**ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения**

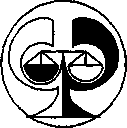
1

**Российской Федерации**

# МЕДИЦИНСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ НА СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ

**(расширенный конспект лекций)**

*Учебное пособие*



### Москва - 2021

УДК 616.89

ББК 56.14

М61

Учебное пособие подготовлено в ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России доцентом Учебно-методического отдела, кандидатом ме- дицинских наук **Е.Г. Минковым.**

Учебное пособие утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России 30 декабря 2020 г., про- токол № 8.

Рецензенты:

**С.Г. Копоров –** кандидат медицинских наук, директор ГБУЗ “Московский научно-практический центр наркологии ДЗ г. Москвы”;

**Б.П. Целинский –** кандидат юридических наук, руководитель отделения правовых основ наркологии ННЦ наркологии – филиала ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России.

М61 Минков Е.Г. **Медицинское освидетельствование на состо- яние опьянения (расширенный конспект лекций):** Учебное посо- бие. – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2021. – 91 с.

*Учебное пособие подготовлено на основе лекций, читаемых в Учебно- методическом отделе* “*НМИЦ ПН им. В.П. Сербского*” *Минздрава России для ординаторов и курсантов. В нем подробно и с уточняющими комментариями описана процедура проведения одного из видов медицинского освидетельство- вания – медицинского освидетельствования на состояние опьянения (МОСО), а также рассмотрен ряд важных аспектов, знание которых требуется для его осмысленного и качественного проведения. В частности, пособие содержит важные сведения об особенностях и содержании химико-токсикологических исследований, необходимых для получения валидных результатов освидетель- ствования на состояние опьянения, и др. Содержание пособия соответствует Основной профессиональной образовательной программе высшего образования по подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности* “*Психиатрия-наркология*”*, разработанной в Учебно-методическом отделе ФГБУ* “*НМИЦ ПН им. В.П. Сербского*” *Минздрава России.*

*Для непрерывного профессионального образования врачей психиатров- наркологов, иных медицинских работников, привлекаемых к проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения.*

**ISBN 978-5-86002-327-7**

© Е.Г. Минков, 2021.

ББК 56.14

© ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2021.

2

### СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений 6

[От автора 8](#_TOC_250030)

1. [Введение: общие положения 9](#_TOC_250029)
   1. [В качестве пролога: употребление психоактивных веществ “за рулем” – прямой путь к трагедии 9](#_TOC_250028)
   2. [Понятие “медицинское освидетельствование” 11](#_TOC_250027)
   3. [Основные нормативные правовые акты, регламентирующие направление на МОСО и его проведение 12](#_TOC_250026)
   4. [Юридические аспекты проведения МОСО 14](#_TOC_250025)
2. [Освидетельствование на состояние алкогольного опьянения (не медицинское), выполняемое сотрудниками ГИБДД или ВАИ 18](#_TOC_250024)
   1. [Категории водителей, подлежащих освидетельствованию на состояние алкогольного опьянения (не медицинскому) 18](#_TOC_250023)
   2. Особенности проведения ОСАО и критерии установления состояния алкогольного опьянения

при его осуществлении 18

1. Цель, основания проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения

и контингенты лиц, ему подлежащих 22

* 1. [Цель и основания проведения МОСО 22](#_TOC_250022)
  2. [Контингенты лиц, подлежащих МОСО 23](#_TOC_250021)
  3. Критерии, определяющие направление на МОСО лиц, совершивших административное

правонарушение (кроме “водителей”) 24

1. [Различия между установлением “состояния опьянения” при МОСО и диагностикой “острой интоксикации/опьянения” по МКБ-10 28](#_TOC_250020)
   1. Различные понимания понятия

[“состояние опьянения”/ “острая интоксикация” 28](#_TOC_250019)

* 1. [Диагностика “острой интоксикации” согласно критериям МКБ-10 28](#_TOC_250018)
  2. Понимание термина “состояние опьянение” применительно к процедуре МОСО 29

1. [Порядок проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения 35](#_TOC_250017)
   1. [Что входит в совокупность методов МОСО 35](#_TOC_250016)
   2. [Первый шаг МОСО – исследование выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя 37](#_TOC_250015)
   3. [Второй шаг МОСО – опрос и осмотр освидетельствуемого для выявления клинических признаков опьянения 38](#_TOC_250014)
   4. Третий шаг МОСО и различия в его содержании у “водителей” и других контингентов

освидетельствуемых 40

1. [Химико-токсикологические исследования (ХТИ), необходимые для вынесения заключения](#_TOC_250013)

[по результатам МОСО 46](#_TOC_250012)

* 1. [Регламентация и основные характеристики ХТИ, необходимых для вынесения заключения](#_TOC_250011)

[по результатам МОСО 46](#_TOC_250010)

* 1. Алгоритм работы с пробами биологических объектов, направляемыми на ХТИ:

отбор, отправка в “лаборатории” и хранение 48

* 1. Предварительные ХТИ 57
  2. Подтверждающие ХТИ 61

1. [Оформление результатов медицинского освидетельствования на состояние опьянения 72](#_TOC_250009)
   1. [Вынесение медицинского заключения](#_TOC_250008)

[по результатам МОСО в отношении “водителей” 72](#_TOC_250007)

* 1. [Вынесение медицинского заключения](#_TOC_250006)

[по результатам МОСО в отношении “неводителей”. 74](#_TOC_250005)

* 1. [Вынесение медицинского заключения](#_TOC_250004)

[“от медицинского освидетельствования отказался”. 75](#_TOC_250003)

* 1. [Другие важные аспекты заполнения “Акта” 76](#_TOC_250002)

7.5 Уязвимые места действующего “Порядка”

проведения МОСО 78

1. [На “десерт”: “синдром автопивоварни” 83](#_TOC_250001)

[Приложение 1](#_TOC_250000)

Основные нормативно-правовые акты,

содержащие положения, касающиеся регламентации медицинского освидетельствования на состояние опьянения 85

Список литературы 87

**Список сокращений, применяемых в данной работе**

**“Акт”** – “Акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)” (Форма № 307/у-05, Приложение № 2 к Приказу МЗ РФ от 18.12.2015 г.

№ 933н)

**ВАИ** – Военная автомобильная инспекция ВС РФ

**ГИБДД** – Государственная инспекция безопасности дорожного движения

**ДТП** – дорожно-транспортное происшествие

**ИХА** – иммунохроматографический анализ

**КоАП РФ** – Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 г. № 195-ФЗ

**“Лаборатории”** – клинико-диагностические или химико-токси- кологические лаборатории наркологических диспансеров (нарколо- гических больниц) или иных медицинских организаций, в которых проводятся химико-токсикологические исследования для вынесения медицинского заключения по результатам медицинского освидетель- ствования на состояние опьянения

**МКБ-10** – Международная классификация болезней 10-го пере- смотра

**МО** – медицинское освидетельствование, т.е. “совокупность мето- дов медицинского осмотра и медицинских исследований, направлен- ных на подтверждение такого состояния здоровья человека, которое влечет за собой наступление юридически значимых последствий” (часть 1 статьи 65 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ)

**МОСО** – медицинское освидетельствование на состояние опья- нения (алкогольное, наркотическое или иное токсическое), осущест- вляемое в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, проведение которого регламентируется в настоящее время Приказом Минздрава России от 18.12.2015 г. № 933н

**“Направление”** – “Направление на химико-токсикологические исследования” (Приложение №7 к Приказу МЗСР РФ от 27.01.2006 г.

№ 40)

**ОСАО** – освидетельствование на состояние алкогольного опьяне- ние, которое уполномочены проводить сотрудники ГИБДД или ВАИ в соответствие с Постановлением Правительства РФ от 26.06.2008 г.

№475

**ПАВ** – психоактивные вещества

**“Порядок”** – “Порядок проведения медицинского освидетельство- вания на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)” (Приложение № 1 к приказу Минздрава РФ от 18 декабря 2015 г. № 933н)

**ПП РФ №475** – Постановление Правительства РФ от 26.06.2008 г.

№ 475 “Об утверждении Правил освидетельствования лица, которое управляет транспортным средством, на состояние алкогольного опья- нения и оформления его результатов, направления указанного лица на медицинское освидетельствование на состояние опьянения, меди- цинского освидетельствования этого лица на состояние опьянения и оформления его результатов...”

**“Правила ХТИ”** – “Правила проведения химико-токсиколо- гических исследований при медицинском освидетельствовании” (Приложение №3 к “Порядку проведения медицинского освидетель- ствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)”, утвержденному Приказом МЗ РФ № 933н)

**Приказ № 40** – Приказ МЗСР РФ от 27.01.2006 г. № 40 “Об орга- низации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ”

**Приказ № 933н** – Приказ Минздрава РФ от 18.12.2015 г. № 933н “О порядке проведения медицинского освидетельствования на со- стояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токси- ческого)”

**“Рекомендации по организации ХТИ”** – “Рекомендации по организации работы по отбору, транспортировке и хранению био- логических 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 №2 к Приказу МЗСР РФ от 27.01.2006 г. № 40)

**“Синдром АПВ”** – “синдром автопивоварни” – редкое заболе- вание, при котором наблюдается массивный процесс брожения в кишечнике больного, сопровождающийся превращением углеводов в этанол, что приводит к повышению его концентрации в сыворотке крови больного до нефизиологического уровня

**УК РФ** – Уголовный кодекс РФ

**ХТИ** – химико-токсикологические исследования.

# От автора

Целью данного пособия было не только желание ознакомить читателей с порядком и особенностями проведения МОСО, но и объяснить значимость отдельных его составляющих, правомер- ность их включения в данную процедуру, а также предоставить более широкие и полноценные знания об иных аспектах, свя- занных с осуществлением МОСО: юридических, социальных и медицинских. Выполнение этой цели потребовало дополнить пособие некоторыми более подробными сведениями юридичес- кого характера, развернутыми данными о содержании химико- токсикологических исследований, информацией о некоторых болезненных состояниях, сопровождающихся повышением концентрации эндогенного этанола в организме человека, указанием на отдельные уязвимые места в действующей регла- ментации осуществления МОСО и возможности ее улучшения. Мне хотелось бы выразить благодарность, во-первых, рецен- зентам – кандидату медицинских наук С.Г. Копорову и, в осо- бенности, кандидату юридических наук Б.П. Целинскому, а, во- вторых, доктору медицинских наук, профессору Т.В. Клименко за ряд сделанных ими при прочтении первоначального вари- анта пособия ценных дополнений и замечаний. Их учет по- зволил устранить ряд недостатков данного пособия, уточнить некоторые приведенные в нем положения, сделать изложение некоторых его разделов более ясным и в целом улучшить его

качество.

# Введение: общие положения

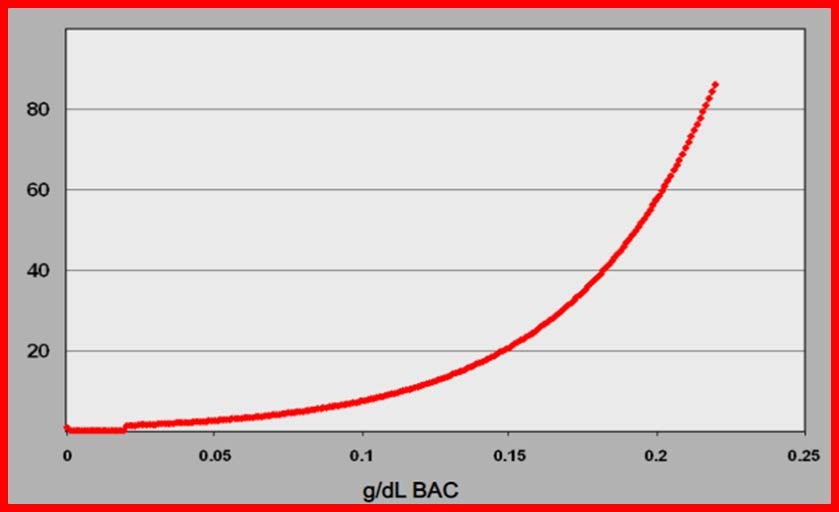
## В качестве пролога: употребление психоактивных веществ “за рулем” – прямой путь к трагедии

В настоящее время в России достигнут определенный про- гресс в снижении смертности от дорожно-транспортных проис- шествий (далее – ДТП): в 2019 г. по данным Росстата стандарти- зированный показатель смертности, связанной с ДТП, составил 11,6 на 100 тыс. населения [8], при том, что в 1991–2015 гг. он не сокращался ниже чем 17 на 100 тыс. населения, а максимум наблюдался в 1991 г. – 26,9 на 100 тыс. населения [21]. Однако такое положение вещей все равно не может оцениваться как удовлетворительное. Так, для сравнения: в 2015 г. в странах Европейского региона данный показатель в среднем составлял 8,4, в странах-членах Евросоюза – 4,5, а в странах Северной Европы и того меньше – 2,8 [3]. При этом в России, начиная с 1965 г., динамика смертности при ДТП имеет сходную дина- мику с показателем смертности от отравлений алкоголем [21], являющимся наиболее валидным косвенным показателем общего потребления спиртных напитков. То есть, чем больше потребление алкоголя, тем больше гибнет людей на дорогах по вине пьяных водителей.

