывается резиновая мембрана пробирки. Отбирается 15 мл крови в две вакуумные пробирки по 5 мл и 10 мл (контрольный и анализируемый образцы), пробирки опечатываются. Для химико-токсикологических исследований на наличие алкоголя и его суррогатов, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, вызывающих опьянение (интоксикацию), и их метаболитов обеспечивается доставка образцов крови в ХТЛ не позднее двух суток после отбора. Кровь после отбора до момента отправки в ХТЛ хранится в холодильнике при температуре 0-2 град. С.

Кровь с сопроводительной документацией направляется в ХТЛ в укупоренных и опечатанных флаконах, вакуумных пробирках в специальном контейнере в сумке-холодильнике на транспорте медицинской организации в сопровождении медицинского работника, ответственного за доставку биологических объектов.

### 3. Рекомендации по отбору жидкости полости рта:

Отбор жидкости полости рта (далее - слюна) проводится с использованием коллекторов, содержащих хлопковый тампон из стоматологической (хирургической) ваты. Хлопковый тампон помещается под язык на 10 минут без стимуляции слюноотделения. После того как тампон пропитается слюной, он помещается в коллектор, закрытый герметично пластмассовой пробкой, коллектор опечатывается и направляется с сопроводительной документацией в ХТЛ в специальном контейнере в сумке-холодильнике



на транспорте медицинской организации в сопровождении медицинского работника, ответственного за доставку биологических объектов.

#### 4. Рекомендации по отбору мочи:

Отбор мочи производится в условиях, исключающих возможность замены или фальсификации биологического объекта.

Моча собирается освидетельствуемым в стеклянный или пластмассовый градуированный сосуд с широким горлом объемом до 200 мл в количестве до 100 мл, но не менее 30 мл. Освидетельствуемый передает сосуд с мочой медицинскому персоналу. Сосуд с мочой накрывается покровной пластиной (крышкой).

В течение первых 5 минут проводится предварительное исследование мочи, включающее определение следующих показателей:

температуры (не более чем через 4 минуты после отбора мочи) стеклянным ртутным термометром (в норме температура находится в пределах 32,5-37,7 град. С);

рН с помощью универсальной индикаторной бумаги для определения рН мочи (в норме рН мочи в интервале 4-8 ед. рН);

относительной плотности (в норме относительная плотность в пределах 1.008-1.025);

содержания креатинина методом иммунной хроматографии - иммунохроматографическими тестами (в норме содержание креатинина 4,4-17,7 ммоль/сут).

Если при предварительном исследовании выявляется несоответствие указанных в настоящем пункте показателей их нормам, проводится повторный отбор мочи. Результаты предварительного исследования фиксируются в графе 9 Журнала регистрации отбора биологических объектов (учетная форма N 450/у-06).

После проведения предварительных исследований мочу делят на две части (1/3 и 2/3 общего объема) и помещают их в два стеклянных или пластмассовых герметично закрывающихся контейнера объемом 100 мл каждый. Первый контейнер с меньшим количеством мочи хранится как контрольный образец. Второй (анализируемый образец) используется для проведения химико-токсикологических исследований.

Для контрольного образца мочи используются контейнеры с контролем первого вскрытия.

При направлении мочи для проведения химико-токсикологических исследований на наличие алкоголя, его суррогатов и метаболитов моча после разделения отбирается из контейнера с анализируемым образцом в чистый сухой флакон объемом 10 мл в количестве не менее 5 мл, закрывается резиновой пробкой, фиксируется алюминиевым колпачком и укупоривается под обкатку.

Для проведения химико-токсикологических исследований на наличие алкоголя и его суррогатов, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, вызывающих опьянение (интоксикацию), и их метаболитов моча доставляется в ХТЛ не позднее двух суток после отбора, до отправки в ХТЛ моча хранится в холодильнике при температуре 0-2 град. С.

Отобранная моча с сопроводительной документацией доставляется в ХТЛ в укупороенных и опечатанных контейнерах в сумке-холодильнике на транспорте медицинской организации медицинским работником, ответственным за доставку биологических объектов.

#### 5. Рекомендации по отбору волос:

Волосы срезаются ближе к коже ножницами с закругленными концами отдельно с лобной, теменной, затылочной, правой и левой височных областей волосистой части головы. При невозможности отбора волос с волосистой части головы (облысение), волосы срезаются с подмышечных впадин или лобковой области.

Для проведения химико-токсикологических исследований отбирается не менее 300 мг волос. Отобранные образцы волос делятся на две равные части, заворачиваются в фольгу, каждая часть помещается в отдельный конверт с соответствующими надписями: контрольный и анализируемый образцы. Конверты опечатываются и хранятся в сухом месте при температуре 20-25 град. С до отправки в ХТЛ.

#### 6. Рекомендации по отбору ногтей:

Ногти обрезаются ножницами с закругленными концами с рук или ног ближе к коже. Отобранные образцы ногтей упаковываются и отправляются в ХТЛ аналогично образцам волос.

#### 7. Рекомендации по отбору потожировых выделений:

Отбор смывов с поверхности кожи для проведения химико-токсикологических исследований на наличие каннабиноидов производится ватным тампоном, смоченным спиртом. Вес тампона - 400-500 мг при расходе этанола до 1 мл. Тампоном тщательно протираются поверхности рук и лица (главным образом вокруг рта), после чего тампон высушивается на воздухе. После высушенный тампон упаковывается в отдельный полиэтиленовый пакет. Все полученные пакеты с объектами помещаются в один общий конверт, который опечатывается.

8. Рекомендации по подготовке биологических объектов и документации к транспортировке в ХТЛ:

Для отобранных биологических объектов готовятся две этикетки, одна из которых предназначена для контрольного образца, другая для анализируемого. На этикетках указывается штрих-код либо шестизначный код освидетельствуемого (для кодирования

используется произвольный ряд чисел от 0 до 9, например: 003841, 658097 и т.д.), дата и код подразделения медицинской организации, в которой производится отбор биологических объектов. На этикетке контрольного образца после шестизначного кода либо штрих-кода освидетельствуемого ставится буква "К" (например: 003841-К). Обратная сторона этикеток подписывается освидетельстуемым до указания на этикетках его штрих-кода либо шестизначного кода.

Заполнение этикеток проводится лицом, ответственным за ведение Журнала регистрации отбора биологических объектов (учетная форма N 450/у-06).

Каждая этикетка крепится к флакону (пробирке, контейнеру и пр.) клейкой лентой таким образом, чтобы исключить возможность подмены содержимого флакона без нарушения целостности этикетки. Место соединения концов ленты пломбируется и опечатывается с использованием штампа структурного подразделения медицинской организации, в которой проводился отбор биологических объектов.

Подготовленные биологические объекты упаковываются в контейнер и с сопроводительной документацией помещаются в сумку-холодильник.

#### 9. Рекомендации по транспортировке биологических объектов и документации в ХТЛ:

Транспортировку биологических объектов и документации осуществляет лицо, на имя которого составлена Справка о доставке биологических объектов на химико-токсикологические исследования (учетная форма N 451/у-06). Данное лицо обеспечивает сохранность биологических объектов и документации во время транспортировки.

Об отправке биологических объектов и документации уведомляется ХТЛ с использованием имеющихся средств связи.

10. Передачу биологических объектов и документов в ХТЛ рекомендуется осуществлять следующим образом:

доставленные биологические объекты и документацию принимает заведующий ХТЛ; заведующий ХТЛ производит наружный осмотр целостности упаковки и соответствие биологических объектов их сопроводительной документации;

все сведения по приемке биологических объектов регистрируются в Справке о доставке биологических объектов на химико-токсикологические исследования (учетная форма N 451/у-06) и Журнале регистрации результатов химико-токсикологических исследований (учетная форма N 453/у-06).

11. Контрольные образцы биологических объектов при поступлении в ХТЛ сразу же помещаются на хранение в запираемые или опечатываемые холодильные шкафы и хранятся при температуре не менее минус 18 град. С. Срок хранения контрольного образца - 2 месяца со дня поступления в ХТЛ. Если в течение этого срока отсутствовала необходимость в

повторных химико-токсикологических исследованиях, то по истечении 2-х месяцев контрольный образец биологического объекта уничтожается.

12. Анализируемые образцы биологических объектов при поступлении в ХТЛ хранятся в течение первых двух суток при температуре 0-2 град. С, далее - при температуре не менее минус 18 град. С в запираемых или опечатываемых холодильных шкафах.

Приложение N 5  
к Приказу Министерства  
здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации  
от 27.01.2006 г. N 40

Министерство  
здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации

Медицинская документация  
Учетная форма N 450/у-06

(Наименование медицинской  
организации)

#### Журнал регистрации отбора биологических объектов

N п/п	Дата и время отбора биологи- ческого объекта	Освидетельствуемый <*>				Наименование направляющей организации
		ф.и.о. (полностью)	возраст	пол	род занятий	
1	2	3	4	5	6	7

Предвари- тельный клиничес- кий диагноз	Результаты предвари- тельного исследо- вания	Биологи- ческий объект, объем	Код биоло- гическо- го объек- та	Дата и время напра- вления биоло- гичес- кого объекта в ХТЛ	Приме- чание	Подпись освиде- тельств- вуемого	Фамилия и инициалы, подпись ответстве- нного лица
8	9	10	11	12	13	14	15

-----  
<\*> При кодировании (штрих-кодировании) код (штрих-код) освидетельствуемого указываются в графе  
3.

Приложение N 6  
к Приказу Министерства  
здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации  
от 27.01.2006 г. N 40

**ИНСТРУКЦИЯ  
ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 450/У-06 "ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ  
ОТБОРА БИОЛОГИЧЕСКИХ ОБЪЕКТОВ"**

1. Учетная форма N 450/у-06 "Журнал регистрации отбора биологических объектов" (далее - Журнал) ведется в структурных подразделениях медицинских организаций, в которых проводится медицинское освидетельствование на состояние опьянения и (или) диагностика факта употребления алкоголя и его суррогатов, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, вызывающих опьянение (интоксикацию), и их метаболитов (далее - Подразделение).

2. Журнал пронумеровывается, прошнуровывается и скрепляется печатью медицинской организации. Журнал хранится в сейфе.

Графы 1-13, 15 Журнала заполняются работником Подразделения, производящего отбор биологического объекта. Регистрация освидетельствуемых в Журнале начинается с 1 января каждого календарного года с N 1.

3. В графе 1 указывается порядковый номер регистрации отобранного для проведения химико-токсикологических исследований биологического объекта.

В графе 2 указывается дата и время отбора биологического объекта.

В графе 3 указываются фамилия и инициалы освидетельствуемого по документу, удостоверяющему личность. При анонимном обращении освидетельствуемого в графу 3 вносится его шестизначный код (штрих-код), а в графе 7 делается запись "обратился самостоятельно".

Графы 4, 5 и 6 заполняются со слов освидетельствуемого. При этом в графе 6 указывается один из следующих родов занятий (вид деятельности) освидетельствуемого:

водители;	рабочие;
военнослужащие;	студенты;
работники сферы обслуживания;	школьники;
работники сферы искусства;	прочие;
	неработающие.

В графе 7 указывается наименование организации, направляющей биологический объект на исследование.

В графе 8 указывается предварительный диагноз, основанный на результатах медицинского осмотра освидетельствуемого, в случаях, если медицинский осмотр проводился.

Графа 9 заполняется только в случае, если биологическим объектом является моча. Указываются результаты предварительного исследования, проведенного согласно пунктам 4.3. и 4.4. Правил отбора биологических объектов для проведения химико-

токсикологических исследований на наличие алкоголя и его суррогатов, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, вызывающих опьянение (интоксикацию), и их метаболитов (приложение N 2). При соответствии результатов предварительных исследований всем предъявляемым к ним требованиям (температура, величина рН, плотность, содержание креатинина) делается запись "соответствуют", при несоответствии результатов даже по одному показателю - "не соответствуют".

Графа 10 заполняется только в случаях, когда биологическим объектом является кровь или моча, объем указывается в миллилитрах.

В графу 11 вносится шестизначный код биологического объекта (штрих-код), который соответствует шестизначному коду (штрих-коду) освидетельствуемого.

Графа 12 заполняется работником Подразделения, когда биологический объект направляется на химико-токсикологическое исследование в ХТЛ.

В графу 13 вносятся дополнительные сведения об освидетельствуемом: сведения о лекарствах или наркотических средствах, принятых освидетельствуемым за последние три дня; другая информация, которую сочтет нужным сообщить о себе освидетельствуемый.

В графе 14 освидетельствуемому предлагается расписаться до указания кода биологического объекта в графе 11.

В графе 15 указывается фамилия и ставится подпись работника Подразделения, производившего отбор биологического объекта.

4. Заполненный Журнал хранится в течение 2-х месяцев в Подразделении, затем в архиве медицинской организации в течение 5 лет после отчетного года, после чего уничтожается.

Приложение N 7  
к Приказу Министерства  
здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации  
от 27.01.2006 г. N 40

Министерство  
здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации

Медицинская документация  
Учетная форма N 452/у-06

(Наименование медицинской  
организации)

**Направление  
на химико-токсикологические исследования**

"\_\_" \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

N \_\_\_\_\_

В \_\_\_\_\_

(Наименование химико-токсикологической лаборатории - ХТЛ)

(Наименование медицинской организации и его структурного

подразделения, выдавшего направление)

(Фамилия, имя, отчество освидетельствуемого, возраст)

Код биологического объекта \_\_\_\_\_

Дата и время отбора объекта \_\_\_\_\_

Условия хранения объектов \_\_\_\_\_

Биологический объект и его количество и показатели \_\_\_\_\_

Предварительный клинический диагноз \_\_\_\_\_

Цель химико-токсикологических исследований \_\_\_\_\_

(На обнаружение

какого вещества (средства) или группы веществ (средств) требуется

провести исследования)

Дополнительные сведения \_\_\_\_\_

Дата и время отправки биологических объектов в ХТЛ \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача (фельдшера),  
выдавшего направление \_\_\_\_\_

(подпись)

Приложение N 8  
к Приказу Министерства  
здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации  
от 27.01.2006 г. N 40

**ИНСТРУКЦИЯ  
ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 452/У-06 "НАПРАВЛЕНИЕ  
НА ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ"**

1. Учетная форма N 452/у-06 "Направление на химико-токсикологические исследования" (далее - Направление) заполняется и выдается структурными подразделениями медицинских организаций, проводящих медицинское освидетельствование на состояние опьянения и (или) диагностику факта употребления алкоголя и его суррогатов, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, вызывающих опьянение (интоксикацию), и их метаболитов (далее - Подразделение) в случаях, когда требуется лабораторное подтверждение или исключение наличия алкоголя и его суррогатов, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, вызывающих опьянение (интоксикацию), и их метаболитов в биологических объектах.