О сохраняющемся в нашей стране неудовлетворительном положении с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ (далее – ПАВ) лицами, управляющими транспортными средствами, говорит еще и тот факт, что при общем снижении количества ДТП в России с 2007 по 2019 г. на 29,7% количество ДТП, связанных с опьянением водителей, напротив, выросло на 1,1%, составив при этом 9,6% от всех ДТП (для сравнения: в 2007 г. – 6,7%) [2]. Аналогично, при общем снижении за указан- ный период количества лиц, погибших в ДТП, на 49% количест- во лиц, погибших в “пьяных” ДТП, выросло на 68,8%, составив в 2019 г. 25,4% от всех погибших в ДТП (для сравнения: в 2007 г. – 7,7%) [2]. И если более высокие цифры “пьяных” ДТП в 2014–2019 гг. по сравнению с 2007–2013 гг. можно объяснить изменением законодательства, которое установило с 2014 г.

обязательное медицинское освидетельствование на состояние опьянения водителей после участия в ДТП, повлекшем легкое или средней тяжести вреда здоровью потерпевшего, то подоб- ным же образом объяснить более высокие показатели “пьяных” ДТП со смертельным исходом в 2015–2019 гг., по сравнению с 2007–2013 гг., уже сложнее.

Впрочем, наверное, будет излишним много говорить о том, что и так всем абсолютно ясно – об опасности употребления алкоголя и других ПАВ людьми, выполняющими любую важ- ную деятельность, связанную с потенциальной возможностью причинения ущерба или вреда себе или окружающим и тре- бующую активного внимания, точности и ясности восприятия, быстроты реакции, как, например, управление любым транс- портом. Для наглядности прямой связи между употреблением ПАВ, а именно алкоголя, и риском тяжелой аварии достаточно взглянуть на *рис. 1*.



**Рис. 1.** Связь относительного риска фатального ДТП и концентрации алкоголя в крови

(по оси ординат – степень риска ДТП, по оси абсцисс – содержание алкоголя в крови в Blood Alcohol Concentration – BAC; 1 BAC = 10 г/л, а 0,1 BAC = 1 г/л или ~1‰.). Источник: Zador P.L. et al., 2000 [29].

Из *рис. 1* отчетливо следует, что риск фатальной аварии слегка повышается уже при концентрации приблизительно в 0,35 г (т.е. 0,035 BAC) чистого алкоголя на литр крови (г/л), а при 1,5 г/л и 2,2 г/л он, соответственно, в 20 и 80 раз выше, чем в ситуации, когда водитель трезв.

В связи со всем вышеизложенным, осознание водителями транспортных средств того, что вождение автомобиля в не- трезвом состоянии категорически запрещено и подлежит на- казанию по закону и что они могут быть освидетельствованы на состояние опьянения во время вождения ими автомобиля и наказаны за вождение автомобиля в пьяном виде, само по себе является важнейшей профилактической мерой, предотвращаю- щей гибель многих тысяч людей. Именно это делает значимым институт освидетельствования, в том числе медицинского, водителей транспортных средств на состояние опьянения и требует постоянного усовершенствования его правового, орга- низационного и технического обеспечения.

## Понятие “медицинское освидетельствование”

Медицинское освидетельствование (далее – МО) – это “со- вокупность методов медицинского осмотра и медицинских ис- следований, направленных на подтверждение такого состояния здоровья человека, которое влечет за собой наступление юриди- чески значимых последствий” (часть 1 статьи 65 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ [23]). Акцент на том, что результат проведения МО значим, прежде всего, юридически, означает, что МО содержит элементы экспертной работы. Как справедливо подмечено В.Ф. Егоровым [4, с.34], “Результаты медицинского освидетельствования по сути носят характер экс- пертных заключений”. Действительно, и МО, и медицинская экспертиза направлены на определение состояния здоровья субъекта не для последующей коррекции здоровья этого субъ- екта (т.е. его лечения), а в первую очередь в целях принятия в отношении него определенного юридически значимого реше- ния: например, допустить ли его к какой-либо деятельности, определить ли ему меры социальной защиты, привлечь ли его

к административной ответственности и т.п. Таким образом, не случайно, что понятие “медицинское освидетельствование”, как и понятие “медицинская экспертиза” вводятся и определяются в одной и той же Главе 7 ФЗ №323-ФЗ “Медицинская экспертиза и медицинское освидетельствование” [23].

Одним из видов МО, согласно части 2 статьи 65 ФЗ №323- ФЗ, является *медицинское “освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсиче- ского)”*, т.е. на опьянение алкоголем, иными психоактивными или одурманивающими 1 веществами.

Медицинское освидетельствование на состояние опьянения (далее – МОСО) осуществляется в случаях, установленных законодательством Российской Федерации (статья 44 ФЗ от 08.01.1998 г. №3-ФЗ [22]; статьи 27.1., 27.12. и 27.12.1. “Кодекса

Российской Федерации об административных правонаруше- ниях” – далее КоАП РФ [7] и др.), а порядок направления на него отдельных категорий лиц и правила его осуществления регламентируются рядом нормативных правовых документов.

## Основные нормативные правовые акты, регламентирующие направление на МОСО и его проведение

Правительственным нормативно-правовым актом, регла- ментирующим направление на МОСО и его проведение конкрет- но в отношении лиц, управляющих транспортным средством, является *Постановление Правительства РФ от 26.06.2008 г.*

*№475 “Об утверждении Правил освидетельствования лица,*

1 Одурманивающие вещества – термин, не имеющий однозначного тол- кования, но обычно под ними понимают различного происхождения субстан- ции, влияющие на психофизиологические функции субъекта и изменяющие его сознание, не признанные официально наркотическими средствами или психотропными веществами и не обязательно являющиеся психоактивными в том смысле, что не обязательно способны вызывать синдром зависимости. Как правило, подразумевается, что именно одурманивающие вещества спо- собны вызывать “иное токсическое” опьянение. К ним относятся, например, некоторые медикаменты, летучие органические растворители, экстракты растений, имеющих галлюциногенные свойства (экстракт дурмана и др.) и т.п.

*которое управляет транспортным средством, на состояние алкогольного опьянения...” (далее – ПП РФ №475)* [12]. А прави- тельственным нормативно-правовым актом, регламентирующим направление на МОСО лиц, совершивших административные правонарушения (кроме водителей транспортных средств), является *Постановление Правительства РФ от 23.01.2015 г.*

*№37 “Об утверждении Правил направления на медицинское ос- видетельствование на состояние опьянения лиц, совершивших административные правонарушения”* [13].

Нормативным правовым актом Минздрава России, регла- ментирующим осуществление МОСО и определение состояния опьянения у всех категорий лиц, которые согласно законода- тельству РФ подлежат МОСО, в настоящее время является *Приказ Минздрава РФ от 18.12.2015 г. №933н “О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсическо- го)” (далее – Приказ №933н)* [16], которым утвержден “Порядок проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения...” (далее – “Порядок”).

Дополнительно можно отметить, что медицинское освиде- тельствование на состояние опьянения – не единственный вид МО, в проведении которого участвует врач психиатр-нарколог. Он выполняет также важную роль при таких видах МО, как

1) медицинское освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, порядок которого опре- деляется *Приказом Минздрава РФ от 30 июня 2016 г. №441н “О порядке проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и химико-токсикологических исследований наличия в организ- ме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов”*, и 2) обязательное медицинское освиде- тельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств), порядок которого определя- ется *Приказом Минздрава РФ от 15 июня 2015 г. №344н “О проведении обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)”*. Рассмотрение особенностей проведе-

ния этих видов МО и участия в них врача психиатра-нарколога не входит в цели данного пособия.

## Юридические аспекты проведения МОСО

С опорой на системный анализ соответствующей норматив- ной базы сделан вывод [24], что перед проведением субъекту МОСО взятие у него информированного добровольного согласия в письменном виде на эту процедуру не требуется. Конечно, фактически он дает или не дает согласие на эту процедуру своим поведением: если выполняет определенные указания медработника, осуществляющего МОСО, – то дает согласие, если же не выполняет – то нет. Важно, что если субъект согласие на проведение МОСО не дает, то тогда оно ему осуществлено не будет, т.к. в принудительном порядке, то есть помимо его воли, оно не проводится. Действительно, если рассматривать перечисленные в части 9 статьи 20 ФЗ № 323-ФЗ [23] случаи, когда медицинское вмешательство может проводиться без со- гласия гражданина, то сложно подвести МОСО под любой из этих случаев. То, что МОСО не выполняется в принудительном режиме, отличает его от судебно-медицинской или судебно-пси- хиатрической экспертизы живого лица. Такие экспертизы по решению суда или иных уполномоченных на это органов или лиц при необходимости могут осуществляться в принудитель- ном порядке, т.е. помимо воли субъекта (например, подозрева- емого или обвиняемого в совершении преступления).

Единственным исключением, при котором освидетельство- вание для “выявления состояния опьянения” может осущест- вляться без согласия освидетельствуемого, т.е. в принудитель- ном порядке, является освидетельствование, производимое в рамках предварительного расследования в порядке статьи 179 Уголовно-процессуального кодекса РФ и выполняемое следо- вателем, который при необходимости “привлекает к участию в производстве освидетельствования врача” [20]. В данном случае процедура освидетельствования, строго говоря, относится уже не к категории МОСО, регламентируемого соответствующи- ми ведомственными нормативными актами, т.е. приказами

Минздрава РФ, а является следственным действием, прово- димым в соответствии с Уголовно-процессуальным кодексом. В этой ситуации постановление следователя о производстве освидетельствования *является обязательным для освидетель- ствуемого лица*.

Итак, фактически субъект может отказаться от МОСО, просто не выполняя указания осуществляющего его медработ- ника. Но такой отказ, если субъект направлен на МОСО на законных основаниях, сам по себе *образует самостоятельный состав административного правонарушения, влечет за собой административную ответственность и, соответственно, наказание*. При этом отказом считается не только прямое несо- гласие на МОСО или на отдельные его составляющие (осмотр и пр.), но и попытки фальсификации своего состояния в ходе выполнения освидетельствования (пункт 19 “Порядка” [16]).

При отказе от МОСО наказание может составлять:

* для водителя транспортных средств – штраф 30 тыс. руб. с лишением водительских прав на срок от 1,5 до 2-х лет (часть 1 статьи 12.26. КоАП РФ);
* для потребившего наркотики или психотропные веще- ства без назначения врача - штраф от 4000 до 5000 руб. или арест до 15 суток (часть 1 статьи 6.9. и часть 2 статьи

20.20. КоАП РФ);

* в ряде других ситуаций - при неповиновении законному распоряжению должностного лица – штраф от 500 до 1000 руб. или арест до 15 суток (статья 19.3. КоАП РФ).

С учетом сказанного, направленному на МОСО лицу следует подробно разъяснить последствия отказа от этой процедуры и попыток фальсификации своего состояния при ее прохождении. Существует мнение, что хотя, согласно действующему за- конодательству, отказ от МОСО и влечет административную ответственность, но зато позволяет субъекту избежать попада- ния в поле зрения наркологической службы и, следовательно, уклониться от установления наркологического диагноза – часто в таких случаях вполне обоснованного. И тогда этот субъект мо- жет избежать и наложения на него вполне обоснованных огра-

ничений по допуску к выполнению работ или иных занятий, медицинским противопоказанием к которым является наличие наркологического расстройства. Таким образом, действительно, в рассматриваемом контексте отказавшийся от МОСО попадает в более выгодное положение, чем согласившийся на него, когда у последнего устанавливается состояние опьянения. Конечно, можно возразить, что само по себе однократно установленное состояние опьянения еще не является признаком наркологичес- кой патологии. И имеет ли тогда принципиальное значение – выявлено ли состояние опьянения или нет? Но, если, допустим, состояние опьянения установлено у лица, управляющего транс- портным средством, то в такой ситуации критически значимым является не просто факт выявления состояния опьянения, а факт выявления такого состояния у лица, которое управляет источником повышенной опасности, каковым является транс- портное средство, например, автомобиль. Поэтому проведение, по крайней мере, комплекса профилактических вмешательств по отношению к лицу, даже не имеющему наркологической патологии, но которое, скорее всего, и отказалось от МОСО, потому что употребило какое-то ПАВ перед тем, как сесть за руль, является вполне закономерным и обоснованным. Исходя из сказанного, вариантом более справедливого разрешения данной коллизии может быть внесение в действующее за- конодательство поправок, создающих возможность обязать в судебном порядке субъекта, прежде всего, водителя транс- портного средства, отказавшегося от прохождения МОСО без веской причины, пройти платный, четко регламентированный информационно-образовательный курс профилактической направленности на тему безопасности дорожного движения со сдачей экзамена. Уклонение от прохождения этого курса должно, опять же, вести к административной ответственности.