2. На основании Направления ХТЛ проводит химико-токсикологические исследования и выдает Справку о результатах химико-токсикологических исследований (учетная форма N 454/у-06) о наличии или отсутствии алкоголя и его суррогатов, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, вызывающих опьянение (интоксикацию), и их метаболитов в представленном на химико-токсикологические исследования биологическом объекте.

3. В Направлении указывается: дата его заполнения и его номер; наименование медицинской организации и Подразделения, выдавшего Направление; наименование ХТЛ, куда направляется биологический объект; фамилия и инициалы освидетельствуемого (при анонимном обращении - штрих-код); возраст; код биологического объекта (штрих-код), дата и время (часы, минуты) отбора биологического объекта, условия хранения биологического объекта после его отбора, включающие температурный режим хранения; биологический объект (кровь, моча, слюна и пр.), для крови и мочи - объем в мл; физико-химические показатели для мочи; если проводился медицинский осмотр - предварительные результаты осмотра биологического объекта; цель химико-токсикологических исследований: на какое вещество (средство) или группы веществ (средств) требуется провести исследования.

4. Направление на химико-токсикологические исследования заполняется и подписывается работником Подразделения, производившим отбор биологического объекта.

5. Направления хранятся в ХТЛ в течение одного года, после чего уничтожаются.

Приложение N 11  
к Приказу Министерства  
здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации  
от 27.01.2006 г. N 40

Министерство  
здравоохранения и  
социального развития  
Российской Федерации

Медицинская документация  
Учетная форма N 454/у-06

(Наименование медицинской  
организации)

Справка о результатах  
химико-токсикологических исследований

(Наименование химико-токсикологической лаборатории - ХТЛ)  
Химико-токсикологические исследования N N \_\_\_\_\_  
Дата проведенных химико-токсикологических исследований \_\_\_\_\_  
Химико-токсикологические исследования проведены \_\_\_\_\_  
(Фамилия, инициалы)

специалиста ХТЛ, проводившего исследования)  
Химико-токсикологические исследования проведены по Направлению на



химико-токсикологическое исследование \_\_\_\_\_  
(Наименование структурного

подразделения медицинской организации, производившего отбор  
биологического объекта и выдавшего направление на  
химико-токсикологические исследования)

№ \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 200\_ г.  
Фамилия, инициалы освидетельствуемого, возраст \_\_\_\_\_

Код биологического объекта \_\_\_\_\_

Биологический объект \_\_\_\_\_

Методы исследования:  
предварительные: \_\_\_\_\_

подтверждающие: \_\_\_\_\_

При химико-токсикологических исследованиях обнаружены (вещества,  
средства): \_\_\_\_\_

Концентрация обнаруженного вещества (средства) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Подпись специалиста ХТЛ, проводившего исследования)

М.П.

**Приказ Министерства здравоохранения СССР от 21 июня 2003г. N 274  
О признании не действующим на территории Российской Федерации приказа  
Минздрава СССР от 08.09.1988г. №694**

В целях приведения в соответствие с действующим законодательством Российской Федерации нормативных правовых актов Министерства здравоохранения СССР

ПРИКАЗЫВАЮ:

Приказ Министерства здравоохранения СССР от 8 сентября 1988 года № 694 «О мерах по дальнейшему совершенствованию медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения» признать не действующим на территории Российской Федерации.

Министр

Ю.Л. Шевченко

**Приказ Министерства здравоохранения СССР от 12 августа 2003г. N 399  
«О признании не действующими на территории Российской Федерации  
документов Минздрава СССР»**

В целях приведения в соответствие с действующим законодательством Российской Федерации нормативных правовых актов Министерства здравоохранения СССР

ПРИКАЗЫВАЮ:

Временную инструкцию Минздрава СССР от 01.09.1988 г. № 06-14/33-14 «О порядке медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения» и методические указания Минздрава СССР от 01.09.1988 г. № 06-14/33-14 «Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения» признать не действующими на территории Российской Федерации в части медицинского освидетельствования на состояние опьянения лиц, управляющих транспортными средствами.

Министр

Ю.Л. Шевченко

**ПРИКАЗ  
Министерства здравоохранения СССР от 8 сентября 1988г. N 694  
"О мерах по дальнейшему совершенствованию медицинского  
освидетельствования для установления факта употребления**

В настоящее время медицинское освидетельствование лиц с подозрением на употребление алкоголя широко осуществляется в учреждениях здравоохранения. Прежде всего это касается освидетельствования водителей автотранспорта и других подвижных средств. Освидетельствование также осуществляется при заболеваниях и травмах вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением и употреблением алкоголя, а также в случае конфликтных ситуаций, связанных с пребыванием на работе в нетрезвом состоянии. Указанные обстоятельства налагают на работников здравоохранения повышенную ответственность за качество проведения медицинского освидетельствования и обоснованность выносимых ими заключений.

Вместе с тем, на местах в организации медицинского освидетельствования для установления состояний, связанных с употреблением алкоголя, имеются серьезные недостатки. Нередко врачи, привлекаемые к проведению такого освидетельствования, не осведомлены о всех действующих по этому вопросу нормативных документах; осуществляемое ими освидетельствование не соответствует требованиям инструкции,

выносимые заключения должным образом не обосновываются результатами самого освидетельствования. Вследствие этого только за 1985 -1987 годы Центральной контрольной комиссией экспертизы алкогольного опьянения при Минздраве СССР, на основании экспертной оценки актов медицинского освидетельствования и медицинской документации, заключения о наличии алкогольного опьянения более чем в половине случаев признаны необоснованными.

В целях дальнейшего повышения качества, медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения, организационно-методического улучшения этой работы органами и учреждениями здравоохранения: утверждаю:

1. Протокол медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения (форма N 155/у) (приложение 1).
2. Дополнение к перечню форм первичной медицинской документации, утвержденному приказом Минздрава СССР от 04.10.80 г. N 1030 (приложение 2).

приказываю:

1. Министрам здравоохранения союзных и автономных республик, заведующим областными (краевыми) отделами здравоохранения, начальникам управлений (главных управлений) здравоохранения:

- 1.1. Принять необходимые меры по улучшению организации и повышению качества медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения.

- 1.2. Обеспечить контроль за проведением медицинскими работниками медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения в строгом соответствии с порядком, устанавливаемом Минздравом СССР.

- 1.3. Обязать руководителей лечебно-профилактических учреждений, когда возникает необходимость в выдаче справки по форме N 094/у при травмах, связанных с опьянением пострадавшего, обеспечить во всех подозрительных на наличие алкогольного опьянения случаях проведение медицинского освидетельствования по форме и в объеме, согласно установленным требованиям.

- 1.4. Организовать, исходя из местных условий, проведение в лечебно-профилактических учреждениях лабораторных исследований, необходимых для установления факта употребления алкоголя.

- 1.5. Возложить организационно-методическое руководство по осуществлению медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения на наркологические диспансеры.

1.6. Возложить на республиканские (областные, краевые) наркологические диспансеры подготовку врачей и фельдшеров по вопросам проведения медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения и обеспечить указанной подготовкой всех медицинских работников, привлекаемых к проведению этого вида освидетельствования.

1.7. Установить, что медицинское освидетельствование и вынесение заключения по установлению факта употребления алкоголя и состояния опьянения осуществляются врачом, прошедшим специальную подготовку. Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения проводится в наркологических диспансерах (отделениях, кабинетах) и в других лечебно-профилактических учреждениях, в которых в необходимых случаях требуется выносить соответствующее заключение.

В сельской местности при значительном удалении населенных пунктов от ближайших учреждений здравоохранения, где имеется врач, разрешается проведение медицинского освидетельствования и вынесение заключения фельдшером фельдшерско-акушерского пункта. Список фельдшеров, допущенных к проведению медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения, утверждается приказом Министерства здравоохранения союзной (автономной) республики, обл(край) здравотдела, а поименованные в приказе фельдшера допускаются к проведению медицинского освидетельствования только после прохождения ими обучения по полной программе подготовки врачей по вопросам проведения медицинского освидетельствования в соответствующем наркологическом диспансере.

1.8. До конца 1988 года организовать при Министерстве здравоохранения союзной (автономной) республики, областном (краевом) отделе здравоохранения, управлении (главном управлении) здравоохранения на базе наркологических диспансеров контрольные комиссии медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения с целью рассмотрения спорных случаев.

Методическое руководство за деятельностью указанных комиссий возлагается на Центральную контрольную комиссию медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения при Отделе наркологии и психиатрии Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения СССР.

1.9. Обеспечить настоящим приказом и необходимым количеством бланков протокола (приложение 1) всех врачей (фельдшеров), привлекаемых к проведению медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения.

2. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения СССР тов. Москвичева А.М. Министрам здравоохранения союзных республик размножить приказ в необходимом количестве и своевременно довести до каждого учреждения здравоохранения.

Первый заместитель министра

И.Н.Денисов

Приложение 1  
к приказу Минздрава СССР  
от 8 сентября 1988 г. N 694

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код учреждения по ОКПО \_  
Министерство  
здравоохранения СССР  
Наименование учреждения

Медицинская документация  
Форма N 155/у  
(Утв. Минздравом СССР  
8 сентября 1988г. N 694)

**Протокол  
медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и  
состояния опьянения**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

1. Фамилия, имя отчество \_\_\_\_\_

Возраст (год рождения) \_\_\_\_\_

Где и кем работает \_\_\_\_\_

Кем и когда (точное время) направлен на освидетельствование \_\_\_\_\_

Дата и точное время освидетельствования : \_\_\_\_\_

Кем освидетельствован (врач, фельдшер) \_\_\_\_\_

2. Причина освидетельствования: подозрение в управлении транспортом в состоянии опьянения, пребывание на работе в нетрезвом состоянии, освидетельствование в связи с оказанием медицинской помощи и др. (указать причину) \_\_\_\_\_

3. Внешний вид испытуемого: состояние одежды, кожи, наличие повреждений (ранения, ушибы и т.д.) \_\_\_\_\_

4. Поведение: напряжен, замкнут, раздражен, возбужден, агрессивен; эйфоричен, болтлив, суетлив, настроение неустойчиво, сонлив, заторможен, жалуется ли на свое состояние (на что именно) \_\_\_\_\_

5. Состояние сознания, ориентировка в месте, времени, ситуации и собственной личности \_\_\_\_\_

6. Речевая способность: связность изложения, нарушения артикуляции, смазанность речи и др. \_\_\_\_\_

7. Вегетативно-сосудистые реакции (состояние кожных покровов, слизистых глаз, языка, потливость, слюнотечение) \_\_\_\_\_

Дыхание: учащенное, замедленное \_\_\_\_\_

пульс \_\_\_\_\_ артериальное давление \_\_\_\_\_

зрачки: сужены, расширены, реакция на свет \_\_\_\_\_

нистагм при взгляде в сторону \_\_\_\_\_

8. Двигательная сфера

Мимика: вялая, оживленная \_\_\_\_\_

Походка (шатающаяся, разбрасывание ног при ходьбе), ходьба с быстрыми поворотами (пошатывание при поворотах)

стояние в позе Ромберга \_\_\_\_\_

точные движения (поднять монету с пола, пальценосовая проба)

дрожание век, языка, пальцев рук

9. Имеются ли признаки нервно-психических заболеваний, органического поражения центральной нервной системы, физического истощения. Перенесенные травмы {со слов испытуемого)

10. Сведения о последнем употреблении алкоголя и лекарственных средств: субъективные, объективные (по документам и другим источникам)

11. Запах алкоголя или другого вещества изо рта

12. Наличие алкоголя или другого вещества в выдыхаемом воздухе и биологических средах организма:

а) воздух исследовался на приборе \_\_\_\_\_

методом Рапопорта, индикаторной трубкой

Время и результаты исследования

повторного исследования \_\_\_\_\_

б) биологическая среда(ы) (моча, слюна, кровь; смывы с поверхности губ, кожи лица, пальцев рук) исследовались

методами \_\_\_\_, время отбора пробы

Время и результаты исследования

13. Другие данные медицинского осмотра или представленных документов

14. Заключение (состояние обследуемого квалифицируется в формулировках, предусмотренных п. 13 действующей инструкции Минздрава СССР о порядке медицинского освидетельствования):

Подпись медработника, проводившего освидетельствование

15. Запись испытуемого об ознакомлении с результатами освидетельствования

\_\_\_\_\_  
Формат А 4

## **ВРЕМЕННАЯ ИНСТРУКЦИЯ**

### **о порядке медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения**

Временная инструкция подготовлена во Всесоюзном ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательском институте общей и судебной психиатрии им. В.П.

Сербского академиком АМН СССР Г.В. Морозовым, канд. мед. наук, доцентом

Э.А. Бабаяном, кандидатами мед. наук А.Е. Бобровым, А.Г. Зерениным.

1. Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения назначается в случаях, когда закон предусматривает дисциплинарную и административную ответственность за: потребление алкоголя, либо пребывание в состоянии опьянения; распитие спиртных напитков на работе; управление транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения; при травмах, связанных с

опьянением; в случаях, когда состояние опьянения может быть расценено, как грубая неосторожность потерпевшего, содействовавшая возникновению или увеличению вреда, и может повлечь полную материальную ответственность за причиненный вред в связи с исполнением трудовых обязанностей и т.п.)