Контрольные вопросы по **разделу 1**

1. Какова динамика показателя смертности от дорожно- транспортных происшествий в России за последние 10 лет и какая существует связь между этим показателем и показателем смертности от отравлений алкоголем?
2. Как изменились в России в 2019 г. по сравнению с 2007 г. следующие показатели: общее количество ДТП, количество “пьяных” ДТП и количество “пьяных” ДТП со смертельным исходом?
3. Во сколько раз повышается риск фатального ДТП при повышении концентрации этилового спирта в крови водителя с 0,1–0,2 г/л до 1,5 г/л?
4. Во сколько раз повышается риск фатального ДТП при повышении концентрации этилового спирта в крови водителя с 0,1–0,2 г/л до 2,2 г/л?
5. Дайте определение понятию “медицинское освидетель- ствование”, приведенное в части 1 статьи 65 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ.
6. В чем заключается сходство медицинского освидетель- ствования и медицинской экспертизы?
7. Является ли “медицинское освидетельствование на со- стояние опьянения” (МОСО) одним из видов медицинской экспертизы?
8. Каким нормативно-правовым актом Минздрава России в настоящее время регламентируется осуществление МОСО и определение состояния опьянения у всех категорий лиц, которые согласно законодательству РФ подлежат такому ос- видетельствованию?
9. Требуется ли информированное добровольное согласие субъекта, подлежащего МОСО в соответствии с действующим законодательством, на его проведение?
10. Будет ли МОСО проводиться лицу, направленному на него на законных основаниях, помимо его воли (т.е. в прину- дительном порядке)?
11. Что грозит субъекту, направленному на МОСО на за- конных основаниях, но отказавшемуся от его прохождения?

# Освидетельствование на состояние алкогольного опьянения (не медицинское), выполняемое сотрудниками ГИБДД или ВАИ

## Категории водителей, подлежащих освидетельствованию на состояние алкогольного опьянения (не медицинскому)

Определенные категории лиц, управляющих транспортным средством (далее – “водители”), до направления на МОСО могут подлежать освидетельствованию на состояние алкогольного опьянения (далее – ОСАО), которое уполномочены проводить сотрудники ГИБДД или – лишь водителей-военнослужащих – военной автомобильной инспекции (ПП РФ №475 [12] и часть 2 статьи 27.12 КоАП РФ). *Следует особо обратить внимание на то, что такое освидетельствование проводится исключи- тельно на состояние алкогольного опьянения и не является медицинским*.

ОСАО подлежат две категории водителей:

1. в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что они находятся в состоянии опьянения;
2. допустившие нарушения Правил дорожного движения или эксплуатации транспортного средства, *повлекшие причинение легкого или средней тяжести вреда здоро- вью потерпевшего, и подлежащие привлечению к от- ветственности по статье 12.24. КоАП РФ*.

## Особенности проведения ОСАО и критерии установления состояния алкогольного опьянения при его осуществлении

Достаточными основаниями полагать, что водитель находит- ся в состоянии опьянения, является наличие хотя бы одного из следующих пяти признаков: а) запах алкоголя изо рта; б) неу- стойчивость позы; в) нарушение речи; г) резкое изменение окра- ски кожных покровов лица; д) поведение, не соответствующее

обстановке (пункт 3 “Правил освидетельствования...”, утв. ПП РФ №475 [12]).

Освидетельствование на состояние алкогольного опьянения осуществляется:

* посредством технических средств измерения (професси- ональных алкометров или алкотестеров), фиксирующих результаты исследования на бумажном носителе, разре- шенных к применению и поверенных в установленном порядке;
* в присутствии двух понятых либо с применением виде- озаписи (часть 2 статьи 27.12. КоАП [7]).

По окончании ОСАО составляется акт установленной формы (Приложение №1 к Приказу МВД РФ от 04.08.2008 г. № 676 [14]) с указанием результата освидетельствования.



**Рис. 2.** Проведение ОСАО сотрудником ГИБДД с помощью алкометра.

Результат ОСАО, указанный в акте, может иметь два ва- рианта: 1) установлено или 2) не установлено состояние алко- гольного опьянения. Алкогольное опьянение при ОСАО уста- навливается по данным исследования выдыхаемого воздуха алкотестером – при обнаружении “факта употребления вызы-

вающих алкогольное опьянение веществ, который определяется наличием абсолютного этилового спирта в концентрации, пре- вышающей возможную суммарную погрешность измерений, а именно 0,16 миллиграмма на один литр выдыхаемого воздуха” (Примечание к статье 12.8. КоАП РФ [7]).

На *рис. 2* показано проведение ОСАО сотрудником ГИБДД с помощью алкометра, который, как можно судить по рисунку, не оснащен приспособлением для фиксации результатов из- мерения на бумаге. То есть, в данном случае проведение ОСАО не соответствует пункту 5 “Правил освидетельствования...”, утвержденных ПП РФ № 475 [12], и поэтому вполне вероятно, что полученные результаты измерения содержания алкоголя в выдыхаемом воздухе не будут учитываться в суде, если в по- следующем гражданину не будет проведено МОСО.

А вот направлению на МОСО сотрудником ГИБДД или ВАИ водитель транспортного средства подлежит в следующих случаях:

* + при отказе от прохождения ОСАО;
  + при несогласии с результатами ОСАО;
  + при наличии достаточных оснований полагать, что води- тель “находится в состоянии опьянения, и отрицательном результате” ОСАО (часть 1.1. статьи 27.12. КоАП РФ [7]).

В случае направления на МОСО должностным лицом со- ставляется соответствующий протокол по утвержденной форме (Приложение №2 к Приказу МВД РФ от 4.08.2008 г. №676 [14]).

Контрольные вопросы по **разделу 2**

1. Какие категории водителей подлежат освидетельство- ванию на состояние опьянения, проводимому сотрудниками ГИБДД или ВАИ?
2. Назовите любые три из пяти признаков, наличие хотя бы одного из которых у водителя является достаточным основани- ем для сотрудника ГИБДД полагать, что водитель находится в состоянии опьянения, и освидетельствовать его на состояние опьянения.
3. Каким образом, т.е. посредством чего сотрудник ГИБДД проводит освидетельствование водителя на состояние алко- гольного опьянения?
4. Какой результат исследования выдыхаемого воздуха по- зволяет сотруднику ГИБДД установить (определить) у водителя состояние опьянения?
5. Перечислите три условия, при которых водитель транс- портного средства подлежит направлению сотрудником ГИБДД (или ВАИ) на МОСО.

# Цель, основания проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения и контингенты лиц, ему подлежащих

## Цель и основания проведения МОСО

Целью МОСО “является установление наличия или отсут- ствия состояния опьянения, фактов употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных, новых потенциально опасных психоактивных, одурманивающих или иных вы- зывающих опьянение веществ в случаях, установленных за- конодательством Российской Федерации” (пункт 2 “Порядка”, утвержденного Приказом МЗ РФ №933н [16]).

Указание на то, что МОСО проводится в случаях, установ- ленных законодательством РФ, обозначает, что оно проводит- ся либо по направлению разного рода должностных лиц или органов, уполномоченных на это законами РФ (сотрудников правоохранительных органов, суда и др.), либо по инициати- ве лиц, которым проведение МОСО необходимо для защиты своих законных прав. Например, согласно части 6 статьи 27.1. КоАП РФ [7], “уполномоченное лицо вправе” привлекать на- рушителя к МОСО для “обеспечения производства по делу об административном правонарушении”.

Другое, установленное законодательством, основание про- ведения МОСО возникает, в частности, в связи с тем, что, согласно примечанию к статье 12.8. КоАП РФ, лицам, управ- ляющим транспортными средствами, запрещается “употре- бление веществ, вызывающих алкогольное или наркотическое опьянение, либо психотропных или иных вызывающих опьяне- ние веществ” [7]. Поэтому проведение МОСО необходимо для установления факта употребления находящимся за рулем во- дителем указанных веществ. При установлении такого факта водитель подлежит административному либо – если этот факт обусловил уголовно наказуемое деяние – уголовному наказа- нию (например, по статье 264.1 Уголовного Кодекса РФ).

При этом факт употребления ПАВ водителем определяется:

* в случае употребления алкоголя – *наличием абсолютно- го алкоголя в концентрации свыше 0,16 мг на один литр выдыхаемого воздуха или 0,3 и более грамма на один литр крови*2;
* в случае употребления наркотических средств или пси- хотропных веществ – *при обнаружении в организме человека их любых количеств*.

## Контингенты лиц, подлежащих МОСО

В *табл. 1* указаны контингенты лиц, которые в соответствие с действующим законодательством могут подлежать МОСО, и основания для их привлечения к такому освидетельствованию.

*Таблица 1*

**Контингенты лиц, подлежащих МОСО в соответствие с действующим законодательством**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №№ | Контингент | Основание проведения МОСО |
| 1 | Лица, которые управляют транспортным средством (далее  – “водители”) | Протокол о направлении на МОСО, составленный уполно- моченным должностным лицом (чч. 1.1., 3–5 статьи 27.12 КоАП) |
| 2 | Лица, совершившие админи- стративное правонарушение\* (кроме “водителей”, указанных в ч. 1.1 ст. 27.12 КоАП) | Протокол о направлении на МОСО, составленный уполно- моченным должностным лицом (ст. 27.12.1. и ст. 28.3 КоАП) |
| 3 | Лица, которым проведение МОСО необходимо для установ- ления самого факта совершения ими преступления или админи- стративного правонарушения,  а при подтверждении такого факта – соответственно, либо расследования по уголовному делу, либо рассмотрения обсто- ятельств административного правонарушения | Протокол о направлении на МОСО, составленный уполно- моченным должностным лицом (ч.2 ст.27.12.1 КоАП), либо на- правление или постановление уполномоченных должност- ных лиц (п.14 ч.1 ст.13 ФЗ от  7.02.2011 г. №3-ФЗ “О полиции” и ст.179 и 180 УПК РФ) |

2 Поскольку в литературе нередко концентрация алкоголя в крови приводится в промилле (‰), следует помнить, что концентрация алкоголя в крови, обозначаемая в граммах на литр, лишь приблизительно соответствует

его концентрации в промилле. Это обусловлено тем, что 1 мл алкоголя весит 0,79 г, а 1 мл крови – 1,05 г. Поэтому 0,3 грамма алкоголя на один литр крови только приблизительно соответствует 0,3‰ алкоголя в крови.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4 | Лица, которые, как имеются до- статочные основания полагать, находятся в состоянии наркоти- ческого опьянении либо потре- били ПАВ без назначения врача | Постановление должностного лица (судьи, следователя, дозна- вателя, расследующего админи- стративное правонарушение, и др.) |
| 5 | Лица, имеющие признаки опья- нения из числа: 1) военнослужа- щих или призванных на военные сборы; 2) безработных, явившихся в службу занятости на перерегистрацию | Соответственно, либо 1) про- токол, составленный согласно дисциплинарному уставу ВС РФ уполномоченным должностным лицом, либо 2) направление органа службы занятости |
| 6 | Работники, пришедшие на рабо- ту с признаками опьянения | Направление работодателя |
| 7 | Самостоятельно обратившиеся совершеннолетние либо имею- щие право на самостоятельное обращение несовершеннолетние граждане | Письменное заявление гражда- нина |
| 8 | Несовершеннолетние или недее- способные лица | Письменное заявление закон- ного представителя указанных лиц |

*Примечание*: \* Состояние опьянения – обстоятельство, которое, в зависимости от характера и степени общественной опасности адми- нистративного правонарушения/преступления, может быть признано отягчающим административную (статья 4.3. КоАП РФ) либо уголов- ную ответственность (часть 1.1 статьи 63 УК РФ).

## Критерии, определяющие направление на МОСО лиц, совершивших административное правонарушение (кроме “водителей”)

Критериями, при обнаружении хотя бы одного из которых у лица, совершившего административное правонарушение (за исключением “водителей”, указанных в части 1.1 статьи 27.12 КоАП РФ), есть веские основания полагать, что это лицо на- ходится в состоянии опьянения и подлежит направлению на МОСО (лица, указанные в пп. 2–4 *табл. 1*) являются: а) запах алкоголя изо рта; б) неустойчивость позы и шаткость походки; в) нарушение речи; г) резкое изменение окраски кожных по- кровов лица (пункт 6 “Порядка” [16].