Настоящая инструкция не охватывает случаи судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз в наркологии, которые производятся в установленном порядке, по постановлению судебно-следственных органов.

2. Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя в состоянии опьянения производится в специализированных кабинетах наркологических диспансеров (отделений) врачами психиатрами-наркологами или в лечебно-профилактических учреждениях врачами психиатрами-наркологами и врачами других специальностей, прошедших подготовку, как непосредственно в учреждениях, так и с выездом в специально оборудованных для этой цели автомобилях.

ПРИМЕЧАНИЕ: в сельской местности при значительной удаленности от лечебных учреждений, имеющих в штате врачей, по специальному решению местных органов здравоохранения, в виде исключения, допускается проведение медицинского освидетельствования фельдшерами, работающими на фельдшерско-акушерских пунктах, прошедшими специальную подготовку.

3. Лицо, производящее освидетельствование, обязано руководствоваться приказом Минздрава СССР от 8 сентября 1988 г. № 694 "О мерах по дальнейшему совершенствованию медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения", настоящей инструкцией, а также действующими методическими указаниями по медицинскому освидетельствованию для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения.

4. Освидетельствование осуществляется по направлениям работников правоохранительных органов, а также должностных лиц предприятий, учреждений и организаций по месту работы освидетельствуемого.

Прием на освидетельствование от работников правоохранительных органов производится по письменному направлению или лично от сопровождающего представителя правоохранительного органа. Во всех случаях врачу, проводящему освидетельствование, должны быть сообщены причины, вызвавшие необходимость освидетельствования, и его цели (с позиций какого нормативного акта будут рассмотрены результаты освидетельствования).

ПРИМЕЧАНИЕ: допускается проведение освидетельствования по личному обращению без официального направления. При этом освидетельствуемый обязан представить документ, удостоверяющий личность, и письменное заявление с подробным изложением причины его просьбы о проведении освидетельствования.

Результаты освидетельствования сообщаются обследуемому устно, протокол освидетельствования может быть выдан (выслан) по официальному письменному запросу заинтересованных органов или учреждений.

5. Врач (фельдшер) обязан удостовериться в личности освидетельствуемого путем ознакомления с его личными документами (паспорт, удостоверение личности, водительское удостоверение и т.п.)

Отсутствие личных документов не служит основанием к тому, чтобы не производить освидетельствование (за исключением случаев, указанных в примечании п.4 настоящей инструкции).

При отсутствии документов в протоколе отмечается, что паспортные данные заполнены со слов освидетельствуемого.

6. Врач (фельдшер), производящий освидетельствование, составляет протокол медицинского освидетельствования по установленной форме в двух экземплярах. В протоколе подробно излагаются сведения о внешнем виде освидетельствуемого, его поведении, эмоциональном фоне, речи, вегето-сосудистых реакциях, состоянии двигательной сферы. При этом следует отметить жалобы освидетельствуемого, его субъективную оценку своего состояния. Кроме того, при оценке состояния необходимо отметить наличие или отсутствие запаха алкоголя и указать результаты лабораторных исследований.

При врачебном освидетельствовании в п.13 протокола могут быть внесены дополнительные данные, свидетельствующие о факте употребления или о наличии симптомов опьянения.

Если проведение освидетельствования в полном объеме не представляется возможным в силу сложившихся обстоятельств (из-за тяжести состояния испытуемого, отказа от освидетельствования и т.д.), в протоколе медицинского освидетельствования указываются причины, почему не было выполнено то или иное исследование.

По п. 15 протокола целесообразно предложить обследуемому сделать подробную запись (в некоторых случаях это может служить дополнительным подтверждением опьянения). При отказе испытуемого в выполнении указанной записи, врачом (фельдшером) делается соответствующая пометка.

7. Основой медицинского заключения по вопросу состояний, связанных с потреблением алкоголя, должны служить данные всестороннего медицинского освидетельствования. После его завершения производится отбор выдыхаемого воздуха или биологических жидкостей организма для исследования их на наличие алкоголя.

Лабораторные исследования (выдыхаемого воздуха, мочи, слюны) при проведении освидетельствования являются обязательными. Кровь для анализов на алкоголь следует



брать в исключительных случаях только по медицинским показаниям (например, тяжелые травмы, отравления и т.п.)

8. Характер и последовательность проведения биологических проб определяется врачом (фельдшером) в зависимости от особенностей клинического состояния обследуемого. В случаях сомнительной картины алкогольного опьянения необходимо применять не менее двух биологических реакций на алкоголь (проба Рапопорта, Мохова-Шинкаренко, аппарат ППС-1), подвергать анализу различные биологические среды; в случаях исследования выдыхаемого воздуха или слюны осуществлять их повторное проведение через 20-30 минут после первого.

9. В тех случаях, когда состояние испытуемого не позволяет осуществить освидетельствование в полном объеме (тяжелая травма, бессознательное состояние) для определения состояний, связанных с потреблением алкоголя, обязательно проводится двукратное (с интервалом 30-60 минут) количественное исследование на алкоголь не менее двух биологических жидкостей организма (кровь, моча, слюна).

10. Образцы биологических сред, взятых у освидетельствуемого для определения алкоголя, желательно сохранять в учреждении здравоохранения, где проводилось освидетельствование, на протяжении не менее 35 дней при соблюдении необходимых, гарантирующих их сохранность условий, соответствующих требованиям методических указаний.

11. Результаты медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения могут считаться действительными при условии, что они были получены в ходе медицинского обследования, выполненного в соответствии с настоящей инструкцией, и при проведении лабораторных исследований были использованы только методики и устройства, разрешенные Минздравом СССР для применения в целях освидетельствования.

Руководитель учреждения, в котором производится освидетельствование, обязан обеспечить и контролировать строгое и точное соблюдение методик и инструкций по подготовке и использованию приборов и химических реактивов, выполнению правил отбора и методик проведения биологических реакций на алкоголь.

12. Отсутствие бланков протоколов медицинского освидетельствования не может служить причиной отказа в освидетельствовании. Недопустимо составление протокола по произвольной форме. В каждом случае протокол должен быть составлен в соответствии с прилагаемым образцом (приложение I).

13 . На основании медицинского освидетельствования формулируется заключение, в котором должно быть четко охарактеризовано состояние освидетельствуемого на момент обследования.

В случаях, когда освидетельствование производится на основании Указа Президиума Верховного Совета СССР от 15 марта 1983г. "Об административной ответственности за нарушение правил дорожного движения" по подозрению водителя транспортных средств в опьянении, заключение должно констатировать наличие алкогольного опьянения или его отсутствие.

В тех случаях, когда освидетельствование связано с нарушением пункта 2 Указа Президиума Верховного Совета СССР от 16 мая 1985г. "Об усилении борьбы с пьянством", и в связи с пребыванием на работе в нетрезвом состоянии, в заключении должно констатироваться наличие факта употребления алкоголя или его отсутствие (трезвое состояние).

При обследовании больных, поступивших в учреждение здравоохранения по поводу травмы, в случае выявления у них состояния опьянения, составляется протокол по установленной форме (приложение 1), в котором в заключении констатируется наличие состояния алкогольного опьянения, а в медицинских картах амбулаторного или стационарного больного наряду с заключением о наличии состояния алкогольного опьянения, указывается номер протокола медицинского освидетельствования. В urgentных состояниях протокол может не заполняться, а заключение о наличии алкогольного опьянения выносится на основании симптомов, описанных в медицинской карте стационарного больного при исследовании статуса больного и лабораторных данных.

Врач при составлении заключения, на основании критериев, изложенных в методических указаниях по медицинскому освидетельствованию для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения (приложение 3), должен установить одно из следующих состояний:

- трезв, признаков потребления алкоголя нет;
- установлен факт употребления алкоголя;
- опьянение;
- состояние одурманивания, вызванное наркотическими или другими веществами (какими);
- имеются нарушения функционального состояния, требующие отстранения от работы с источником повышенной опасности по состоянию здоровья.

14. Результаты освидетельствования сообщаются обследуемому сразу же по окончании обследования. Лицам, доставившим освидетельствуемого для определения факта

употребления алкоголя или состояния опьянения, выдается на руки протокол медицинского освидетельствования. При отсутствии сопровождающего лица протокол освидетельствования высылается в адрес направившей организации по почте.

15. Копия протокола остается в учреждении здравоохранения, где произведено освидетельствование, и хранится в порядке, установленном для медицинских карт стационарного больного.

16. Каждый случай освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения фиксируется в обязательном порядке. Для этого может быть использован в качестве образца журнал регистрации комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам следственных и судебных дел (форма № 183/у, утвержденная приказом Минздрава СССР от 04.10.80г. № 1030). При этом указывается: в графе 2 - время направления на освидетельствование; в графах 3-4 - кем направлен освидетельствуемый, организация, а при отсутствии письменного направления - фамилия, имя, отчество, место работы и должность сопровождающего лица, номер и дата выдачи его служебного удостоверения.; в графе 5 - фамилия, имя, отчество и возраст освидетельствуемого; в графе 6- место работы, профессия, должность, домашний адрес, наименование и № документа, удостоверяющего личность; в графе 8 - фамилия, имя, отчество медработника, проводившего освидетельствование, его специальность; в пункте II - дата и время освидетельствования; в графе 12 - подпись медработника; в графе 13 - заключение освидетельствования; в графе 14 - номер протокола освидетельствования; в графе 15 - подпись лица, получившего протокол, или адрес и дата отправки протокола по почте.

Графы 7, 9, 10, 16 не заполняются.

Журнал заполняется медицинским работником, участвующим в освидетельствовании, и хранится в кабинете, где осуществляется освидетельствование..

Листки журнала должны быть пронумерованы, прошнурованы и скреплены сургучной печатью вышестоящего в порядке подчинения органа здравоохранения.

Заполненный журнал сохраняется в течение 5 лет.

17. При необходимости, повторное освидетельствование для установления нетрезвого состояния может быть проведено на основании письменного заявления освидетельствуемого с изложением обстоятельств обращения на освидетельствование и только при наличии документа, удостоверяющего личность освидетельствуемого.

18. В случае повторного медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения оно осуществляется по полной форме и в соответствии с порядком, изложенным выше, в возможно более короткие сроки после первичного освидетельствования. Протокол повторного медицинского освидетельствова-

ния, как и при первичном освидетельствовании, высылается по запросу заинтересованных органов. Решение вопроса о правомерности и обоснованности повторного заключения (при расхождении с первичным) может рассматриваться только региональной контрольной комиссией медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения на основе личного заявления освидетельствованного, заинтересованного учреждения или организации.

## **МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

### **«Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения»**

От 01.09. 1988г. № 06-14/33-14

(извлечение)

(Методические указания составлены во Всесоюзного ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательском институте общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского академиком АМН СССР Г.В.Морозовым, кандидатом мед. наук, доцентом Э.А.Бабаяном, кандидатами медицинских наук А.Е.Бобровым, А.Г. Зерениным.)

### **Основные принципы проведения медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения**

При осуществлении медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя или состояния опьянения следует иметь в виду, что соответствующее заключение нуждается не только в медицинском обосновании ("медицинский критерий"), но и в правовом рассмотрении ("юридический критерий").

Соотношение медицинского и юридического критериев может быть различным в зависимости от характера конкретной правовой ситуации, по поводу которой проводится освидетельствование.

В действующем законодательстве определен целый ряд таких ситуаций. В частности, в соответствии с Указом Президиума Верховного Совета СССР от 16 мая 1985г., Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 16 мая 1985 г. и соответствующими Указами других союзных республик устанавливается дисциплинарная и административная ответственность за появление в общественных местах в пьяном виде, оскорбляющем человеческое достоинство и общественную нравственность, распитие спиртных напитков на производстве или пребывание на работе в нетрезвом состоянии, управление транспортными средствами в состоянии опьянения. Наряду с этим определяется ответственность за доведение несовершеннолетних до состояния опьянения и оговариваются условия

помещения в медицинские вытрезвители лиц, находящихся в средней и тяжелой степени опьянения.

В связи со сказанным, врач, проводящий освидетельствование, должен не только констатировать сам факт потребления алкоголя, но и правильно квалифицировать состояние обследуемого, поскольку диагностика соответствующих синдромов служит медицинским критерием для установления определяемых в законе правонарушений, связанных с потреблением алкоголя.

Как показывает клиническая практика и опыт экспертной работы, наступающее при потреблении алкоголя состояние, в зависимости от тяжести алкогольной интоксикации, выраженности ее клинических признаков и времени, прошедшего после потребления спиртного, может характеризоваться несколькими самостоятельными с медико-биологической точки зрения синдромами.

Кроме того, при проведении освидетельствования в целях предупреждения заболеваний, несчастных случаев и обеспечения безопасности труда необходимо выявлять нарушения функционального состояния, требующие отстранения от работ с источниками повышенной опасности.

Наряду с необходимостью дифференцированной квалификации синдромов, связанных с употреблением алкоголя, освидетельствование по этому вопросу должно отвечать ряду дополнительных требований.

Во-первых, поскольку отдельные проявления алкогольной интоксикации не являются специфичными, оценку следует производить синдромально: при условии выявления и учета целого комплекса признаков, свидетельствующих о нарушении в самых различных системах организма.

Во-вторых, в связи с тем, что медицинское освидетельствование должно быть основано на всестороннем клиническом обследовании освидетельствуемых с использованием необходимых лабораторных тестов, выполнять его должен врач (фельдшер), который полностью несет ответственность за правильность вынесенного заключения.

В-третьих, следует помнить, что решающим условием правильного осуществления медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения является строгое соблюдение его единого порядка и формы во всех регионах страны. При проведении данного вида освидетельствования необходимо иметь в виду правомерность медицинского обследования и обоснованность вынесения соответствующего заключения.