Следует отметить, что, как уже указывалось ранее, к кри- териям, определяющим необходимость освидетельствования

“водителей” на состояние алкогольного опьянения (не меди- цинского), относится еще и “поведение, не соответствующее обстановке” (пункт 3 “Правил освидетельствования...”, утверж- денных ПП РФ N 475 [12]).

МОСО осуществляется на бюджетной и на платной основе. На бюджетной основе МОСО проводится контингентам, указан- ным в пп. 1–5 *табл. 1*, т.е. “водителям”, лицам, привлекаемым к административной либо уголовной ответственности, лицам, которым проведение МОСО необходимо для установления само- го факта совершения ими преступления или административ- ного правонарушения, а также некоторым другим категориям граждан.

На платной основе МОСО проводится по личному заявле- нию граждан или по направлениям работодателей, т.е. контин- гентам, указанным в пп. 6–8 *табл. 1*.

В *табл. 2* приведены взятые из публикации сотрудников Московского НПЦ наркологии [1] интересные данные по коли- честву проведенных в 2014–2018 гг. в г. Москва МОСО среди различных контингентов лиц. Из этой таблицы следует, что большая часть медицинских освидетельствований на состояние опьянения – чуть менее 90% – проводится не среди контингента “водители”, как это можно бы было ожидать, а среди контин- гента “нарушители” (лица, обозначенные в пп. 2–4 *табл. 1*).

*Таблица 2*

**Количество (абс.) проведенных МОСО среди различных контингентов в Москве в 2014–2018 гг.\***

**(в скобках – % от общего числа освидетельствованных)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Год | Проведено МОСО  “водителям” (%) | Проведено МОСО  “нарушителям” \*\* (%) | Проведено МОСО  другим\*\*\* группам (%) | Всего проведено (%) |
| 2014 | 9298 (10,4) | 78333 (87,7) | 1733 (1,9) | 89364 (100) |
| 2016 | 8314 (9,3) | 79554 (89,4) | 1125 (1,3) | 88993 (100) |
| 2018 | 8176 (9,3) | 78356 (89,3) | 1226 (1,4) | 87758 (100) |

*Примечания*:

* – Источник: Бурцев А.А., Егоров В.Ф., Ненастьева А.Ю. и соавт., 2019 [1].

\*\* – “Нарушители” – контингенты, обозначенные в пп. 2–4 *табл. 1*.

\*\*\* – “Другие” – контингенты, обозначенные в пп. 5–8 *табл. 1*.

При установлении в ходе МОСО у освидетельствуемого со- стояния опьянения вопрос о том, является ли этот факт опре- деляющим для назначения наказания, окончательно решается лицами или органами, уполномоченными рассматривать ад- министративное (уголовное) правонарушение и выносить по нему решение (судьей, должностными лицами или органами, назначающими административное наказание).

Контрольные вопросы по **разделу 3**

1. Какова цель МОСО?
2. Входит ли в цели МОСО установление наличия или от- сутствия состояния опьянения наркотическими средствами, психотропными или иными опьяняющими веществами или же только установление наличия или отсутствия состояния опьянения алкоголем?
3. Что конкретно означает положение о том, что МОСО проводится в случаях, установленных законодательством РФ?
4. На основании какого критерия при проведении МОСО водителям транспортных средств устанавливается факт упо- требления ими алкоголя?
5. На основании чего при проведении МОСО водителям транспортных средств устанавливается факт употребления ими наркотиков или психотропных веществ?
6. Каковы основания проведения МОСО лицам, которые управляют транспортным средством (“водителям”), а также лицам, совершившим административное правонарушение?
7. Кто составляет протокол о направлении на МОСО лиц, управляющих транспортным средством (“водителям”)?
8. Каково основание для проведения МОСО безработным, явившимся в службу занятости на перерегистрацию?
9. Назовите три любых категории лиц, кроме водителей транспортных средств, которым в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами положено проведение МОСО.
10. Допустимо ли проведение МОСО лицам, самим обратив- шимся с заявлением о проведении такого освидетельствования?
11. Назовите два любых из четырех критериев, наличие хотя бы одного из которых у лица, совершившего административное правонарушение (за исключением “водителей”), дает основания для направления его на МОСО.

# Различия между установлением “состояния опьянения” при МОСО и диагностикой “острой интоксикации/ опьянения” по МКБ-10

## Различное понимание понятия

## “состояние опьянения”/ “острая интоксикация”

В неспециальной литературе под “состоянием опьянения” нередко понимается просто острая интоксикация алкоголем или другими ПАВ, не достигающая тяжелого уровня (комы).

В Международной классификации болезней 10-го пересмо- тра (МКБ-10) термином, употребляемым вместо термина “со- стояние опьянения” (а иногда наряду с ним), является “острая интоксикация”. Этот термин, являясь синонимом “состояния опьянения”/ “опьянения”, в МКБ-10 обозначает диагностичес- кую рубрику (F1х.0), включающую особые клинические состо- яния субъекта, и сами эти состояния.

Согласно МКБ-10, “острая интоксикация” – преходящее состояние, наступающее вслед за приемом любых веществ, способных изменять психофизиологическое функционирование субъекта, и проявляющееся расстройствами сознания, воспри- ятия, мышления, памяти, эмоций, поведения и др., а также вегетативными и неврологическими симптомами (атаксия, дизартрия и др.).

## Диагностика “острой интоксикации” согласно критериям МКБ-10

Острая интоксикация преходяща, т.к. ее симптоматика ис- чезает при падении концентрации алкоголя или иных ПАВ в организме ниже некоторого уровня.

Диагностические критерии острой интоксикации по МКБ-10:

* + очевидность недавнего употребления ПАВ или иных опьяняющих веществ в достаточных для интоксикации дозах;
  + симптомы интоксикации соответствуют известному дей- ствию конкретного вещества и выражены в степени, кото-

рая проявляется клинически значимыми нарушениями сознания, восприятия, когнитивных функций, эмоций, поведения и др.;

- имеющиеся симптомы не могут быть объяснены сома- тической болезнью или каким-либо иным психическим расстройством.

Диагноз острой интоксикации является основным только тогда, когда интоксикации не сопутствуют более стойкие рас- стройства, вызванные употреблением алкоголя или иных ПАВ (например, синдром зависимости).

К субстанциям, способным вызвать острую интоксикацию (состояние опьянения), относятся любые вещества, специфи- ческим действием которых, при их поступлении в организм, является вмешательство в протекание нейрофизиологических процессов в головном мозге. Это могут быть как психоактивные вещества (ПАВ), т.е. субстанции способные вызывать синдром зависимости, например, алкоголь, наркотические средства, психотропные (в юридическом понимании этого термина) или сильнодействующие вещества, так и иные нейротропные аген- ты (психотропные лекарства, яды и т.п.). Соответственно, вы- деляют следующие виды опьянения: 1) алкогольное, 2) наркоти- ческое (опьянение наркотиками и психотропными веществами) и 3) “иное токсическое” (опьянение иными, чем наркотики и психотропные вещества, психоактивными и нейротропными субстанциями, иногда обозначаемыми как “одурманивающие”).

## Понимание термина “состояние опьянения” применительно к процедуре МОСО

Применительно к МОСО понимание термина “состояние опьянения” также имеет определенную специфику.

Согласно п. 14 “Порядка” по результатам МОСО выносится “медицинское заключение о состоянии освидетельствуемого на момент проведения” МОСО, которое может иметь три варианта:

1. установлено состояние опьянения; 2) состояние опьянения не установлено; 3) от МОСО отказался.

*При этом важно помнить, что у части освидетельствуе- мых – у контингента “водители” – состояние опьянения, со-*

*гласно “Порядку”, устанавливается не по клиническим крите- риям МКБ-10, а по данным инструментальных и лаборатор- ных исследований*. Другими словами, при МОСО “водителей” “состояние опьянения” может быть установлено при полном отсутствии у них клинических признаков острой интоксикации, а лишь по факту употребления ими алкоголя или иного ПАВ в некий предшествующий МОСО период. Это период, в течение которого следы алкоголя или других ПАВ обнаруживаются во взятых у субъекта биологических материалах, при том, что их концентрация в организме субъекта уже недостаточна для вы- зывания ими состояния острой интоксикации, определяемой на основе клинических признаков, т.е. согласно МКБ-10. Такой период имеет различную длительность в зависимости от вида ПАВ. Так, “состояние алкогольного опьянения” будет установ- лено у освидетельствуемого “водителя” даже при отсутствии у него минимальных симптомов острой интоксикации, но при об- наружении в выдыхаемом им воздухе более 0,16 мг алкоголя на литр выдыхаемого воздуха. При этом известно, что соотношение концентрации алкоголя в венозной крови3 и в выдыхаемом воз- духе на практике очень широко варьирует и составляет от 1300 до 3100 (в среднем – 2100–2200) [26]. Поэтому у части лиц, быть может, не очень большой, даже при содержании алкоголя в вы- дыхаемом воздухе в 0,18–0,2 мг/л его содержание в крови будет

<0,3 г/л, которое, как правило, не вызывает ни субъективных, ни объективных симптомов алкогольного опьянения. Другими словами, на практике в какой-то части случаев “водители” будут привлекаться и привлекаются к административной или уголов- ной ответственности не за вождение автомобиля в состоянии опьянения, а за сам факт употребления алкоголя. Но значит ли все сказанное, что следует менять существующую практику? Вряд ли, т.к. между отстранением от вождения и проведением МОСО всегда существует больший или меньший промежуток времени, за который концентрация алкоголя в организме мо- жет снизиться до “ненаказуемого” уровня. При этом у лиц с

3 Обычно приводимые ориентировочные данные по концентрации алкоголя в крови касаются венозной, а не артериальной крови.

алкогольной зависимостью после употребления алкоголя его со- держание в организме, вследствие индукции в их печени мета- болизирующих этанол ферментов – P450-цитохром-зависимых монооксигеназ, падает значительно быстрее, чем у умеренно и мало пьющих. То есть лица, больные алкоголизмом, как это ни парадоксально, имеют меньший риск быть привлеченными к ответственности за вождение автомобиля в состоянии опьяне- ния, чем умеренно и мало пьющие.

Возможно, но и то это очень дискутабельно, следовало бы применять дифференцированный подход к определению тяжести наказания при выявлении в организме водителей алкоголя – в зависимости от его концентрации. Но очевидно, что такое послабление, несмотря на его формальную справед- ливость, может привести к тому, что некоторые лица, уповая на возможность определения у них “ненаказуемого” уровня ал- коголя в выдыхаемом воздухе при освидетельствовании, будут позволять себе употребить спиртное до посадки за руль, но при этом постепенно терять контроль за его потреблением, что бу- дет приводить к опасным и непредсказуемым последствиям. С другой стороны, сторонники указанной точки зрения могут воз- разить, что такие варианты (“надежда на авось”) наблюдаются и сейчас. В любом случае изменение существующей практики привлечения к ответственности “водителей” за обнаружение в их организме алкоголя – исходя из “настоящей справедливо- сти” – это очень непростой вопрос, решение по которому следует принимать только тщательно взвесив все “за” и “против”.

Важно помнить, что “состояние опьянения” наркотиками и психотропными веществами устанавливается у “водителя” при обнаружении в его моче или крови любой их концентрации, так как пороговых значений в данном контексте в настоящее время законодательно не установлено. Но многие ПАВ определяются в биологических средах в тех случаях, когда о состоянии опья- нения говорить либо уже не приходится, либо такого состояния и вовсе не было.

Так, например, амфетамины, опиоиды и ряд других ПАВ обнаруживаются в организме и через двое-трое суток после их приема, а каннабис – даже после однократного употребления

* определяется в моче в период до недели. Также возможен случай приема освидетельствуемым “без всякой задней мысли” за несколько дней до МОСО андипала, корвалола, валокардина или иных фенобарбиталсодержащих лекарств, причем в ле- чебных дозах (20 мг – 25–30 капель корвалола или 1 таблетка андипала), что приводит к определению фенобарбитала4 в моче в течение 3–5 дней и возможным соответствующим неблаго- приятным последствиям для субъекта, подлежащего МОСО.

В обозначенных ситуациях, т.е. через сутки и более либо по- сле рекреационного употребления ПАВ, либо после их приема с лечебными целями (может и не всегда по прямому назначе- нию врача), обоснованность привлечения к ответственности именно за “вождение в состоянии опьянения наркотическими средствами и психотропными веществами” вызывает сомнения. Действительно, в первой описанной ситуации (при рекре- ационном употреблении ПАВ) было бы более обоснованным

* не противоречащим истинному клиническому пониманию понятия “острая интоксикация/состояние опьянения” и потому реально соответствующим “букве и духу закона” – привлечение лица, в биологических материалах которого обнаружены ПАВ в концентрации, недостаточной для вызывания состояния опья- нения, *к ответственности за употребление наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача по части 1 статьи 6.9. и части 2 статьи 20.20. КоАП РФ* [7]. А во второй ситуации и вовсе привлечение субъекта к какой- либо административной ответственности нелогично и не соот- ветствует здравому смыслу. Ясно, что внедрение в практику более гибкого подхода к определению состояния опьянения при МОСО наркотиками и психотропными веществами потребует и изменения нормативно-правовой базы, и повсеместного усо- вершенствования инструментально-технического обеспечения проведения МОСО для возможности количественного опреде-

4 Фенобарбитал является и психотропным веществом с юридической точки зрения (входит в “Перечень наркотических средств, психотропных веществ...”[11]), и психотропным – в широком понимании этого термина – медикаментом.

ления содержания наркотиков, психотропных веществ и иных опьяняющих субстанций в биологических материалах.

В *табл. 3* приведены основные различия между установ- лением “состояния опьянения” в ходе проведения МОСО и диагностикой “острой интоксикации/состояния опьянения” по МКБ-10.

*Таблица 3*

**Различия между МОСО и клинической диагностикой острой интоксикации по МКБ-10**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №№ | Особенности | Медицинское освидетельствование на состояние опьянения | Клиническая диагностика острой интоксикации  по МКБ-10 |
| 1 | Основания проведения | Направление уполно- моченных должност- ных лиц или письмен- ное заявление заинте- ресованного лица | Необходимость в оказании субъекту медицинской помощи |
| 2 | Цель проведения | Установление состоя- ния лица в целях при- нятия в отношении него решения о необ- ходимости привлече- ния к ответственности | Для определения не- обходимости в осу- ществлении лечебных мероприятий и их объема |
| 3 | Критерии установления | Критерии, указанные в “Порядке...”, утверж- денном Приказом  **№ 933н** | Используются крите- рии рубрики МКБ-10 **F1x.0** |
| 4 | Наличие клиники опьянения | У водителей транс- портных средств наличие клинических симптомов опьянения не обязательно | Должны выявляться клинические проявле- ния острой интокси- кации |

Контрольные вопросы по **разделу 4**

* 1. Какой термин применяется в МКБ-10 вместо или наряду с термином “состояние опьянения”?
  2. Допустима ли согласно МКБ-10 диагностика острой интоксикации (состояния опьянения) при отсутствии у осма- триваемого лица симптомов, соответствующих известному дей-

ствию конкретного опьяняющего вещества и проявляющихся клинически значимыми нарушениями сознания, восприятия, когнитивных функций, эмоций, поведения и др.?

* 1. Чем может быть вызвано “иное токсическое” опьянение?
  2. Какие три варианта может иметь “медицинское заключе- ние о состоянии освидетельствуемого” на момент проведения МОСО?
  3. В чем специфика понимания термина “состояние опьяне- ния” применительно к МОСО?
  4. Может ли устанавливаться по результатам МОСО води- телей медицинское заключение “установлено состояние опья- нения”, если на момент освидетельствования у них не обнару- живаются объективные клинические симптомы алкогольного или иного опьянения?
  5. Чем различаются основания проведения диагностики острой интоксикации по МКБ-10 и определения наличия или отсутствия состояния опьянения в рамках МОСО?
  6. Чем различаются цели проведения МОСО и клинической диагностики острой интоксикации (состояния опьянения) со- гласно критериям МКБ-10?

# Порядок проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения

## Что входит в совокупность методов МОСО

МОСО проводится в медицинских организациях любой формы собственности – государственной, муниципальной или иной, – имеющих лицензию на его осуществление. Оно может осуществляться как непосредственно в помещениях медицин- ских организаций, так и в специально оборудованных пере- движных пунктах.

МОСО включает в себя:

а) осмотр врачом-специалистом – врачом-психиатром-нарко- логом либо врачом другой специальности, а в определен- ных ситуациях – фельдшером, прошедшими специальную подготовку;

б) исследование выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя (в обязательном порядке);

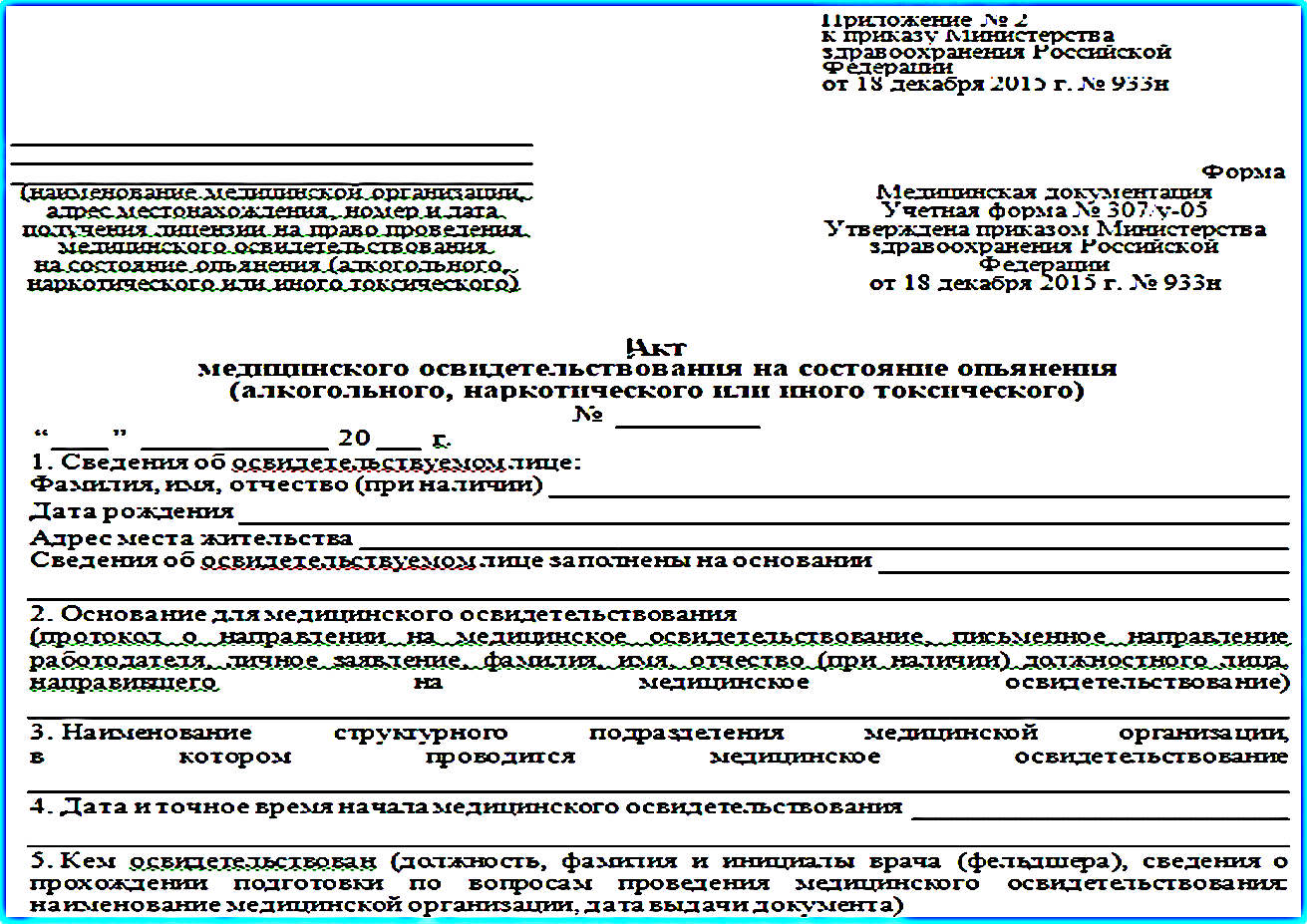
в) определение наличия ПАВ в моче (в определенных слу- чаях);

г) исследование уровня ПАВ в моче (в определенных слу- чаях);

д) исследование уровня ПАВ в крови (в определенных слу- чаях).

В ходе проведения МОСО выполняющий его врач (или фельдшер) заполняет “Акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения” (далее – “Акт”). Форма этого “Акта” (*рис. 3*) представлена в Приложении №2 к Приказу №933н [16]. Прежде всего, в “Акт” вносятся данные об освидетельствуе- мом (ФИО, дата рождения, адрес места жительства) на основа- нии документа, удостоверяющего его личность. При отсутствии такого документа данные об освидетельствуемом берутся из протокола о направлении на МОСО или из письменного на- правления (постановления, заявления) должностных лиц/ органов или других лиц, инициирующих проведение МОСО. В пункте 2 “Акта” указывается ФИО направившего на МОСО

уполномоченного должностного лица. При подаче заявления о проведении МОСО законным представителем освидетельству- емого он предъявляет документы: 1) удостоверяющий его лич- ность; 2) подтверждающий законность его представительства. Важным моментом является указание в “Акте” даты и точного времени начала МОСО, а также должности и ФИО врача (фель- дшера), который его проводит, и сведений о прохождении им соответствующей подготовки.



**Рис. 3.** Начальные пункты установленной Приказом №933н формы Акта МОСО.

## Первый шаг МОСО – исследование выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя

Непосредственно сама процедура медицинского освиде- тельствования “во всех случаях начинается с первого исследо- вания выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя...” (пункт 9 “Порядка”). Чем же обусловлено то, что исследование концен- трации алкоголя в организме в первую очередь проводится именно в выдыхаемом воздухе? Понятно, что клиническая картина острой алкогольной интоксикации объясняется, пре- жде всего, действием алкоголя на нейроны головного мозга, интенсивно снабжаемого артериальной кровью. Также оче- видно, что концентрация алкоголя в головном мозге зависит от его концентрации в артериальной крови, а последняя пря- мо пропорциональна концентрации этанола в альвеолярном воздухе, в который алкоголь диффундирует из артериальной крови альвеолярных капилляров по градиенту концентрации. Именно поэтому исследование выдыхаемого воздуха на содер- жание алкоголя является более информативным в плане от- ражения состояния опьянения, а потому и предпочтительным по сравнению с определением содержания этанола в венозной крови или в моче.

Исследование выдыхаемого воздуха на алкоголь проводится посредством специальных технических средств измерения – профессиональных алкотестеров или алкометров (по сути – это синонимы). Важно учитывать, что *для исследования выдыха- емого воздуха на наличие алкоголя при МОСО используются только алкометры, тип которых внесен в Федеральный ин- формационный фонд по обеспечению единства измерений* 5.

Применяемые профессиональные приборы-алкометры обя- зательно должны:

* быть разрешены к применению и поверены в установ- ленном порядке;
* иметь опцию, обеспечивающую запись результатов ис- следования на бумажном носителе;

5 Список разрешенных к применению алкотестеров/алкометров раз- мещен на сайте <http://fundmetrology.ru/>

- показывать результат измерения – концентрацию аб- солютного алкоголя в отобранных пробах воздуха – в миллиграммах на один литр выдыхаемого воздуха (мг/л).

В указанных единицах – мг/л – результаты исследова- ния выдыхаемого воздуха указываются и в “Акте” (пункт 11 “Порядка”).



**Рис. 4.** Различные типы портативных алкотестеров, оснащенных принтером.

*При содержании абсолютного алкоголя в выдыхаемом воз- духе в концентрации выше 0,16 миллиграмма на один литр воздуха результат исследования считается положительным*. Таким образом, если результат измерения составил 0,161 мг/л, то он уже считается положительным.

## Второй шаг МОСО – опрос и осмотр освидетельствуемого для выявления клинических признаков опьянения

После первого исследования выдыхаемого воздуха врач (фельдшер) выполняет условный второй шаг МОСО, содержа- нием которого является сбор жалоб, анамнеза и тщательный осмотр освидетельствуемого, направленный на выявление кли- нических признаков опьянения, перечень которых приведен в Приложении №2 к “Порядку” (*табл. 4*).

Выявление клинических признаков опьянения, согласно “Порядку”, практически не имеет значения для вынесения за- ключения о наличии или отсутствии опьянения у освидетель- ствуемых “водителей”. Но для всех остальных контингентов лиц, проходящих МОСО, выявление клинических признаков опьянения очень важно, т.к. наличие трех и более таких при- знаков у освидетельствуемого “неводителя” служит одним из критериев для определения у него состояния опьянения.