Обоснованность вынесения заключения о факте употребления алкоголя и состояния опьянения подразумевает всесторонний характер обследования освидетельствуемого и

выявления целого ряда симптомов, сочетание которых позволяет говорить о наличии признаков, специфичных для того или иного синдрома. Обоснованность вынесения заключения имеет в виду квалифицированное изучение клинических проявлений, связанных с употреблением алкоголя, проведение специальных функциональных проб испытуемому, правильный анализ результатов освидетельствования. Важнейшим условием при этом является соблюдение соответствия диагностических формулировок наблюдаемым клиническим феноменам.

Недопустимым является установление факта употребления алкоголя и состояния опьянения у обследуемого исключительно на основании запаха алкоголя изо рта, а также сведений о употреблении спиртных напитков. Одновременно следует указать, что использование биологических реакций на наличие этилового спирта требует тщательного врачебного контроля за условиями и методикой осуществления соответствующих исследований. Выбор и порядок проведения биологических проб определяются особенностями клинического состояния обследуемого, при этом взятие крови производится только по медицинским показаниям (в основном, в связи с общим тяжелым состоянием освидетельствуемого). Необходимо учитывать, что большинство из используемых в настоящее время проб не являются строго специфичными на алкоголь. Имеющийся опыт свидетельствует также о нередко возникающих методических ошибках при осуществлении пробоотбора и проведении анализа. В связи со сказанным в случаях неполной или неясной клинической картины опьянения необходимо - исследовать различные биосреды, применять сочетание 2-3 химических тестов на алкоголь, а при исследовании выдыхаемого воздуха или слюны повторять их проведение через 20-30 минут. Заключение об установлении факта употребления алкоголя и состояния опьянения должно выноситься на момент первичного обследования освидетельствуемого. Это связано в первую очередь с приходящим характером симптоматики опьянения. Кроме того, определенное значение здесь может иметь влияние сопутствующих факторов, например, введение обследуемому наркотических или спиртосодержащих препаратов по медицинским показаниям. Необходимость вынесения заключения по вопросам опьянения в возможно более ранние сроки продиктована также большим социальным и моральным значением указанного диагноза. Причем соблюдение прав граждан в данном отношении предполагает сообщение освидетельствуемому результатов освидетельствования.

Еще одним принципом осуществления освидетельствования для установления состояний, обусловленных потреблением алкоголя, является соблюдение врачом, проводящим медицинское освидетельствование, деонтологических норм. В каждом сомнительном случае

следует тщательно оценивать возможность появления тех или иных признаков вне связи с потреблением спиртных напитков.

Конфликтные случаи по заявлению частных лиц и администрации предприятий и организаций подлежат разбору в соответствующих региональных контрольных комиссиях, в состав которых входят высококвалифицированные специалисты. При проведении повторного освидетельствования необходимо исследование как минимум двух биологических сред организма с обязательным анализом мочи на алкоголь. При возбуждении уголовного дела (например, по факту дорожно-транспортного происшествия или уголовно наказуемого правонарушения) и возникновения необходимости в ретроспективной оценке состояния, указанная оценка осуществляется в рамках судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы по постановлению следователя, прокурора или определению суда.

### **Краткие сведения о физиологических основах фармакологического эффекта алкоголя**

Этиловый спирт как фармакологический агент обладает целым рядом эффектов. Ведущим среди них является действие на центральную нервную систему. Кроме того, влияние алкоголя сказывается на сердечно-сосудистой, пищеварительной и выделительной системах. Наконец, как показано, алкоголь обладает мощным воздействием на гормональную систему и обмен веществ в целом.

Эффекты, вызываемые при однократном введении этилового спирта и при его систематическом приеме, могут существенно различаться, что важно учитывать для правильной квалификации состояний, обусловленных его приемом.

По некоторым особенностям центрального действия этанол близок к наркотическим анагетикам и снотворным.

Механизм острого действия этилового спирта на уровне клетки преимущественно связан с изменением под его влиянием структуры клеточной мембраны (так называемое "разжижение" мембран).

Как показано в экспериментах на животных и подтверждено в клинических наблюдениях над людьми, алкоголь поражает в первую очередь нейроны коры больших полушарий, гиппокампа, зубчатой извилины и мозжечка. Кроме того, он воздействует и на нейрональную передачу в синапсах спинного мозга. Потребление алкоголя приводит к нарушению синтеза нейробелков, вызывает изменения в обмене нейромедиаторов и нейрогормонов. Под влиянием алкоголя изменяется мозговой кровоток.

Иными словами, этиловый спирт обладает многообразным фармакологическим и токсическим действием на нервную систему и другие системы организма. Кроме собственных эффектов алкоголя, его потребление может приводить и к потенцированию действия иных химических веществ и соединений, присутствующих в организме. Все это

обуславливает чрезвычайную сложность физиологического действия алкоголя, полиморфизм клинических проявлений и поведения индивида при алкогольной интоксикации.

Считается, что влияние алкоголя на деятельность центральной нервной системы человека складывается из двух фаз: фазы возбуждения и фазы торможения.

Согласно этим представлениям, физиологическое действие, которое производит алкоголь, зависит от его дозы и от скорости изменения концентрации алкоголя в тканях. Возбуждающий эффект начинает проявляться уже при самых незначительных дозировках алкоголя. Он достигает своего пика, с учетом индивидуальных колебаний, при приближении концентрации алкоголя в крови к 0,5%. Торможение обычно наблюдается с уровня 1%. Следует также учитывать, что быстрый подъем уровня этилового спирта в средах организма ведет к возбуждению и перевозбуждению центральной нервной системы. Его снижение способствует проявлению процессов центрального торможения.

Здесь однако важно подчеркнуть, что представления о двухфазном действии алкоголя весьма приближенные и могут быть применены лишь к некоторым показателям активности нервной системы (спонтанная и вызванная электрическая активность коры и ряда подкорковых структур, частота дыхания и сердечных сокращений, перистальтика кишечника и др.). На самом деле изменение деятельности нервной системы под влиянием алкоголя имеет более сложный характер. Об этом говорит, в частности, то, что этиловый спирт обладает значительным угнетающим действием на мезэнцефалическую ретикулярную формацию, мозжечковые и моторнокоординационные центры. В отношении других функций эффект алкоголя вообще непостоянен (мышечный тонус, кожно-гальванический рефлекс, синаптическая передача и др.) Для понимания сущности физиологических эффектов этилового спирта важное значение имеет выяснение того факта, что наблюдаемые изменения в деятельности различных систем мозга происходят не синхронно, а с различной скоростью и в различных размерах и, кроме того, подвержены колебаниям, обусловленным индивидуальными особенностями и ситуационными влияниями. Все это приводит к тому, что функциональные расстройства, появляющиеся после введения незначительного количества этанола, проявляются мозаично и имеют быстро проходящий характер. При введении больших дозировок этого вещества отмеченная мозаичность физиологических реакций уступает место более специфичному набору расстройств, которые и определяют своеобразие клинических проявлений алкогольной интоксикации.

Наибольшей чувствительностью к этанолу отличаются системы, ответственные за оперативную переработку информации, память, моторные функции и эмоциональное реагирование. Ранимость названных функций значительно возрастает при дополнительных



нагрузках. Поэтому при диагностике опьянения обязательно следует включать специальные пробы, позволяющие усилить проявления отмеченной функциональной недостаточности в деятельности нервной системы.

Эффекты алкоголя чаще всего выявляются тогда, когда перед индивидуумом встают задачи по выбору характера реагирования. В таких случаях объективно регистрируются в интеллектуальной деятельности, снижение чувства опасности, утрата контроля за поведением.

### **Выявление клинических признаков действия алкоголя**

Клиническая оценка является определяющим этапом медицинского освидетельствования обследуемых для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения. Это связано с тем, что клиническое обследование базируется на всестороннем изучении индивидуума. Правильное его осуществление позволяет предупредить ошибки и случайности, неизбежно возникающие при одностороннем подходе к освидетельствованию.

Традиционно клиническая диагностика состояний, обусловленных потреблением алкоголя, производится на основании рассмотрения и оценки психической сферы и поведения, выявления неврологических и вегето-сосудистых нарушений. При этом в зависимости от степени алкогольной интоксикации выраженность ее клинических признаков может быть различной. В наиболее типичном виде клинические признаки действия алкоголя обнаруживаются в средней и тяжелой степени опьянения. При других формах нетрезвого состояния указанные признаки выражены менее или выявляются лишь на уровне микросимптомов. В таких случаях важным подспорьем при установлении нетрезвого состояния являются биохимические методы исследования.

Наиболее характерные изменения в психическом состоянии под действием алкоголя отмечаются в рамках выраженного алкогольного опьянения. Как правило, они наблюдаются в форме следующих трех симптомокомплексов.

Первым из них является алкогольная эйфория. Она обычно возникает после приема сравнительно небольших доз алкоголя и относительно непродолжительна:

длится на протяжении первых 1-3 часов после приема спиртного. Часто эйфория недостаточно устойчива и легко сменяется дисфорическими вспышками. Для ее возникновения и поддержания необходимо сохранение благоприятного психологического окружения. Повышенная речевая и моторная активность, экспрессивность поведения, отвлекаемость, расторможенность и повышение самооценки являются основными признаками эйфории.

Второй клинический вариант алкогольного опьянения наблюдается в форме дисфорического состояния, развивавшегося на фоне алкогольной интоксикации. Указанная форма простого алкогольного опьянения нередко возникает в случаях измененной "почвы", при формировании патологической зависимости от алкоголя, а также в условиях психогении. Дисфорический оттенок настроения возникает также на выходе из опьянения. Эмоциональный фон в таких случаях характеризуется раздражительностью, недовольством, легко возникающим чувством ущемленного достоинства. Лица, находящиеся в описываемом состоянии, угрюмы, озлоблены, их речь отрывиста. Со стороны такого индивидуума возможны отдельные импульсивные и агрессивные действия и поступки. В некоторых случаях при дисфорическом характере опьянения фон настроения приобретает гипотимическую окраску. Определяются более или менее выраженные расстройства тревожного ряда. Указанные нарушения могут достигать депрессивного уровня. При таких состояниях выявляются идеи самообвинения, реакции раскаяния и т.д.

Третий тип алкогольного опьянения характеризуется состоянием психомоторной заторможенности. Обычно он сопровождается снижением побуждений, активности, появлением вялости, медлительности, нарастанием сонливости. При этом отмечается обеднение речевой продукции, замедление интеллектуальных процессов, нарушение мышления и памяти. Указанные расстройства часто возникают после потребления больших количеств алкоголя или при повышенной чувствительности к нему.

Помимо отмеченных вариантов простого алкогольного опьянения в наркологической и психиатрической практике, хотя и сравнительно редко, встречаются осложненные формы алкогольного опьянения и патологическое опьянение.

Подробное описание и особенности диагностической оценки указанных расстройств приводятся в соответствующей литературе и методических указаниях по их судебно-психиатрической квалификации.

Ввиду этого и учитывая относительную редкость возникновения таких форм опьянения, следует только указать на ведущие клинические критерии их диагностики.

Главным признаком осложненных форм простого алкогольного опьянения и патологического опьянения является то, что при этих состояниях происходит относительно длительное помрачение сознания с расстройством ориентировки в месте, времени, ситуации, а иногда и в собственной личности. При этом отмечается внешняя упорядоченность и целесообразность действий и поступков индивида, находящегося в состоянии опьянения, хотя по существу в его поведении отсутствует понятная мотивировка и оно неадекватно реальности. Указанные расстройства, как правило, возникают неожиданно и

сопровождаются резким изменением аффективной сферы с появлением ярости, страха, гнева, неспровоцированной агрессии.

Патологическое опьянение обычно возникает у лиц с преморбидно измененной "почвой" нередко в стрессовых ситуациях после употребления небольших доз алкоголя. Для осложненных форм простого опьянения, наоборот, характерно возникновение нарушения сознания после приема больших доз алкоголя. Причем возникновению состояния измененного сознания предшествует последовательная смена основных фаз алкогольного опьянения.

Опыт работы в области экспертизы алкогольного опьянения говорит о том, что наибольшее количество экспертиз связано со случаями потребления небольших доз алкоголя, когда диагностика психических нарушений затруднена и требует практического навыка. При анализе клинической картины простого алкогольного опьянения следует учитывать то, что в зависимости от чувствительности субъекта и количества принятого алкоголя и толерантности к нему состояние субъекта может быть различным. Кроме того, экспертная ситуация, в которой проводится обследование освидетельствуемого, вносит существенную специфику в психопатологические проявления симптоматики опьянения. Важно подчеркнуть, что в условиях освидетельствования выявление алкогольной эйфории бывает относительно редким. Поэтому в случаях ее возникновения надо не забывать о возможности неалкогольного генеза эйфории.

Значительно чаще при медицинском освидетельствовании по вопросам установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения приходится сталкиваться с дисфорическими состояниями, которые развиваются на фоне алкогольной интоксикации. В этих условиях часто можно наблюдать быструю трансформацию симптоматики под влиянием ситуационных воздействий.

Необходимо подчеркнуть, что проведение медицинского освидетельствования само по себе является мощным психогенным раздражителем, в ответ на который возможно возникновение бурных психологических реакций, маскирующих симптоматику алкогольного опьянения (реакция протеста, оппозиции, отказа, паранойяльные и тревожные реакции и др.). Их выраженность в значительной степени зависит от характерологического склада обследуемого с одной стороны и порядка проведения процедуры обследования с другой.

Кроме того, клинические признаки опьянения в определенной степени могут нивелироваться попытками обследуемого скрыть имеющуюся у него симптоматику, что также затрудняет выявление психических отклонений, обусловленных действием алкоголя.

В связи со сказанным следует подчеркнуть, что преодоление указанных диагностических сложностей возможно только при условии строгого соблюдения порядка освидетельствования и корректности проведения самой процедуры.