*Таблица 4*

**Клинические признаки опьянения (из Приложения № 2 к “Порядку”)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Изменения психической деятельности | Изменения вегетативно-сосудис- тых реакций | Нарушения двигательной сферы |
| 1. Неадекватность по- ведения (нарушение общественных норм, демонстративность, по- пытки диссимуляции) | 5. Гиперемия, блед- ность, мраморность кожных покровов, акроцианоз | 12. Двигательное воз- буждение или затор- моженность |
| 2. Психическая затор- моженность, сонли- вость или психическое возбуждение | 6. Инъекция склер, ги- перемия или бледность слизистых | 13. Пошатывание при ходьбе с быстрыми по- воротами |
| 3. Эмоциональная не- устойчивость | 7. Сухость кожных по- кровов, слизистых или гипергидроз | 14. Неустойчивость в позе Ромберга |
| 4. Ускорение или замедление темпа мышления | 8. Учащение или за- медление дыхания | 15. Ошибки при вы- полнении координа- торных проб |
|  | 9. Тахикардия или брадикардия | 16. Тремор век и (или) языка, рук |
|  | 10. Миоз или мидриаз | 17. Нарушения речи в виде дизартрии |
|  | 11. Вялая реакция зрачков на свет |  |

## Третий шаг МОСО и различия в его содержании у “водителей” и других контингентов освидетельствуемых

После первого исследования выдыхаемого воздуха у ос- видетельствуемого и последующих за этим его расспроса и осмотра врач приступает к условному *третьему шагу МОСО*. Но содержание этого шага различается в зависимости от двух факторов: (1) относится ли освидетельствуемый к “водителям” или нет; (2) результатов, полученных в ходе выполнения перво- го и второго шагов.

*Если освидетельствуемый “водитель”, то у него в обяза- тельном порядке отбирается проба мочи или – в определенных ситуациях – крови для проведения химико-токсикологического исследования (далее – ХТИ) с целью установления возможного факта приема веществ (кроме алкоголя), способных вызывать состояние опьянения*.

А вот повторное исследование выдыхаемого воздуха на ал- коголь у всех освидетельствуемых – и у “водителей”, и у всех иных контингентов – проводится *только при положительном результате его первого исследования. Соответственно, при отрицательном результате первого исследования выдыхае- мого воздуха его повторное исследование уже не проводится*. Повторное исследование выдыхаемого воздуха на алкоголь проводится через 15–20 минут после первого. И *окончательное заключение о наличии в выдыхаемом воздухе алкоголя в кон- центрации выше допустимой делается именно по результату его повторного исследования*. Результаты первого и повторного (если проводилось) исследований выдыхаемого воздуха на ал-

коголь указываются в пункте 13 “Акта”.

Проведение повторного исследования выдыхаемого воздуха объясняется необходимостью избежать влияния на результат МОСО кратковременных эффектов некоторых редких, но воз- можных факторов, изменяющих показания алкометра, но не обусловленных опьянением субъекта. Так, теоретически – при употреблении спиртосодержащих жидких лекарств в каплях или некоторых пищевых продуктов (например, кваса или не- свежего кефира) – слизистая оболочка ротовой полости может

на несколько минут адсорбировать алкоголь. И его выделение из слизистой способно в течение 5–15-ти минут обусловливать показания алкометра, превышающие допустимые. Но уже при повторном исследовании выдыхаемого воздуха, если реального употребления спиртного не было, результат будет, как правило, отрицательный.

Как уже говорилось, *у всех “водителей” отбор проб мочи или – в определенных ситуациях – крови для направления на ХТИ проводится в обязательном порядке*. А вот у всех осталь- ных контингентов, проходящих МОСО (далее – “неводители”), эта процедура – отбор биоматериалов для ХТИ – проводится только при одновременном наличии двух условий (пункт 12 “Порядка”):

* “наличие не менее трех клинических признаков опья- нения”, указанных в Приложении N 2 к “Порядку” (см. *табл. 4*);
* “отрицательный результат первого или повторного ис- следования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя”.

Итак, если при выполнении МОСО у “неводителей” не выявляется хотя бы трех клинических признаков опьянения, указанных в Приложении № 2 к “Порядку”, и первое исследо- вание выдыхаемого воздуха на алкоголь дало отрицательный результат, то их освидетельствование, по сути, заканчивается и делается итоговое медицинское заключение об их состоянии. Следует заметить, что хотя “Порядок” не требует отбора проб мочи или крови для направления на ХТИ у проходящих МОСО “неводителей” при отсутствии у них минимальных кли- нических признаков опьянения, в авторитетном источнике – Методических рекомендациях Московского НПЦ наркологии

1. – указывается на целесообразность такого действия. Но в какой мере оно все же целесообразно – остается дискутабель- ным, т.к. его проведение требует дополнительных ресурсов (не всегда имеющихся) и, вероятно, излишне. Ведь отсутствие минимальной клиники опьянения с высокой вероятностью говорит и за отсутствие его самого. Хотя, конечно, с другой стороны, проведение в таких случаях ХТИ позволяет в ситуа- циях, не до конца ясных для проводящего МОСО специалиста,

выявить если не опьянение, то возможный факт употребления ПАВ, состоявшегося сутки или более назад. А это, безусловно, важно с точки зрения профилактики нарко- и токсикоманий. В конечном итоге, этот вопрос в различных регионах страны решается по-разному – в зависимости от наличия необходимых ресурсов, например, безусловно высокой доступности проведе- ния всех этапов ХТИ и других обстоятельств.

Если при выполнении условных первого-второго шагов проведения МОСО необходимости в отборе образцов мочи или крови для направления на ХТИ не возникло, проводящий освидетельствование врач заполняет все пункты “Акта” и вы- носит заключение.

Если же для вынесения заключения по результатам МОСО требуется проведение ХТИ, то должностным лицам, направив- шим человека на МОСО, выдается заверенная печатью меди- цинской организации и подписью врача (фельдшера) справка произвольной формы о том, что МОСО “*будет завершено по получении результатов химико-токсикологического иссле- дования биологического объекта*” (пункт 13 “Порядка”). Копия этой справки выдается также освидетельствуемому или его за- конному представителю. При этом окончательное заключение МОСО выносится с учетом результатов ХТИ.

В *табл. 5* представлен пошаговый алгоритм проведения МОСО с указанием процедур, составляющих содержание каж- дого шага, и контингентов лиц, подлежащих этим процедурам в рамках каждого шага.

*Таблица 5*

**Пошаговый алгоритм проведения МОСО**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| “Шаг” МОСО | Контингенты, подлежащие МОСО | Содержание шага |
| Первый шаг | Все освидетельствуемые (“водители” и “неводители”) | Первое исследование выдыхаемого воздуха (ВВ) на содержание алкоголя |
| Второй шаг | Все освидетельствуемые (“водители” и “неводители”) | Опрос и медицинский осмотр на выявление симптомов опьянения |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Третий шаг | а) “Водители” с положительным результатом первого исследова- ния ВВ на алкоголь | Второе исследование ВВ на алкоголь и взятие образцов мочи (крови) для ХТИ |
| б) “Водители” с отрицательным результатом первого исследова- ния ВВ на алкоголь | Взятие образцов мочи (крови) для ХТИ |
| в) “Неводители” с положительным результатом первого исследова- ния ВВ на алкоголь | Второе исследование ВВ на алкоголь |
| г) “Неводители” с отрицательным результатом первого исследова- ния ВВ на алкоголь и без клини- ки опьянения | Ничего не проводится |
| д) “Неводители” с отрицательным первым или вторым результатами исследований ВВ на алкоголь и с наличием симптомов опьянения | Взятие образцов мочи (крови) для ХТИ |
| Четвертый шаг | Все освидетельствуемые | Вынесение медзаклю- чения |

Рассматривая пункт “в” “Третьего шага”, указанного в *табл. 5*, следует отметить, что в “Порядке” специально не оговарива- ется необходимость взятия образцов биологических материалов для проведения ХТИ на предмет обнаружения иных, кроме алкоголя, ПАВ у “неводителей”, если у них обнаружен алкоголь в выдыхаемом воздухе. Однако на практике встречаются ситу- ации, когда при наличии у освидетельствуемого выраженной клинической картины опьянения в выдыхаемом им воздухе выявляется невысокое содержание алкоголя, явно не соответ- ствующее клиническим данным. Очевидно, что в подобных си- туациях все же целесообразно отбирать у освидетельствуемого пробы мочи (или крови) для отправления на ХТИ, т.к. имеется высокая вероятность того, что его состояние обусловлено не только приемом спиртных напитков, но и употреблением иных ПАВ. Известны случаи, когда лица, употребившие с рекреаци- онной целью наркотики или иные ПАВ, чтобы замаскировать это употребление (поскольку оно обусловливает более строгие санкции, нежели употребление спиртного), перед проведением МОСО принимают спиртные напитки.

Контрольные вопросы по **разделу 5**

* 1. Какую процедуру в государственных органах должна пройти медицинская организация и какой документ установ- ленной государством формы она должна получить для того, чтобы в ней могло осуществляться МОСО?
  2. Какие медицинские работники могут проводить меди- цинский осмотр в структуре МОСО и какие требования к ним предъявляются?
  3. Какое инструментальное исследование проводится в обя- зательном порядке при проведении МОСО?
  4. Какие лабораторные исследования проводятся в структуре МОСО?
  5. Какой документ заполняет медицинский работник, осу- ществляющий МОСО, в ходе его проведения?
  6. Из каких источников берутся персональные данные о лице, проходящем МОСО, для документальной регистрации факта прохождения им этой процедуры?
  7. Если заявление о проведении МОСО подается законным представителем освидетельствуемого, то какие документы он обязан предъявить медицинскому работнику, выполняющему МОСО?
  8. Какие данные о медицинском работнике, выполняющем МОСО, в обязательном порядке вносятся в “Акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения”?
  9. С какого исследования непосредственно во всех случаях начинается сама процедура медицинского освидетельствования на состояние опьянения и почему именно это исследование яв- ляется наиболее удобным и информативным для достижения цели проведения МОСО?
  10. Каким образом проводится исследование выдыхаемого воздуха на алкоголь в рамках МОСО?
  11. Какие требования предъявляются к специальным тех- ническим средствам измерения содержания алкоголя в вы- дыхаемом воздухе, применяемым при осуществлении МОСО?
  12. При каком содержании абсолютного алкоголя в выды- хаемом воздухе результат исследования считается положи- тельным?
  13. В чем состоит второй условный шаг МОСО, осуществля- емый сразу же после проведения первого исследования выды- хаемого воздуха на содержание алкоголя?
  14. Назовите любые три признака из каждой из трех групп клинических признаков опьянения (изменения психической деятельности, изменения вегетативно-сосудистых реакций и на- рушения двигательной сферы), указанных в Приложении № 2 к “Порядку проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения...”, утвержденному Приказом № 933н Минздрава РФ.
  15. Какие кардинальные отличия существуют в порядке про- ведения и содержании МОСО – в части осуществления видов лабораторных исследований – между контингентом “водители” и всеми другими контингентами освидетельствуемых?
  16. При каких условиях проводится повторное исследование выдыхаемого воздуха на алкоголь при проведении МОСО, чем обусловлено его проведение при этих условиях и в какие вре- менные рамки оно проводится?
  17. При каких условиях проводится отбор биоматериалов для химико-токсикологических исследований у всех других, кроме водителей транспортных средств, контингентов, про- ходящих МОСО?
  18. Что выдается должностному лицу, направившему чело- века на МОСО, а также и самому освидетельствуемому или его представителю в случае, если для вынесения заключения по результатам МОСО требуется проведение ХТИ, и когда в таком случает выносится окончательное заключение по результатам МОСО?

# Химико-токсикологические исследования (ХТИ), необходимые для вынесения заключения

# по результатам МОСО

## Регламентация и основные характеристики ХТИ, необходимых для вынесения заключения

## по результатам МОСО

Существуют два ведомственных6 нормативных акта, ре- гламентирующих организацию ХТИ: 1) Приказ Минздравсоц- развития РФ от 27.01.2006 г. № 40 “Об организации проведения химико-токсикологических исследований...” [15] (далее – Приказ

№40) и 2) “Правила проведения химико-токсикологических исследований при медицинском освидетельствовании” (далее – “Правила ХТИ”) (Приложение № 3 к “Порядку”, утвержденному Приказом № 933н [16]). Некоторые моменты регламентации проведения ХТИ, особенно касающиеся особенностей отбора проб биологических объектов, изложены в этих нормативных документах несколько по-разному.