Необходимо следить за тем, чтобы клиническое обследование предваряло лабораторные тесты, чтобы оно проводилось уверенно, строго и быстро, а результаты отдельных проб и испытаний ни в коем случае не сообщались обследуемому до окончания всей процедуры освидетельствования.

Немалое значение, особенно при повторном анализе обоснованности вынесения диагностического заключения по жалобам, играет правильность описания врачом, проводившим освидетельствование, психического состояния обследуемого. Оно требует указания, в первую очередь, на особенности внешнего облика и поведения освидетельствуемого, его реакцию на ситуацию обследования, а также субъективные жалобы и интерпретацию обстоятельств задержания. За исключением случаев глубокого опьянения, когда в состоянии обследуемого преобладает заторможенность, вплоть до сонливости, поведение нетрезвого человека может характеризоваться широким спектром психических реакций. Нередко обследуемые бывают нарочито сдержанными, замкнутыми. При этом их речевая продукция обеднена. Они предпочитают давать односложные ответы, избегают эмоционального контакта с окружающими. Чувствуется, что они эмоционально напряжены, осторожны, стремятся контролировать свои высказывания и поступки, скрыть проявления опьянения. У таких лиц обнаруживается подчеркнутое и несколько замедленное реагирование на внешние раздражители, отсутствие спонтанности, бросающаяся в глаза скованность, осторожность, обдумывание ответов на вопросы.

В других случаях, особенно при наличии соответствующего характерологического склада, обследуемые начинают шумно протестовать против проведения процедуры освидетельствования, провоцируют конфликты, иногда угрожают. В таких случаях не исключены агрессивные и аутоагрессивные поступки. В последнем случае они зачастую имеют явно демонстративный оттенок. При склонности к демонстративным реакциям испытуемые жалуются на свое самочувствие, нарочито неправильно выполняют предлагаемые пробы, заискивают перед врачом, проводящим освидетельствование, или напротив, привлекая всеобщее внимание, шумно требуют "справедливости".

Поведение обследуемого в состоянии опьянения может иметь и другие проявления. Нередки суетливость, подозрительность, реакции раскаяния. Довольно часто со стороны обследуемого обнаруживается тенденция к диссимуляции. Обычно это проявляется в отказе или неправильной даче биосред для анализа на алкоголь (неправильное продувание выдыхаемого воздуха, попытки подменить анализы и т.д.) Отмечаются также случаи "непонимания" инструкций, невыполнения отдельных функциональных проб, попытки затруднить освидетельствование, уйти от контакта с врачом.

Регистрация указанных феноменов имеет существенное диагностическое значение, поскольку косвенно свидетельствует о возможности предшествующего потребления алкоголя.

При оценке психического состояния необходимо обращать внимание на преобладающий фон настроения освидетельствуемого, указывать, если это имеется, на значительную выраженность эмоциональных реакций того или иного регистра (эйфоричность, апатия, напряженность, тревога, раздражительность, неустойчивость настроения). Важно также описывать особенности протекания интеллектуальной деятельности, указывать в соответствующих случаях на затруднения при концентрации внимания, рассеянность, повышенную отвлекаемость, излишнюю обстоятельность. Полезно предъявлять интеллектуальные задачи (например, вычитать по семь из ста, запоминание ряда чисел, ассоциативный тест, называние предметов на какую-либо букву и т.д.) Важную информацию дают также наблюдения за характером речи обследуемого, выговариванием отдельных звуков, словосочетаний, эмоциональными модуляциями голоса. В опьянении часто выявляются "смазанность" произношения, отдельные дизартрии, иногда речь приобретает скандированный оттенок, появляется монотония. Указанные особенности обычно обнаруживаются при выполнении скороговорок, чтении вслух, счете.

Наибольшие затруднения при оценке психического состояния освидетельствуемого обычно возникают в связи с интерпретацией роли психогенных факторов. В своих жалобах обследуемые нередко ссылаются на конфликты с представителями милиции или администрации, повышенную эмоциональную возбудимость, наличие тяжелых субъективных переживаний, которые якобы сказались на их состоянии в момент освидетельствования. Поэтому в ходе проведения обследования врач обязан учитывать и отражать такие обстоятельства, если они имеются, при заполнении соответствующих пунктов акта. В то же время при описании состояния обследуемого рекомендуется обращать внимание, в первую очередь, на те особенности его поведения и психического статуса, которые сами по себе не вписываются в реальную обстановку освидетельствования и не могут быть обусловлены факторами ситуационного порядка.

Наряду с изучением психического состояния важнейшее место при проведении клинического освидетельствования обследуемого занимает выявление нарушений со стороны нервно-двигательного аппарата. В акте медицинского освидетельствования отражаются общие особенности двигательной сферы обследуемого, обращается внимание на усиление общей подвижности или, наоборот, ее снижение. Описывается характер мимики, которая при опьянении обычно становится более вялой или утрированной.

Весьма характерным признаком воздействия алкоголя является нарушение походки. Этот показатель, как свидетельствует опыт, является высоко чувствительным и довольно надежным. Неустойчивая походка, разбрасывание ног при ходьбе постоянно встречается у лиц с выраженным опьянением. Следует подчеркнуть, что аналогичные расстройства, хотя и в меньшей степени, обнаруживаются также и при легкой алкогольной интоксикации. Для их выявления и в этом случае следует прибегать к весьма надежной и простой функциональной пробе: ходьбе с быстрыми поворотами.

При проведении пробы "ходьба с быстрыми поворотами" обследуемому предлагают сделать 5-6 шагов в одном направлении, быстро развернуться вокруг своей оси и сделать столько же шагов в обратном направлении.

Установить тонкие нарушения координации в легком алкогольном опьянении можно также при задании поднять мелкий предмет с пола; при закрытых глазах коснуться пальцем кончика носа; свести при закрытых глазах кончики указательных пальцев.

Опыт работы в области освидетельствования по вопросам алкогольного опьянения показывает, что к диагностически ценным симптомам опьянения относятся нарушения при удерживании равновесия в позе Ромберга, особенно в сенсibiliзированной, и появление нистагма.

При исследовании движений глаз выявляют горизонтальный установочный нистагм во время фиксации взора в крайних отведениях.

Более чувствительной является проба Ташена, которая проводится следующим образом. Обследуемому предлагают, стоя на месте, совершить 5 оборотов вокруг собственной оси в течение 10 сек. Затем его останавливают и просят зафиксировать взор на каком-либо предмете, который врач держит у него перед глазами на расстоянии 25см. По секундомеру отмечают время длительности появляющегося нистагма. Обычно у здорового индивида длительность нистагма не превышает 10 сек. В случае опьянения этот показатель увеличивается.

Некоторую дополнительную информацию о состоянии освидетельствуемого дает изучение сухожильных рефлексов. Однако следует подчеркнуть, что их изменение под действием алкоголя наблюдается при весьма выраженной степени интоксикации. А нарушения с этой стороны при отсутствия или сомнительности других признаков скорее указывает на наличие самостоятельного заболевания нервной системы. То же самое можно сказать и об изменениях болевой чувствительности, поскольку клинически значимое анестетическое действие этилового спирта также выявляется только при глубоком опьянении.

Тем не менее, наличие названных расстройств целесообразно проверять в ходе медицинского освидетельствования, поскольку они могут иметь дифференциально-диагностическое значение. С этой же целью следует осматривать кожные покровы для обнаружения шрамов, рубцов, а также расспрашивать обследуемого о возможных неврологических заболеваниях и потреблении медикаментов.

В качестве самостоятельной группы расстройств, обусловленных алкогольным опьянением, следует назвать симптоматику, указывающую на нарушение в системе вегетативной регуляции. Специальные исследования показали, что в совокупности с другими признаками интоксикации диагностической ценностью при легкой степени опьянения обладает такой симптом, как покраснение склер глаз. Характерно также увеличение частоты сокращений сердца свыше 100 в минуту.

Известно, что во многих случаях при проведении освидетельствования у обследуемых отмечается гиперемия кожных покровов, изменения артериального давления, частоты дыхания и температуры тела. Однако перечисленные симптомы в большей степени подвержены колебаниям и могут отражать неспецифическую реакцию обследуемого. Регистрация комплекса негативных проявлений в полном объеме, тем не менее, имеет немаловажное значение, поскольку на основании правильно выявленных расстройств можно сделать заключение о стойком изменении функциональной активности организма болезненной или постинтоксикационной природы. При клиническом обследовании освидетельствуемого следует обратить внимание на правильную оценку запаха алкоголя от освидетельствуемого. Запах алкоголя изо рта практически обязателен в состоянии алкогольного опьянения. Однако субъективная оценка наличия или отсутствия запаха алкоголя изо рта, как показывает практический опыт, нередко приводит к ошибкам. Следует дифференцировать запах алкоголя с запахами других-летучих пищевых, лекарственных или косметических веществ, которые могут весьма напоминать алкоголь. Кроме того, нередко может запах исходить от одежды обследуемого, пропитанной спиртными напитками, от повязок или ран, обработанных спиртосодержащими препаратами. Поэтому запах алкоголя следует определять при глубоком выдохе обследуемого с близкого расстояния. В ряде случаев можно прибегнуть к стаканной пробе, которая производится путем глубокого выдоха исследуемого в чистый стакан до запотевания его стенок и последующей немедленной оценкой этой пробы лицом, осуществляющим освидетельствование.

Ввиду сказанного, запах алкоголя изо рта при отсутствии других клинических признаков воздействия алкоголя на организм не может служить единственным основанием для установления факта употребления алкоголя.

## **Анализ полученных данных, заключение по результатам освидетельствования**

Одним из наиболее ответственных этапов медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения является правильное формулирование соответствующего заключения. В его основу должна быть положена синдромологическая квалификация состояния освидетельствуемого, поскольку только при этом условии заключение может быть признано медицински обоснованным.

При первичном освидетельствовании отсутствие клинических симптомов нарушения функционального состояния, запаха алкоголя изо рта в сочетании с отрицательными результатами биологических проб на наличие алкоголя в выдыхаемом воздухе может являться достаточным для вынесения заключения: трезв, признаков потребления алкоголя нет.

При повторном освидетельствовании, а также в тех случаях, когда по мнению врача, проводящего освидетельствование, это необходимо, производится отбор проб биологических жидкостей организма, и заключение выносится с учетом результатов газохроматографического исследования этих жидкостей.

При выявлении симптомов, свидетельствующих о потреблении обследуемым алкоголя, в зависимости от их выраженности, выносятся следующие заключения:

- установлен факт употребления алкоголя, признаков опьянения не выявлено.

Данное заключение выносится при выявлении факта употребления алкоголя в тех случаях, когда поставлен вопрос об установлении факта употребления спиртных напитков или пребывания в нетрезвом состоянии на работе (в соответствии с п.2 Указа Президиума Верховного Совета СССР от 16 мая 1985 года "Об усилении борьбы с пьянством").

Факт употребления алкоголя диагностируется в случаях наличия убедительных данных, подтверждающих потребление освидетельствуемым алкоголя при отсутствии четкой клинической картины алкогольного опьянения. Такие состояния могут наблюдаться при потреблении алкоголя в незначительных дозах, а также через некоторое время после исчезновения выраженного синдрома опьянения в фазе элиминации.

Такое заключение об установлении факта употребления алкоголя выносится на основании выявления по крайней мере одного из следующих совокупностей признаков:

- наличие отдельных признаков действия алкоголя (например, таких как покраснение склер глаз, горизонтальный нистагм, положительная проба Ташена, нарушение координаторных проб и др.) в сочетании с запахом алкоголя или перегара изо рта и выявлением алкоголя в выдыхаемом воздухе не менее, чем двумя различными методами (например, показания прибора ППС-1, индикаторных трубок "Контроль трезвости" и трубок



Мохова-Шинкаренко, реакции Рапопорта) при обязательном двукратном проведении этих проб с интервалом в 20-30 минут;

- наличие запаха алкоголя или перегара изо рта в сочетании с положительной реакцией на алкоголь в выдыхаемом воздухе при двукратном проведении одной из индикаторных проб с интервалом в 20-30 минут (на приборе ППС-1, с помощью индикаторных трубок трезвости и трубок Мохова-Шинкаренко, реакции Рапопорта), подтвержденной положительными результатами газохроматографического определения алкоголя в моче.

Безусловно, вынося заключение об установлении факта употребления алкоголя, врач должен быть уверен в том, что при пробоотборе, хранении проб, проведении анализов не допущено ошибок.

### **Алкогольное опьянение**

Алкогольное опьянение представляет собой развернутый синдром воздействия алкоголя на организм. Его возникновение свидетельствует о выраженном нарушении способности индивидуума контролировать свое поведение в обычных условиях, что может быть связано как с количеством принятого алкоголя, так и с индивидуальной чувствительностью к нему. Синдром алкогольного опьянения включает в себя патологические изменения в психической сфере и поведении, расстройства в системе вегетативно-сосудистой регуляции, двигательные нарушения, запах алкоголя изо рта и положительные химические реакции на этиловый спирт.

В случаях освидетельствования водителей транспортных средств, когда ответственность водителя наступает при управлении транспортным средством в состоянии опьянения в соответствии с Указом Президиума Верховного Совета СССР от 15 марта 1983 года "Об административной ответственности за нарушение правил дорожного движения" при выявлении клинического синдрома опьянения и положительных результатах инструментальных или химических тестов на алкоголь в выдыхаемом воздухе или биологических жидкостях выносится заключение: алкогольное опьянение.

Степень опьянения не указывается, поскольку в этих случаях ответственность наступает независимо от степени опьянения. Если у водителя не выявлена клиническая картина опьянения, выносится заключение: признаков опьянения не выявлено.

Нормативные акты не предусматривают определения степени опьянения при освидетельствовании больных, поступающих в учреждения здравоохранения по поводу травм. Согласно инструктивно-методического письма о порядке выдачи справок о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий,

связанных с опьянением, а также злоупотреблением алкоголем, утвержденного Минздравом СССР 18 октября 1973г. (№6-14/13) и согласованного

с ВЦСПС, справка по форме 094/у (ранее ф.054/у) вместо больничного листка выдается в случаях наступления временной нетрудоспособности при травмах, связанных с опьянением пострадавшего. При этом степень опьянения не принимается во внимание. В то же время определение степени опьянения в ряде случаев имеет важное диагностическое значение и необходимо для рационального назначения дальнейших диагностических и лечебных мероприятий. Например, в случаях тяжелой алкогольной интоксикации больные могут нуждаться в дезинтоксикационной терапии. В связи с этим в протоколе медицинского освидетельствования и в медицинской карте стационарного или амбулаторного больного наряду с заключением о наличии алкогольного опьянения и номером протокола медицинского освидетельствования желательно указать и степень алкогольного опьянения.

Следует подчеркнуть, что основой медицинского заключения при установлении синдрома алкогольного опьянения является внимательное клиническое обследование освидетельствуемых, химические реакции имеют дополнительное значение.

В зависимости от характера и выраженности клинических проявлений выделяют легкую, среднюю и тяжелую степень алкогольного опьянения, а также алкогольную кому.

А/ Легкая степень алкогольного опьянения устанавливается на основании выявления следующего симптомокомплекса:

- незначительные изменения психической деятельности (например, замкнутость, замедленное реагирование, вспыльчивость, демонстративные реакции, попытки диссимуляции, эйфория, эмоциональная неустойчивость, затруднения при концентрации внимания, отвлекаемость и др.);

- усиление вегетативно-сосудистых реакций (гиперемия кожи и слизистых, инъекцированность склер, повышенная потливость, тахикардия и т.д.);

- отдельные нарушения в двигательной сфере (возможны: изменения походки, пошатывание при ходьбе с быстрыми поворотами, неустойчивость в сенсibilизированной и простой позе Ромберга, неточность выполнения мелких движений и координаторных проб, горизонтальный нистагм при взгляде в сторону, положительная проба Ташена);

- запах алкоголя изо рта;

- положительные химические реакции на алкоголь.

Б/ Алкогольное опьянение средней степени устанавливается при выявлении следующих расстройств:

- выраженные изменения психической деятельности (поведение, сопровождающееся нарушением общественных норм, неправильная оценка ситуации, заторможенность,

возбуждение с агрессивными или аутоагрессивными действиями и неадекватными высказываниями, эйфория, дисфория, нарушение последовательности изложения мыслей, фрагментарность высказываний, элементы персеверации, замедление и обеднение ассоциаций и т.д.);

- вегетативно-сосудистые расстройства (гиперемия или побледнение кожных покровов и слизистых, учащение пульса, дыхания, колебание АД, потливость, слюнотечение, расширение зрачков, вялая фотореакция);

- двигательные и нервно-мышечные нарушения (выраженная дизартрия, неустойчивость при стоянии и ходьбе, отчетливые нарушения координации движений, снижение сухожильных рефлексов и болевой чувствительности, горизонтальный нистагм);

- резкий запах алкоголя изо рта;

- положительные химические пробы на этиловый спирт.

В/ Тяжелая степень алкогольного опьянения устанавливается на основании выявления следующих нарушений:

- тяжелые расстройства психической деятельности (нарушения ориентировки, резкая заторможенность, сонливость, малая доступность контакту с окружающими, непонимание смысла вопросов, отрывочные бессмысленные высказывания);

- выраженные вегетативно-сосудистые нарушения (тахикардия, артериальная гипотония, дыхание хриплое из-за скопления слизи в полости рта и носоглотке, бледность кожи и слизистых, потливость, в ряде случаев непроизвольное мочеиспускание, слабая реакция зрачков на свет);

- тяжелые двигательные и нервно-мышечные нарушения (неспособность самостоятельно стоять и выполнять целенаправленные действия, подавление сухожильных рефлексов, снижение корнеальных рефлексов, иногда спонтанный нистагм);

- резкий запах алкоголя изо рта;

- положительные химические пробы на этиловый спирт. В крови, как правило, свыше 3‰ алкоголя.

Г/ Алкогольная кома диагностируется при:

- отсутствии признаков психической деятельности (бессознательное состояние, отсутствие реакций на окружающее);

- тяжелых нарушениях вегетативной регуляции и деятельности сердечно-сосудистой системы (коллаптоидное состояние, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, расстройства дыхания);

- тяжелых нервно-мышечных нарушениях (резкое понижение мышечного тонуса, отсутствие болевых, роговичных, сухожильных рефлексов, в ряде случаев – патологические рефлексы, гиперкинезы и др.);
- резком запахе алкоголя;
- концентрации алкоголя в крови свыше 3-4‰.

Следует подчеркнуть, что диагностика тяжелой степени опьянения и тем более алкогольной комы является абсолютным показанием для оказания медицинской помощи.

Примечание: при травмах и заболеваниях, сопровождающихся тяжелым, бессознательным состоянием больного, затрудняющим выявление клинических симптомов опьянения, основой заключения о нетрезвом состоянии или алкогольном опьянении являются результаты количественного определения алкоголя в крови только газохроматографическим методом, а также описанные в медицинской карте стационарного больного симптомы в процессе динамического наблюдения. При этом опьянении легкой степени соответствует содержание в крови алкоголя от 1,0 до 2,0‰ и средней степени - свыше 2,0‰.

### **Состояние одурманивания, вызванное наркотическими или другими веществами**

Наличие клинических симптомов опьянения при отсутствии запаха алкоголя изо рта и отрицательных химических проб на алкоголь может наблюдаться при опьянении (одурманивании), вызванном наркотическими или другими одурманивающими средствами.

В этих случаях для подтверждения диагноза наркотического или токсикоманического опьянения наряду с подробным описанием клинических симптомов опьянения необходимы результаты химических исследований, подтверждающих потребление освидетельствуемым конкретного вещества, оказывающего наркотическое или токсикоманическое воздействие, и на основании которых выносится заключение о наркотическом опьянении или опьянении, вызванном потреблением других одурманивающих средств.

### **Трезв, но имеются нарушения функционального состояния, требующие отстранения от работы с источником повышенной опасности по состоянию здоровья**

Одной из задач медицинского освидетельствования является своевременное отстранение нетрезвого работника от работы. Однако при освидетельствовании могут быть выявлены и другие, не обусловленные нетрезвым состоянием, расстройства здоровья, повышающие риск возникновения несчастных случаев при работе, связанной с источником повышенной опасности.

Выявление таких состояний является медицинским показанием для отстранения освидетельствуемого лица от деятельности, связанной с управлением источником повышенной опасности по состоянию здоровья.

Показанием к отстранению от работы с источником повышенной опасности служит выявление симптомокомплексов острых или обострение хронических заболеваний, переутомления или других выраженных нарушений функционального состояния, сопровождающихся снижением работоспособности и повышением риска возникновения несчастных случаев.

О нарушениях функционального состояния могут свидетельствовать:

- изменения в психической сфере (нарушения восприятия, сознания, ориентировки, мышления, выраженные эмоционально-волевые нарушения, сонливость); .

- вегетососудистые нарушения (повышение температура тела, одышка, выраженная тахикардия или брадикардия, появление нарушений ритма сердца, несвойственные для освидетельствуемого выраженные повышение или снижение артериального давления, выраженный тремор век, языка, конечностей);

- нервно-мышечные расстройства (нарушения походки, неустойчивость в позе Ромберга, ошибки при выполнении координаторных проб, заторможенность реакций, появление нистагма, жалобы на головокружение, резкую головную боль).

Как указывалось в разделе, посвященном основным принципам медицинского освидетельствования, помимо собственно нетрезвого состояния, в ходе обследования испытуемых нередко диагностируются синдромы, обусловленные предшествующим потреблением спиртных напитков, при которых, однако, этиловый спирт в организме не обнаруживается. Поскольку заключение о состоянии освидетельствуемого может выноситься только на момент их обследования, необходимых данных для установления нетрезвого состояния в указанных случаях не имеется. Однако выявление признаков нарушения функций, которые предположительно могут быть обновлены предшествующей алкогольной интоксикацией, но не являются строго специфичными и могут иметь место и при различных заболеваниях и состояниях и своевременное отстранение освидетельствуемого от работы с источником повышенной опасности имеет немаловажное профилактическое значение без уточнения в заключении конкретно причины, вызвавшей расстройства. Вопросы трудоспособности решаются в общем порядке.

## Определение этанола в выдыхаемом воздухе и биологических средах организма

Этиловый алкоголь обладает высокой гидрофильностью и при попадании в организм распределяется по всем тканям и органам, пропорционально содержанию в них воды.

В алкогольном опьянении выделяют фазу всасывания (резорбции), во время которой концентрация алкоголя в тканях организма быстро возрастает, и фазу окисления и выведения алкоголя (элиминации), характеризующуюся тем, что концентрация алкоголя с постоянной скоростью уменьшается. Однако, такое наименование фаз в известной мере условно, т.к. окисление и выделение алкоголя начинается сразу же с момента поступления его в кровь, т.е. с начала фазы всасывания.

Скорость нарастания концентрации алкоголя в крови непостоянна, она зависит от многих условий: количества и крепости принятых напитков, количества и состава принятой до и после употребления алкоголя пищи, уровня всасываемости и моторной деятельности желудочно-кишечного тракта. На пустой желудок концентрация алкоголя в крови нарастает быстро и достигает максимума через 30-80 минут, на полный желудок всасывание протекает медленнее - максимум алкоголя в крови наблюдается через 90-180 минут.

Окисление и выведение алкоголя происходит медленнее, чем всасывание, и с более постоянной скоростью. Длительность этого периода определяется, в первую очередь, количеством принятого алкоголя. Мощность всех алкогольокисляющих систем, а также частичное постоянное выделение алкоголя из организма обеспечивает уменьшение количества содержащегося в организме алкоголя на 4-12 г, в среднем около 7-10 г алкоголя в I час, или снижение его концентрации в крови на 0,1-0,16 ‰. При высоких концентрациях алкоголя в крови окислительные процессы активизируются, снижение концентрации в крови происходит быстрее и может достигать, например, 0,27‰ в час. Окисление и выделение алкоголя повышается также с повышением обмена, например, при физической работе, тепловых воздействиях, гипертермии.

Длительность нахождения алкоголя в организме человека обусловлена, в основном, количеством выпитого алкоголя и может быть определена с учетом окисления 7-10 г алкоголя в I час. Например, в 100 мл водки содержится около 40 мл алкоголя, т.е. алкоголь может определяться в выдыхаемом воздухе, слюне и крови в течение 4-5 часов с момента употребления напитка. В моче алкоголь может быть определен и позднее, т.к. в составе мочи он находится в мочевом пузыре неопределенно долгое время вплоть до момента опорожнения мочевого пузыря.

При приеме больших количеств алкоголя он содержится в организме до суток и более. При этом в конце срока действия алкоголя к его непосредственному действию

присоединяется влияние продуктов его распада и изменения внутренней среды организма, вызываемые интоксикацией алкоголем, такие как например, гипогликемия и метаболический ацидоз. Именно этим объясняют симптомы, наблюдаемые после алкогольной интоксикации в период, когда алкоголя в организме уже нет: утомляемость, жажда, дрожание конечностей, головная боль, потливость, сердцебиение, колебание артериального давления, неустойчивое, а нередко депрессивное настроение.

В наркологической практике при проведении медицинского освидетельствования принято определять наличие алкоголя или его концентрацию в выдыхаемом воздухе, слюне, моче и крови.

Определение алкоголя в выдыхаемом воздухе, крови или другой биологической среде организма не позволяет окончательно судить о степени опьянения человека. Это связано с неодинаковой реакцией различных людей и непостоянной реакцией одного человека на одни и те же дозы алкоголя, а также фазой алкогольной интоксикации. Однако, выявление в биологических средах организма содержания алкоголя, превышающего эндогенный уровень, свидетельствует о факте употребления спиртных напитков.

### **Определение алкоголя в выдыхаемом воздухе**

В выдыхаемый воздух алкоголь проникает из крови, диффундируя через стенки альвеол. Соотношение концентрации алкоголя в крови и в альвеолярном воздухе постоянно, оно определяется разностью плотности сред: крови и воздуха и составляет в среднем 1:2200 при колебаниях от 1300 до 3000. Это означает, что в 2200 см<sup>3</sup> альвеолярного воздуха содержится такое же количество алкоголя, как и в 1 см<sup>3</sup> крови.

Содержание паров алкоголя в выдыхаемом воздухе выражается в миллиграммах на 1 м<sup>3</sup> (мг/м<sup>3</sup>) и с учетом отношения плотностей крови и воздуха может быть ориентировочно выражено в промиллях в крови. При этом 0,1‰ алкоголя в крови соответствует примерно 45 мг/м<sup>3</sup> алкоголя в выдыхаемом воздухе.

Как правило, в выдыхаемом воздухе в небольших количествах может находиться ряд органических, так называемых, редуцирующих веществ, таких как ацетон, альдегиды и др., которые также как и алкоголь могут влиять на результаты исследования при применении неизбирательных к алкоголю методов.

Следует отметить, что при исследовании выдыхаемого воздуха на алкоголь нередко допускаются ошибки. Чаще всего они обусловлены неточным выполнением методики исследования. Кроме того, имеются по крайней мере два обстоятельства, влияющие на результат исследования.

Во-первых, иногда ошибочный результат исследования может быть получен за счет небольших количеств алкоголя, адсорбировавшегося на слизистой оболочке ротоглотки при употреблении накануне исследования спиртосодержащих лекарств. Это так называемый фиксированный алкоголь. При употреблении небольших количеств, например, 20 капель спиртовой настойки валерианы, алкоголь адсорбируется на слизистой оболочке ротовой полости и глотки и выделяется с выдыхаемым воздухом в течение 10-20 минут в значительной концентрации.

Во-вторых, ошибка может быть обусловлена наличием в полости рта, либо в окружающей среде примесей редуцирующих веществ. Например, наличие в окружающем воздухе в значительных концентрациях ацетона, бензина, выхлопных газов и других летучих веществ приводит к их вдыханию обследуемым с последующим введением с выдыхаемым воздухом в реакционную камеру приборов и искажению результатов исследования. В течение 3-5 минут после курения на результаты исследования могут оказывать влияние выделяющиеся из дыхательных путей соединения углерода.