Отбор биологических объектов для ХТИ, их направление в клинико-диагностические или химико-токсикологические лаборатории (далее – “лаборатории”) с заполнением сопрово- дительных документов, их транспортировка в “лаборатории”, а также их хранение производятся в соответствии с рекомен- дациями, изложенными в Приложении № 2 к Приказу № 40 (далее – “Рекомендации по организации ХТИ”).

ХТИ проб биологических объектов выполняются в соответ- ствии с “Правилами ХТИ”. Согласно пункту 3 этих “Правил”, при проведении ХТИ, необходимых для вынесения заключения по результатам МОСО, *пробы биоматериалов в обязательном порядке исследуются на следующие вещества, включая их про- изводные, метаболиты и аналоги*:

6 Имеются в виду нормативные акты федерального органа испол- нительной власти, осуществляющего функцию по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

* опиоиды (растительные и синтетические, в том числе метадон);
* каннабиноиды растительные и синтетические (так на- зываемые “спайсы”);
* психостимуляторы – кокаин, производные фенилалкила- мина (амфетамин, метамфетамин, метилендиоксиметам- фетамин) и синтетические катиноны (так называемые “соли”);
* снотворно-седативные средства из классов барбитуратов и бензодиазепинов;
* этанол и его суррогаты (метанол, пропанол, бутанол, этиленгликоль и др.).

ХТИ проводятся и в отношении иных, влияющих на психо- физиологические функции человека, т.е. одурманивающих или опьяняющих веществ, в том числе лекарственных препаратов. В зависимости от характера и методик исследования био- логических объектов ХТИ проводятся либо в месте отбора био- логической пробы, либо в “лабораториях” наркологических или иных медицинских организаций, имеющих соответствующие лицензии. При этом *предпочтительным биоматериалом для проведения ХТИ является моча, т.к. в ней ПАВ и другие опьяня- ющие и нейротропные вещества обнаруживаются значительно*

*лучше, чем в крови*.

ХТИ образцов мочи, согласно пункту 8 “Правил ХТИ”, про- водятся в два этапа.

*Первый этап – предварительные исследования*, которые проводятся иммунохимическими методами с применением специальных приборов, “обеспечивающих регистрацию и количественную оценку результатов исследования”, – *порта- тивных иммунохимических анализаторов*. Предварительные ХТИ могут выполняться прямо в месте отбора мочи или в “ла- бораториях”.

*Второй этап – подтверждающие исследования*, которые про- водятся в лабораториях *методом хромато-масс-спектрометрии* с использованием его 2-х вариантов – газовой или высокоэффек- тивной жидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием, соответственно, ГХ-МС и ВЭЖХ-МС.

ХТИ крови лица, которому проводится МОСО, осуществля- ется только при ограниченном наборе ситуаций. А именно – не- обходимость отбора и отправки на ХТИ проб крови возникает в тех случаях, когда:

* + взятие мочи затруднено из-за тяжелого состояния освиде- тельствуемого (тяжелая травма, кома вследствие острой интоксикации, иное ургентное состояние);
  + освидетельствуемый по какой-то причине не может сдать мочу в течение 30 мин от момента начала процедуры МОСО.

ХТИ крови проводятся в один этап подтверждающими ме- тодами исследования и только в “лабораториях”.

Медицинский работник, проводящий отбор биологическо- го объекта и его отправку в “лаборатории” для ХТИ, запол- няет “Журнал регистрации отбора биологических объектов” (Приложение № 5 к Приказу № 40).

## Алгоритм работы с пробами биологических объектов, направляемых на ХТИ: отбор, отправка в “лаборатории” и хранение

Согласно “Рекомендациям по организации ХТИ” отбор мочи проводится *“в количестве до 100 мл, но не менее 30 мл”* в одно- разовую емкость в туалетной комнате.

*В целях исключения фальсификации мочи в течение первых пяти минут после ее отбора проводится измерение*:

* + температуры мочи с помощью бесконтактного устрой- ства (в норме температура должна быть в пределах 32,5–39,0°C);
  + pH мочи с помощью pH-метра или универсальной инди- каторной бумаги (в норме pH в пределах 4–8);
  + относительной плотности мочи (в норме – 1.008–1.025);
  + содержания креатинина методом иммунной хромато- графии (в норме содержание должно быть в пределах 4,4–17,7 ммоль/сут).

Если выявляется несоответствие перечисленных показа- телей их нормативным значениям, то проводится повторный отбор мочи. С другой стороны, в такой ситуации стоит рассмо- треть и вероятность того, что освидетельствуемый пытается фальсифицировать пробу мочи, что может быть расценено как его фактический отказ от проведения МОСО со всеми вытека- ющими из этого последствиями.

В ряде случаев можно признать допустимым и целесооб- разным осуществление медицинскими работниками визуаль- ного контроля за процессом сдачи мочи освидетельствуемым. Например, если очевидно, что освидетельствуемый знал о том, что ему придется сдавать пробу мочи для анализа на содержа- ние ПАВ, и имел время и возможность к этому соответствующим образом “приготовиться”, т.е., допустим, принести чужую мочу. Но такая ситуации маловероятна, когда освидетельствуемого доставляют на МОСО сотрудники полиции, непосредственно отстранившие его от вождения автомобиля либо задержавшие его в момент совершения им административного правонару- шения. А вот когда сдача мочи нужна для анализа в рамках освидетельствования на предмет выявления медицинских противопоказаний к владению оружием или к управлению транспортным средством, то визуальный контроль за процес- сом сдачи мочи, вероятно, следует признать обязательным. Разумеется, что при его проведении абсолютно необходимо со- блюдение медицинскими работниками всех соответствующих данной ситуации и притом адекватных, с точки зрения здравого смысла, этических норм.

Следует отметить, что измерение указанных выше параме- тров мочи (температуры, плотности и пр.) для исключения воз- можности ее фальсификации в “Рекомендациях по организации ХТИ” обозначается как “предварительные исследования”, и эту процедуру иногда путают с первым этапом ХТИ, который в “Правилах ХТИ” также обозначается как “предварительные исследования”. *Но это разные процедуры*. Стоит напомнить, что под “предварительными исследованиями” в “Правилах ХТИ” подразумевается исследование мочи иммунохимическими методами.

Изложение алгоритма обращения с образцом мочи после его проверки на фальсификацию несколько различается в “Правилах ХТИ” (Приказ № 933н) и “Рекомендациях по орга- низации ХТИ” (Приказ № 40).

В “Правилах ХТИ” (пункт 9) указывается, что предваритель- ные ХТИ (т.е. первый этап) “проводятся на месте отбора биоло- гического объекта (мочи), в клинико-диагностической лабора- тории или в химико-токсикологической лаборатории *не позднее двух часов с момента отбора биологического объекта (мочи)”.* И если в ходе предварительных ХТИ в моче обнаруживаются “наркотические средства, психотропные вещества, лекарствен- ные препараты” и прочие опьяняющие или одурманивающие вещества, то проводится второй этап ХТИ подтверждающими методами. При этом (пп. 10 и 11 “Правил ХТИ”) срок доставки образца мочи в медицинскую организацию, проводящую под- тверждающие исследования, “*не должен превышать десяти рабочих дней с момента отбора*” мочи, а сроки проведения самих подтверждающих ХТИ “*не должны превышать трех рабочих дней с момента поступления пробы биологического объекта в лабораторию*”.

А вот в “Рекомендациях по организации ХТИ” вообще специ- ально не оговаривается вопрос о разделении ХТИ при исследо- вании мочи на первый и второй этапы 7. При этом указывается, что отобранные образцы мочи доставляются в “лабораторию” для проведения ХТИ “*не позднее двух суток после отбора, до отправки в <лабораторию> моча хранится в холодильнике при температуре 0–2°C*”.

Сопоставив два обозреваемых нормативных акта, можно сделать вывод, что последними указаниями следует руковод- ствоваться, если непосредственно в месте отбора мочи нет воз- можности для проведения в течение двух часов первого этапа ХТИ – предварительных исследований мочи с применением иммунохимических анализаторов. Также очевидно, что если

7 В Приказе № 40 о том, что ХТИ могут быть предварительными и под- тверждающими вскользь упоминается только в Приложении № 12 к нему, где указывается, что собственно относится к предварительным, а что – к подтверждающим методам исследования.

предварительный этап ХТИ все же проводится в месте отбо- ра мочи и по его результату возникает необходимость в под- тверждающих исследованиях, то до направления на них – а срок доставки мочи на подтверждающие исследования может достигать “десяти рабочих дней” с момента ее отбора – образец мочи должен храниться в специальных условиях. В “Правилах ХТИ” эти условия не оговариваются. Поэтому здесь также следует руководствоваться “Рекомендациями по организации ХТИ”, в пункте 12 которых указывается, что “образцы биоло- гических объектов <...> хранятся в течение первых двух суток при температуре 0–2°C, *далее – при температуре не менее минус 18°C в запираемых или опечатываемых холодильных шкафах*”. Это означает, что подразделение медицинской орга- низации, осуществляющее МОСО и, соответственно, забор мочи, не имеющее возможностей и ресурсов для доставки образцов мочи на подтверждающие ХТИ не позднее двух суток после их отбора, обязательно должно быть оборудовано специальными холодильными шкафами вне зависимости от того, проводятся или нет в нем подтверждающие исследования.

Процедура подготовки образцов мочи к отправке в “лабо- ратории” для ХТИ и сама отправка подробно описываются в “Рекомендациях по организации ХТИ”. В них указывается, что сразу после проверки на фальсификацию “*мочу делят на две части (1/3 и 2/3 общего объема)*” в два герметично закрываю- щихся контейнера объемом 100 мл каждый. Первый контейнер с 1/3 мочи имеет приспособление для “контроля первого вскры- тия” и хранится как контрольный образец. Содержимое второго контейнера с 2/3 мочи (анализируемый образец) используется собственно для проведения ХТИ. Далее отобранные образцы мочи с сопроводительной документацией “*в укупоренных и опечатанных контейнерах*” доставляются в “лаборатории”. Но, кроме того, в “Рекомендациях по организации ХТИ” указыва- ется, что “*моча после разделения отбирается из контейнера с анализируемым образцом в чистый сухой флакон объемом 10мл в количестве не менее 5 мл, закрывается резиновой пробкой, фиксируется алюминиевым колпачком и укупоривается под обкатку*”. Данное указание не совсем понятно, т.к. не ясно, во-

первых, зачем и, во-вторых, когда это делается. Если это делает- ся на месте отбора мочи до отправки на ХТИ, то получается, что в “лаборатории” следует отправлять не только “опечатанный контейнер” с анализируемым образцом, а еще и... “укупорен- ный флакон” с отобранной из анализируемого образца частью мочи. Но какой это имеет смысл? Если же отбор мочи во флакон делается уже в самой “лаборатории” непосредственно перед ее предварительным иммунохимическим исследованием, то зачем нужно повторное укупоривание и опечатывание этого флакона? Таким образом, есть очевидная необходимость уточнения нормативных документов, регламентирующих отбор мочи для ХТИ, требующихся для вынесения заключения по результатам МОСО, во-первых, для их согласования между собой, а, во-

вторых, для устранения некоторых неясностей в них.

Что касается отбора проб крови, то для его осуществления, согласно “Рекомендациям по организации ХТИ”, в подразде- лении медицинской организации, проводящем МОСО, должно быть организовано рабочее место в соответствии с требования- ми, предъявляемыми к оборудованию процедурного кабинета. Важно помнить, что при взятии крови не используются спиртосодержащие жидкости в качестве дезсредств. Кровь отби- рается из вены в количестве 15 мл в две емкости объемом, соот- ветственно, 5 мл и 10 мл. Это либо два флакона (или пробирки) с 3–5 каплями гепарина, в которые кровь поступает самотеком, либо две одноразовые стерильные вакуумные пробирки, вхо- дящие в комплект одноразовой системы для забора венозной крови 8. Содержимое емкостей (флаконов или вакуумных про- бирок) объемом 10 мл (анализируемый образец) используется для проведения ХТИ, а емкостей объемом 5 мл – хранится как контроль. Флаконы укупориваются. Далее флаконы или одноразовые пробирки с образцами крови опечатываются и от- правляются в “лаборатории”. Они должны быть доставлены в

8 Такая система включает, помимо содержащей какой-либо реагент (например, гепарин) одноразовой вакуумной пробирки, еще и пластиковый держатель с закрепленной в нем двухсторонней иглой, один конец которой прокалывает вену, а другой - пробку одноразовой пробирки. Эта система предназначена не только для взятия крови, но и для ее безопасной транс- портировки.

“лаборатории” не позднее двух суток после отбора крови, а до момента отправки должны храниться в холодильнике при тем- пературе 0–2°C (пункт 2 “Рекомендаций по организации ХТИ”). Подготовка емкостей (контейнеров, пробирок, флаконов и т.п.) с биологическими объектами к отправке в “лаборатории”

имеет свои особенности.