В целях недопущения ошибок, вызываемых изложенными выше причинами, следует соблюдать следующие правила:

- помещение перед проведением исследования должно быть хорошо проветрено; проведение исследования не допускается при наличии запахов спирта, эфира, бензина, ацетона, одеколона и других летучих горючих веществ от одежды, рук, лица обследуемого; до начала исследования запахи должны быть устранены (наличие летучих горючих веществ в окружающей атмосфере может быть оценено с помощью тех же методов и устройств, которые применяются для анализа выдыхаемого воздуха);

- перед тем, как приступить к проведению пробы, обследуемого предупреждают об этом и спрашивают его, о чем бы он хотел сообщить в связи с проведением медицинского освидетельствования; такая постановка вопроса позволяет получить более точные сведения об употреблении накануне спиртных напитков или спиртосодержащих лекарств, прямые же расспросы о приеме накануне обследования спиртосодержащих жидкостей нередко наталкивают испытуемого на неверные ответы;

- проба проводится не ранее, чем спустя 15-20 минут после употребления спиртных напитков, приема спиртосодержащих лекарств, полоскания рта дезодорантами.

### **Химические способы определения алкоголя в выдыхаемом воздухе**

Проба Рапопорта А.М.

Наиболее простым и доступным для применения в любом медицинском учреждении способом является проба Рапопорта.



В две чистые сухие пробирки наливают по 2 мл дистиллированной воды. В одну из них опускают пипетку с узким вытянутым концом и испытуемый пропускает через нее 1,9-2,1 л выдыхаемого воздуха. Объем воздуха может дозироваться продолжительностью выдоха или с помощью дозирующего устройства. В первом случае для продувания воздуха используют пипетку типа пастеровской, и воздух продувают в течение 20-30 секунд.

Проходя через воду, алкоголь, содержащийся в выдыхаемом воздухе, растворяется в ней и затем наличие его определяют с помощью следующей химической реакции.

В обе пробирки приливают осторожно по 20 капель химически чистой концентрированной серной кислоты и после этого по I капле 0,5% свежеприготовленного раствора марганцевокислого калия. Необходимо тщательное выполнение технологии проведения пробы: соблюдение последовательности операций, использование свежеприготовленных дистиллированной воды и 0,5% раствора перманганата калия, чисто вымытых и высушенных пробирок и пипеток, шлангов, проведение реакции в контрольной пробирке.

Внимание! Соблюдение описанной последовательности действий обязательно. Недопустимо продувание выдыхаемого воздуха через раствор, содержащий серную кислоту, т.к. в этих случаях возможно попадание кислоты в дыхательные пути.

Результаты исследования оцениваются в течение 1-2 минут с момента введения в пробирку раствора марганцевокислого калия. Если в течение 2 минут раствор в сравнении с контрольным не изменил цвета - экзогенного алкоголя в организме обследуемого нет, испытуемый на момент исследования под воздействием алкоголя не находится.

При полном или частичном обесцвечивании раствора пробу через 15-20 минут проводят повторно. Полное обесцвечивание раствора за 1-2 минуты при повторной пробе свидетельствует о наличии экзогенного алкоголя в выдыхаемом воздухе, что при точном соблюдении методики исследования может подтверждать факт потребления испытуемым спиртных напитков.

Если при повторной пробе полного обесцвечивания раствора в течение 2 минут не наступило, результаты пробы расцениваются как отрицательные.

Изменение цвета раствора в контрольной пробирке свидетельствует о нарушении условий проведения пробы (загрязненная посуда, некачественные реагенты) и опровергает результаты исследования.

### **Индикаторные трубки Мохова-Шинкаренко и "Контроль трезвости"**

Эти трубки имеют сухую индикаторную набивку (реагент), что исключает необходимость в проведении каких-либо манипуляций с реактивами в момент экспертизы.

Реагент индикаторных трубок состоит из носителя (силикагеля), импрегнированного раствором хромового ангидрида в концентрированной серной кислоте. При воздействии на реагент парами этилового спирта происходит реакция, во время которой пары этилового спирта восстанавливают ионы 6-ти валентного хрома до ионов 3-х валентного хрома, в связи с чем оранжевый или желтый цвет реагента изменяется на зеленый, что оценивается как положительная реакция.

Несмотря на некоторую неспецифичность метода, все же индикаторные трубки выгодно отличаются от других проб тем, что при воздействии на реагент парами некоторых веществ, лекарств и ядов отсутствует положительная реакция реагента, в то время как она имеет место в других пробах. Реагент изменяет цвет на зеленый при воздействии паров следующих веществ: этилового и метилового спиртов, эфиров, ацетона, альдегидов, сероводорода. При воздействии бензина, скипидара, уксусной кислоты, камфоры, а также фенола, дихлорэтана реагент приобретает темно-коричневую или коричневую окраску. При воздействии паров валидола, ментола, воды, хлороформа, хлорангидрата, керосина, аммиака, щелочи, этиленгликоля, окиси углерода, чистого выдыхаемого воздуха и слюны цвет реагента - оранжевый.

Правила пользования индикаторными трубками, каждая из которых рассчитана только для однократного употребления, предусматривают несколько манипуляций. Перед употреблением на герметичной индикаторной трубке делаются напильником два надреза: один вблизи заплавленного широкого конца трубки, а другой вблизи вершины конусообразной заправки.

После этого оба конца трубки отламываются. Трубку предлагают взять обследуемому в рот со стороны широкого конца и интенсивно непрерывно продувать воздух в направлении реагента в течение 20-25 сек. Этого времени вполне достаточно для обнаружения присутствия паров спирта. При слабом продувании выдыхаемого воздуха, содержащего пары алкоголя, оранжевая окраска индикатора может измениться в зеленый цвет не полностью, а частично. Однако и в этом случае реакция считается положительной. Контроль за интенсивностью струи продуваемого воздуха осуществляется путем надувания емкости, или наблюдения за отклонением пламени горящей спички, подносимой к периферическому суженному концу трубки. При отсутствии спички рекомендуется направлять трубку на увлажненную поверхность тыльной стороны кисти и об интенсивности струи продуваемого воздуха судить по ощущению охлаждения кожи.

Трубка Мохова-Шинкаренко обладает большим сопротивлением дыханию, что затрудняет ее продувание. Облегчить процедуру отбора пробы, проконтролировать достаточное продувание реагента выдыхаемым воздухом можно с помощью несложного

приспособления. Между обследуемым и трубкой Мохова-Шинкаренко с помощью трехходовой трубки устанавливается полиэтиленовый мешок емкостью 650-750 см<sup>3</sup>, а на периферический суженный конец индикаторной трубки - полиэтиленовый мешок емкостью 120-130 см<sup>3</sup>. Обследуемому дается команда дуть в мундштук до полного заполнения обоих мешков. При выполнении пробы воздух "вредного" пространства дыхательных путей за счет высокого сопротивления трубки Мохова-Шинкаренко первоначально заполняет мешок емкостью 650-750 см<sup>3</sup>, находящийся перед трубкой, а затем альвеолярный воздух проходит через реагент и наполняет мешок емкостью 120-130 см<sup>3</sup>, находящийся на выходе из трубки.

Благодаря такому приспособлению на реагент поступает только альвеолярный воздух, которого для проведения пробы необходимо в 4-5 раз меньше, чем воздуха, смешанного с воздухом "вредного" пространства.

Ввиду гигроскопичности индикатора трубки вскрываются непосредственно перед употреблением. По этой же причине индикаторные трубки рассчитаны только для однократного употребления даже при наличии отрицательной реакции.

Индикаторные трубки, имеющие нарушение герметизации, а также изменившие окраску реагента на зеленый цвет, употреблению не подлежат.

### **Термокаталитический метод**

Метод основан на сорбировании паров алкоголя выдыхаемого воздуха с последующей термодесорбцией и сжиганием на элементах чувствительного детектора. Этот принцип реализуется с помощью прибора для определения паров спирта в выдыхаемом воздухе - ППС-1.

Конструкция прибора обеспечивает подогревание выдыхаемого воздуха и отбор для анализа пробы именно альвеолярного воздуха. Калибровка прибора производится с помощью генератора контрольных смесей ГС-1, производящего пароспиртовоздушные смеси с определенным содержанием в них алкоголя.

Прибор ППС-1 более чувствителен и точен в сравнении с качественными реакциями.

Инструкция по медицинскому применению прибора ППС-1 с описанием порядка работы и указанием критериев выявления паров алкоголя в выдыхаемом воздухе входит в комплект прибора.

Следует отметить, что термокаталитический метод, реализуемый с помощью прибора ППС-1, также как и качественные пробы на алкоголь (Рапортта, трубки Мохова-Шинкаренко и "Контроль трезвости"), неизбирателен по отношению к этиловому спирту. Указанные способы дают положительные результаты и при наличии в выдыхаемом воздухе

ряда других летучих веществ, например, ацетона, эфиров, метанола. В связи с этим в практике экспертизы алкогольного опьянения перечисленные методы используются как предварительные пробы. Доказательное значение имеет лишь отрицательный результат качественных проб и исследований с помощью прибора ППС-1 или сочетание положительных реакций с клинической картиной опьянения. В ряде случаев у освидетельствуемого необходимо отбирать на исследование жидкие биологические среды (мочу, слюну, либо кровь) для проведения количественного определения алкоголя в них предпочтительно методом газовой хроматографии.

**Письмо Министерства здравоохранения РФ**  
**«О контроле обоснованности вынесенных заключений**  
**о состоянии опьянения»**  
№ 2510/11918-32 от 02.11.2000г.

Для рассмотрения спорных случаев, связанных с вынесенными заключениями о состоянии опьянения, приказом Минздрава СССР от 8 сентября 1988 г. № 694 предусматривалась организация при областных (краевых) отделах здравоохранения на базе наркологических диспансеров Контрольных комиссий медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения, а при Минздраве СССР — Центральной контрольной комиссии с аналогичным названием.

Рассматривая вопрос о возможной роли, функции и правах Центральной контрольной комиссии в настоящее время с учетом установленных законодательством разграничений компетенции и полномочий между федеральными органами и органами субъектов Российской Федерации, Минздрав России обратился за разъяснениями по указанному вопросу в Минюст России.

Письмом от 01.12.99 № 10022-ЕС Минюст России сообщил, что «порядок обжалования решений учреждений здравоохранения о признании гражданина находящимся в состоянии опьянения урегулирован Законом Российской Федерации от 27.04.93 3 48866 — 1 «Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан». Общеизвестно, что судебный порядок обжалования решений, могущих нарушать права граждан, является наиболее оптимальным».

С учетом изложенного в настоящее время Минздрав России осуществляет рассмотрение жалоб граждан на обоснованность вынесенных вышеуказанных заключений учреждениями органов здравоохранения только при наличии соответствующего направления (определения) в адрес Минздрава России органа прокуратуры, органа дознания, следователя или судьи, либо по письменной просьбе органа управления здравоохранением, в подведомственном которому учреждению было произведено медицинское

освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения.

Первый заместитель Министра

А.И. Вялков

**Разъяснение Департамента развития медицинской помощи и курортного дела  
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации  
Департаменту здравоохранения администрации Томской области  
23.02.2006г. № 302/14**

Департамент развития медицинской помощи и курортного дела, рассмотрев запрос администрации Томской области о финансировании медицинского освидетельствования на состояние опьянения, сообщает.

В случаях, когда медицинское освидетельствование на состояние опьянения является мерой обеспечения производства по делам об административных правонарушениях или доказательством при преступлениях, медицинское освидетельствование проводится за счет бюджета медицинской организации, в которой осуществляется освидетельствование. Учитывая, что при подозрении на опьянение наркотическими средствами или психотропными веществами возникает необходимость проведения химико-токсикологических исследований, при которых достаточно велика стоимость расходных материалов (реагентов), вопросы выделения дополнительных бюджетных средств на эти цели в соответствии с пунктом 6 статьи 44 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» следует решать администрации субъекта Российской Федерации с привлечением руководителей находящихся на территории этого субъекта правоохранительных органов, сотрудники которых наделены полномочиями направлять граждан на медицинское освидетельствование.

Если медицинское освидетельствование проводится гражданину по его личной просьбе без указания с его стороны о совершенном им правонарушении или преступлении, освидетельствование может быть проведено на платной основе за счет средств этого гражданина. Медицинское освидетельствование работников на состояние опьянения в рамках трудовых отношений, по мнению Департамента, с учетом абзаца 5 статьи 21 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и статей 213 и 328 Трудового кодекса Российской Федерации должно осуществляться за счет средств работодателей, которые заключили необходимые договоры с медицинской организацией, имеющей право на проведение медицинского освидетельствования на состояние опьянения.

Директор Департамента

Г.Ч. Махакова.

**Письмо Федерального фонда ОМС**  
**«Об оплате расходов медицинских организаций на проведение обследования и**  
**лечебно-оздоровительных мероприятий граждан при постановке их на**  
**воинский учет и призыве на военную службу»**  
**от 17 февраля 2006г. N 1136/30-3/и**

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в связи с поступающими из территориальных фондов обязательного медицинского страхования запросами об оплате за счет средств ОМС расходов медицинских организаций на проведение обследования и лечебно-оздоровительных мероприятий граждан при постановке их на воинский учет и призыве на военную службу сообщает следующее.

Федеральным законом от 31.12.2005 N 199-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий" внесены соответствующие изменения и дополнения в Федеральный закон от 28.03.1998 N 53-ФЗ "О воинской обязанности и военной службе" (далее - Закон), в том числе упомянутый Закон дополнен статьей 5.1 "Медицинское освидетельствование и медицинское обследование граждан в связи с исполнением воинской обязанности или поступлением на военную службу по контракту", статьи 16 и 30 признаны утратившими силу.

Согласно части второй пункта 1 статьи 5 Закона проведение мероприятий по медицинскому обследованию при первоначальной постановке на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования, призыве на военные сборы осуществляется медицинскими организациями по направлению военных комиссариатов.

В соответствии со статьей 5.1 Закона граждане при постановке на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования, призыве на военные сборы, а также граждане, ранее признанные ограниченно годными к военной службе по состоянию здоровья, проходят медицинское освидетельствование врачами-специалистами: терапевтом, хирургом, невропатологом, психиатром, окулистом, оториноларингологом, стоматологом, а в случае необходимости - врачами других специальностей (пункт 1).

Порядок организации и проведения медицинского освидетельствования граждан, указанных в пункте 1 упомянутой статьи, определяется Положением о военно-врачебной экспертизе, утверждаемым Правительством Российской Федерации (пункт 3).

В случае невозможности вынесения медицинского заключения о годности гражданина к военной службе по состоянию здоровья в ходе медицинского освидетельствования

гражданин направляется на амбулаторное или стационарное медицинское обследование в медицинскую организацию (пункт 4).

В случае необходимости гражданин при постановке на воинский учет может быть направлен в медицинскую организацию для проведения лечебно-оздоровительных мероприятий в соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (пункт 5).

Финансовое обеспечение медицинского обследования граждан, указанных в п. 1 упомянутой статьи, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (пункт 7),

Положение о военно-врачебной экспертизе утверждено Постановлением Правительства Российской Федерации от 25.02.2003 N 123. Правила компенсации расходов, понесенных организациями и гражданами Российской Федерации в связи с реализацией Федерального закона "О воинской обязанности и военной службе" (далее - Правила), утверждены Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 N 704.

В соответствии с пунктом 2 Правил компенсации подлежат расходы организаций и граждан, связанные: с выплатой среднего заработка (с учетом соответствующих начислений на фонд оплаты труда) врачам-специалистам и среднему медицинскому персоналу, возмещением расходов по их проезду в другую местность и обратно, найму (поднайму) жилья, а также командировочных (суточных) расходов в случае участия указанных лиц в проведении следующих мероприятий:

- медицинское освидетельствование граждан в связи с постановкой на воинский учет, призывом на военную службу, поступлением в военное образовательное учреждение профессионального образования, поступлением на военную службу по контракту, призывом на военные сборы;
- медицинское переосвидетельствование граждан, ранее признанных ограниченно годными к военной службе по состоянию здоровья;
- медицинский осмотр граждан, не пребывающих в запасе, призванных на военную службу, перед их направлением к месту прохождения военной службы;
- контрольное медицинское освидетельствование граждан, получивших освобождение от призыва на военную службу по состоянию здоровья, и граждан, заявивших о несогласии с заключением об их годности к военной службе по результатам медицинского освидетельствования.

Компенсация расходов, указанных в пункте 2 Правил, осуществляется за счет средств федерального бюджета, предусмотренных на эти цели Министерству обороны Российской Федерации.

Согласно Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 N 5487-1 (в ред. от 22.08.2004 N122-ФЗ) гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (статья 20).

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 год, включающая в себя базовую программу обязательного медицинского страхования (далее -Программа), утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.07.2005 N 461.

Базовая программа обязательного медицинского страхования реализуется за счет средств обязательного медицинского страхования. На основе Программы органы государственной власти субъектов Российской Федерации разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования.

Территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи могут предусматривать предоставление дополнительных объемов и видов медицинской помощи за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

В соответствии с Законом Российской Федерации от 28.06.1991 N1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" обязательное медицинское страхование обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования (статья 1).

Соответственно, из средств обязательного медицинского страхования подлежат оплате расходы медицинских организаций на медицинское обследование граждан при постановке на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования, призыве на военные сборы, а также граждан, ранее признанных ограниченно годными к военной службе по состоянию здоровья, и расходы на лечебно-оздоровительные мероприятия граждан при постановке на воинский учет, проводимые в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Директор

А.М. Таранов



**Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации  
от 21 апреля 1999г. № 2510/4561-99-32**

Руководителям органов  
управления здравоохранением  
субъектов Российской Федерации

О проведении медицинского  
освидетельствования в  
наркологических учреждениях

В Минздрав России обратилось Главное управление Государственной инспекции безопасности дорожного движения МВД России с информацией, что некоторые местные органы здравоохранения предлагают руководителям региональных ГИБДД осуществлять оплату за проведение медицинского освидетельствования граждан на состояние опьянения с заключением договоров на выполнение этой деятельности.

В связи с изложенным Минздрав России разъясняет, что проведение медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения, осуществляемое наркологическими учреждениями (подразделениями) по направлениям правоохранительных органов, является одним из обязательных видов деятельности наркологических учреждений и должно осуществляться исключительно на бюджетной основе без взимания платы как с освидетельствуемых граждан, так и с региональных ГИБДД.

В случае, если обследуемый гражданин не согласен с результатами проведенного освидетельствования и по собственной инициативе обращается с просьбой о проведении повторного освидетельствования, такое может расцениваться как дополнительная медицинская услуга и осуществляться за плату в соответствии с Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 13 января 1996г. № 27.

Заместитель Министра

А.И. Вялков

**Письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской  
федерации от 20 декабря 2006г. п 6840-вс**

**«О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения водителей  
транспортных средств»**

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации в связи с поступающими обращениями по вопросам проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортными

средствами, а также представленными Главным Государственным инспектором безопасности дорожного движения Российской Федерации сведениями о том, что более 60 тыс. дел по административным правонарушениям были прекращены судами по причине некачественного оформления актов медицинского освидетельствования, разъясняет.

Приказом Минздравсоцразвития России от 10 января 2006г. N 1 "О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 июля 2003 г. N 308" внесены изменения в Приказ Минздрава России от 14 июля 2003 г. N 308 "О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения".

Указанный Приказ в официальном порядке действует на территории Российской Федерации с момента его опубликования в "Бюллетене нормативных актов федеральных органов исполнительной власти" от 27.02.2006 N 9.

Вышеуказанным Приказом утверждена новая учетная форма N 307/у-05 "Акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, управляющего транспортным средством" (далее - акт), в соответствии с которой необходимо оформлять результаты проводимого медицинского освидетельствования. Также данным Приказом внесены изменения в Инструкцию по проведению медицинского освидетельствования на состояние лица, которое управляет транспортным средством, и заполнению учетной формы 307/у-05 "Акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством" (далее - инструкция), в соответствии с которыми изменен порядок проведения медицинского освидетельствования.

В связи с изменением указанного порядка врачу (фельдшеру), проводящему медицинское освидетельствование на состояние опьянения, необходимо пройти дополнительную специальную подготовку по программе подготовки врачей (фельдшеров), утвержденной приложением N 7 к Приказу Минздрава России от 14 июля 2003 г. N 308.

Прохождение указанной подготовки подтверждается документом произвольной формы с указанием даты выдачи, подписью руководителя наркологического учреждения и печатью учреждения. Срок действия данного документа - 3 года.

По порядку проведения медицинского освидетельствования (далее - освидетельствование) разъясняем следующее.

Акт медицинского освидетельствования должен быть заполнен четким разборчивым почерком, без сокращений, без подчеркивания слов в пунктах акта, отметок "крестиком" или каким-либо иным знаком. При осмотре освидетельствуемого должно быть внимательно оценено состояние всех органов и систем организма согласно требованиям пунктов акта. Клинические признаки опьянения необходимо описывать четко и понятно.

Исследование выдыхаемого воздуха на алкоголь осуществляется во всех случаях проведения освидетельствования. Результаты исследования выдыхаемого воздуха заносятся в акт, В акте должно быть указано название прибора (метода), с помощью которого проводилось определение алкоголя в выдыхаемом воздухе, заводской номер технического средства и дата его последней поверки. При наличии клинических признаков опьянения и отрицательном результате определения алкоголя в выдыхаемом воздухе отбирается проба биологического объекта (кровь или моча) для направления на химико-токсикологическое исследование с целью определения средств (веществ) или их метаболитов (за исключением алкоголя), вызвавших опьянение.

Максимальный срок для получения результатов химико-токсикологических исследований устанавливается органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации. После получения химико-токсикологических результатов их заносят в акт. Таким образом, заключение с состоянием алкогольного опьянения выносится при наличии клинических признаков опьянения и положительных результатах определения алкоголя в выдыхаемом воздухе. При этом в пункте 16 акта отмечается, что забор биологического объекта для химико-токсикологического исследования не осуществлялся.

Заключение о состоянии опьянения в результате употребления наркотических средств, психотропных или иных веществ, вызывающих опьянение, выносится при наличии клинических признаков опьянения и обнаружении при химико-токсикологическом исследовании биологического объекта одного или нескольких из наркотических средств, психотропных веществ или иных, вызывающих опьянение веществ или их метаболитов, вне зависимости от их концентрации (количества).

Заключение о наличии опьянения неустановленным веществом выносится при наличии клинических признаков опьянения отрицательных результатах исследования на наличие алкоголя в выдыхаемом воздухе и невозможности лабораторным путем установить наличие в организме исследуемого наркотического средства, психотропного вещества или иного вызывающего опьянения.

Обращаем внимание, что при оформлении акта окончательное заключение о состоянии освидетельствуемого на момент освидетельствования заносится в документ только в виде двух следующих формулировок: "состояние опьянения не установлено" и "установлено состояние опьянения".

В тех случаях, когда выносится заключение о наличии алкогольного опьянения, акт подписывается врачом (фельдшером), проехавшим освидетельствование, и заверяется печатью медицинской организации, в которой проводилось освидетельствование.

В остальных случаях акт подписывается руководителем (заместителем руководителя) медицинской организации и врачом (фельдшером), проводившим освидетельствование, а при его отсутствии - одним из врачей (фельдшеров) этой медицинской организации, прошедших соответствующую специальную подготовку по вопросам проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортными средствами.

Одновременно направляем перечень зарегистрированных индикаторов алкогольных паров отечественного и зарубежного производства, разрешенных к применению при проведении медицинского освидетельствования на состояние опьянения.

Заместитель министра

В.И. Стародубов

### **Письмо Росздравнадзора**

#### **«О повышении качества проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения» от 30.05.2006г. №01И-442/06**

В последнее время в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации поступают многочисленные обращения граждан, а также врачей психиатров-наркологов и врачей общей практики, связанные с вопросами проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения.

Анализ материалов показывает, что ошибки, имеющие место при проведении указанного медицинского освидетельствования, чаще всего обусловлены следующими причинами:

- недостаточным знанием врачами, проводящими освидетельствование, содержания нормативных актов по данному вопросу;
- невнимательным осмотром освидетельствуемого;
- небрежным заполнением акта медицинского освидетельствования;
- необоснованным вынесением заключения по результатам освидетельствования.

Врачи, проводящие медицинское освидетельствование на состояние опьянения, обязаны пройти соответствующее обучение и в первую очередь должны знать требования нормативных документов по этому вопросу. В настоящее время, медицинское освидетельствование лица, которое управляет транспортным средством, производится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10.01.2006 № 1 «О внесении изменений в приказ Министерства

здравоохранения Российской Федерации от 14.07.2003 № 308», «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения».

При освидетельствовании других лиц реализуются требования Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.08.2003 г. №399 «О признании не действующими на территории Российской Федерации документов Министерства здравоохранения СССР», в соответствии с которой временная инструкция Министерства здравоохранения СССР от 01.09.1988 № 06-14/33-14 «О порядке медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения» и методические указания Министерства здравоохранения СССР от 01.09.1988 № 06-14/33-14 «Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения», признаны не действующими в части медицинского

освидетельствования на состояние опьянения лиц, управляющих транспортными средствами.

Частой ошибкой является проведение освидетельствования при отсутствии протокола о направлении на освидетельствование и подписи водителя в этом протоколе. Подпись водителя свидетельствует о согласии на медицинское освидетельствование.

Отказаться от освидетельствования водитель может и в его процессе. В случае отказа освидетельствуемого от освидетельствования в журнал заносится запись: «от освидетельствования отказался». В случае отказа освидетельствуемого от того или иного предусмотренного вида исследования в рамках проводимого освидетельствования, освидетельствование прекращается. Акт не заполняется, а в протоколе направления на освидетельствование и в журнал заносится запись: «от освидетельствования отказался».

При осмотре освидетельствуемого должно быть внимательно оценено:

- состояние всех органов и систем организма согласно требований пунктов акта медицинского освидетельствования;
- речь и походка, а также другие нарушения, которые могут являться прямыми признаками не только опьянения, но и могут быть расценены как проявления заболеваний;
- исследования выдыхаемого воздуха на алкоголь (проведение обязательно).

Вопросы применения различных технических средств при проведении медицинского освидетельствования отражены в циркулярных информационных письмах Департамента организации и развития медицинской помощи населению Минздрава РФ от 02.02.2004 № 10-04/б-инф. и от 12.05.2004. № 10-04/б-инф. К письмам приложены перечни разрешенных к применению медицинских изделий для измерительных и индикаторных исследований на наличие наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя в организме человека.

При наличии клинических признаков опьянения и отрицательных результатах исследования выдыхаемого воздуха на алкоголь производится отбор пробы мочи для исследования на наркотические вещества. Исследования производятся в химико-токсикологической лаборатории.

Акт медицинского освидетельствования должен быть заполнен четким разборчивым почерком, все сведения о состоянии освидетельствуемого записываются без сокращений в пунктах акта без подчеркиваний слов, либо отметки «крестиком» или каким-либо иным знаком.

Заключение о состоянии опьянения выносится при наличии клинических признаков опьянения и положительных результатах определения алкоголя в выдыхаемом воздухе либо обнаружении в биологических средах наркотических средств, психотропных или иных, вызывающих опьянение веществ или их метаболитов.

Количественный критерий недопустимого содержания алкоголя в выдыхаемом воздухе, для лиц, управляющих автотранспортом, в настоящее время не установлен.

Руководитель Федеральной службы

Р.У. Хабриев