Прежде всего, перед отправкой в “лаборатории” емкости с образцами биоматериала (контейнеры, флаконы, пробирки и пр.) пломбируются и опечатываются с использованием штампа медицинской организации. Кроме того, к этим емкостям крепят- ся специальные одноразовые самоклеющиеся этикетки таким образом, чтобы они разрывались при попытке открывания емкостей, что исключает возможность подмены содержимого указанных емкостей без нарушения целостности этикеток. Кроме того, до прикрепления к емкостям этикетки подписы- ваются с обратной стороны освидетельствуемым, а после их прикрепления на них указываются коды освидетельствуемого и медицинской организации, произведшей отбор образцов. На этикетке контрольного образца ставится буква “К”. Далее емкости с образцами биоматериала с сопроводительной доку- ментацией отправляются в “лаборатории”.

Сопроводительная документация включает: “Направление на химико-токсикологические исследования” (далее – “Напра- вление”) и “Справку о доставке биологических объектов на химико-токсикологические исследования” (соответственно, Приложения № 7 и № 9 к Приказу № 40 [15]). И тот и другой документы заполняются в медицинских организациях, осущест- вляющих МОСО, в случаях, когда для вынесения заключения по результатам МОСО необходимо проведение ХТИ.

На основании “Направления” в “лабораториях” проводят- ся ХТИ, и по их окончании выдается “Справка о результатах химико-токсикологических исследований” (Приложение №11 к Приказу № 40).

Важным моментом является то, что в “Направлении” ука- зывается предварительный клинический диагноз, поставлен- ный осуществляющим освидетельствование специалистом освидетельствуемому лицу по выполнении первого и второго

условных шагов МОСО. Указание клинического диагноза по- зволяет “*специалистам лаборатории провести максимально информативные ХТИ <...> с применением различных вари- антов подтверждающих исследований, т.к. базовый метод газовой хромато-масс-спектрометрии не всегда позволяет обнаруживать некоторые токсикологически значимые ве- щества, особенно те, которые используются в крайне малых количествах (например, галлюциногены: ЛСД и производные NBOMe или производные фентанила)*” [10, с.42]. При этом очевидно, что при отсутствии клинических признаков опьяне- ния никакой *именно клинический диагноз* установлен быть не может.

Так, например, врач (фельдшер), проводящий МОСО, руко- водствуясь критериями МКБ-10, не может установить предва- рительный клинический диагноз “алкогольное опьянение” при определении алкоголя в выдыхаемом воздухе в концентрации, превышающей 0,016 мг/л, но при отсутствии клинических сим- птомов алкогольного опьянения. Как указывается в методиче- ских рекомендациях Московского НПЦ наркологии [10, с.42] “*Часто встречающейся ошибкой при проведении медицинских освидетельствований не водителей транспортных средств является несоответствие описанной клинической картины вынесенному заключению, при этом обычно факт употребле- ния алкоголя расценивается как состояние опьянения*”. Это за- мечание касается, конечно, контингентов освидетельствуемых, относящихся к “неводителям”, поскольку для определения у них состояния опьянения одного лишь определения алкоголя в выдыхаемом ими воздухе или в биологических жидкостях недостаточно. Однако при этом стоит еще раз напомнить, что *клинический диагноз и заключение по результатам МОСО – это разные вещи*, и при освидетельствовании “водителей” заключение “установлено состояние алкогольного опьянения” в “Акте” (но не в “Направлении”) может быть вынесено и без наличия клиники острой алкогольной интоксикации – лишь по результатам исследования выдыхаемого воздуха.

Не менее важным является значимость указания в “Напра- влении” цели ХТИ, т.е. того, на какое именно вещество или

группы веществ требуется провести исследования. Такое ука- зание, сделанное специалистом, проводящим МОСО, на ос- новании данных анамнеза, клинической оценки состояния освидетельствуемого и определенных обстоятельств освидетель- ствования, также может послужить хорошим подспорьем хи- микам-аналитикам для более эффективного проведения ХТИ. Наконец, в “Направлении” указываются и “дополнительные сведения”, ориентирующие специалистов, выполняющих ХТИ, на поиск конкретных опьяняющих/одурманивающих веществ. Это, например, ставшая известная врачу (фельдшеру) со слов уполномоченных должностных лиц (полицейских и др.) инфор- мация о приеме освидетельствуемым каких-либо ПАВ или иных одурманивающих веществ, об обнаружении у него наркотиков

или иных ПАВ и т.п.

Обязанность по заполнению “Направления”, согласно Инструкции по его заполнению (Приложение №8 к Приказу

№40), возлагается на *медицинского работника, производив- шего отбор биологического объекта*, и это может быть – как правило, это и бывает – средний медицинский работник. Такое положение не может быть признано оптимальным в силу того, какие важные вопросы, определение которых не входит в ком- петенцию среднего медперсонала – предварительный диагноз, наиболее вероятные искомые вещества и др. – указываются в “Направлении”. Кстати, это положение не соответствует обла- дающим большей юридической силой “*Правилам определения наркотических средств или психотропных веществ в организме человека при проведении медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспорт- ным средством”, утвержденным ПП РФ № 475 [12], в пункте 2 которых указывается, что направление на ХТИ выдается медицинским работником, осуществляющим МОСО*. Поэтому врачу-специалисту (фельдшеру), проводящему освидетель- ствование, следует заполнять “Направление” самому или, по крайней мере, тщательнейшим образом его проверить.

Емкости с образцами биоматериала (мочи или крови) в про- цессе транспортировки из медицинской организации, проводя- щей МОСО, в “лаборатории” должны находиться в специальной

сумке-холодильнике. Сама транспортировка осуществляется на транспорте медицинской организации в сопровождении ответственного за доставку биоматериала уполномоченного медицинского работника (пп. 2–4 “Рекомендаций по органи- зации ХТИ”).

*В “лаборатории” биоматериалы, присланные на ХТИ, при- нимает ее заведующий*. Он проверяет целостность упаковки и соответствие образцов биоматериала их сопроводительной документации. Если заведующий лабораторией выявляет не- соблюдение условий хранения биологических объектов после отбора и (или) при их транспортировке, то *они на ХТИ не прини- маются* (пункт 6 Приложения № 10 к Приказу № 40).

Все результаты проверки образцов биоматериалов – и не вызвавшие особых вопросов, и незначимые обнаруженные отклонения от соответствующих требований, и выявленные грубые несоблюдения условий хранения и пр. – подробно описы- ваются в вышеупомянутой “Справке о доставке биологических объектов...” (Приложение № 9 к Приказу № 40). Что касается этого документа, то он:

* + начинает заполняться в медицинской организации, вы- полняющей МОСО и где был произведен забор биома- териалов, ее сотрудником, работающим в день отправки биоматериалов в “лабораторию”;
  + заполняется в двух экземплярах;
  + окончательно заполняется – в частности, строки “Резуль- таты наружного осмотра биологических объектов” и “Выявленные несоответствия” – в “лаборатории”, где проводятся подтверждающие ХТИ. Заверенный штампом “лаборатории” один экземпляр этой справки возвращает- ся в медицинскую организацию, направившую биомате- риалы в лабораторию, другой – остается в “лаборатории”.

Поступившие в “лабораторию” контрольные образцы био- логических объектов, согласно “Рекомендациям по организа- ции ХТИ”, хранятся в опечатываемых холодильных шкафах (холодильниках) при температуре не выше минус 18ºC в течение 2-х месяцев, а согласно “Правилам ХТИ” – 3 месяца. Анализируемые образцы в “лабораториях” хранятся 2-е суток

при температуре – 0–2ºC, а далее – до выполнения исследова- ний – при температуре не выше минус 18ºC также в опечаты- ваемых холодильных шкафах.

И, наконец, завершая рассмотрение алгоритма работы с пробами биологических объектов, отобранных и направленных на ХТИ, хотелось бы обратить внимание читателя на еще один значимый момент. Очевидно, что требования Приказа № 40 очень высоки и даже могут показаться трудновыполнимыми на практике. Неудивительно, что по выходе этого документа были даже официальные обращения в Верховный суд РФ с просьбой признать несоответствующими действующему зако- нодательству некоторые его положения и тем самым уточнить

* следует ли безоговорочно выполнять все рекомендации этого Приказа или рассматривать его нормы как сугубо рекоменда- тельные. Соответствующее Решение по данному Приказу было принято Верховным судом (Решение ВС РФ от 16.12.2014 г.

№ АКПИ14-1262). В нем было указано, что Приказ №40 “*яв- ляется нормативным правовым актом, поскольку содержит правила поведения, рассчитанные на неоднократное приме- нение медицинскими организациями, влекущее юридические последствия для неопределенного круга лиц <...> Наличие слова “рекомендации” в наименовании и тексте Рекомендаций не предполагает его произвольного правоприменения*”. Таким обра- зом, все рекомендации и правила, указанные в Приказе № 40 и “Правилах ХТИ”, обязательны для выполнения: действительно, теоретически при любом относительно значимом их нарушении результаты ХТИ могут быть оспорены заинтересованными ли- цами, в том числе в суде.

## Предварительные химико-токсикологические исследования

Предварительные ХТИ в настоящее время проводят по- средством такого иммунохимического метода, как иммунохро- матографический анализ (ИХА). В его основе лежит реакция антиген-антитело, т.е. явление связывания предварительно полученными специфическими антителами к веществам, ко- торые требуется обнаружить в биопробе, называемых в таком

случае “аналитами”, самих этих веществ (выступающих, таким образом, в роли антигенов).

Метод ИХА относительно не сложен в применении, доста- точно чувствительный, быстрый, т.к. не требует специальной подготовки проб мочи и сложного оборудования. Его можно про- водить прямо в месте отбора мочи. Однако его *существенным недостатком является невысокая специфичность, обуслов- ливающая возможность ложноположительных результатов тестирования в силу кросс-реакций антител с веществами или лекарствами, не относящимися к конкретным ПАВ и иным веществам, вызывающим опьянение* [19]. Поэтому методу ИХА придается значение при отрицательном результате. *А если анализ положительный, то он должен обязательно подтверж- даться более точными методами, выполняемыми в рамках второго этапа ХТИ, т.е. подтверждающими исследованиями* (пункт 10 “Правил ХТИ”).

Предварительные ХТИ проводятся, согласно пункту 8 “Правил ХТИ”, с обязательным использованием портативных *иммунохимических анализаторов* (*рис. 5, 6, 7*). Эти приборы в автоматическом режиме оценивают результаты иммунохрома- тографических экспресс-тестов (тест-полосок, тест-кассет, био- сенсоров и др.), непосредственно контактирующих с образцом мочи и определяющих содержание в ней веществ.

Применение этих приборов позволяет:

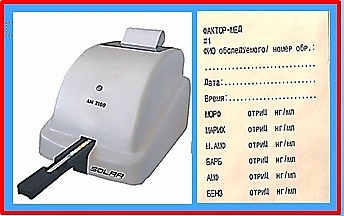
* избежать весьма вероятной при визуальной оценке ре- зультата исследования субъективности, т.к. анализаторы оценивают данные экспресс-тестов и определяют кон- центрацию искомых веществ в биопробе автоматически

– путем сравнения полученного результата с взятой из памяти прибора эталонной калибровочной кривой для определенного вещества (при ее наличии в памяти);

* распечатать результаты исследования на бумажном но- сителе;
* сохранять результаты исследования в базе данных во встроенной памяти, что позволяет при необходимости проводить ретроспективный контроль исследований.



**Рис. 5.** Один из типов портативных иммунохимических анализаторов: справа – он соединен с ноутбуком, на дисплей которого выводятся результаты анализа; слева – момент вставки иммунохроматографической тест-кассеты (в руках медработника), определяющей наличие ПАВ в моче, в анализатор.



**Рис. 6.** Один из типов портативных иммунохимических анализаторов: слева – сам прибор с вставленной в него иммунохроматографической тест-полоской; справа – распечатка результата исследования мочи, выполненного этим анализатором.



**Рис. 7.** Один из типов портативных иммунохимических анализаторов: слева – сам прибор, соединенный с принтером; справа – тубы (открытая и закрытая) с биосенсорами (тест-полосками) для выявления ПАВ в моче, необходимыми для работы этого типа анализатора.

Согласно пункту 10 “Правил ХТИ”, если в ходе предвари- тельных ХТИ в пробе мочи не выявляются наркотики, психо- тропные вещества и/или иные опьяняющие или одурманива- ющие вещества, выносится заключение об их “*отсутствии в исследованной пробе биологического объекта*”, и второй этап ХТИ (подтверждающие методы) не проводится. В противном случае проводится второй этап ХТИ.

Вместе с тем следует учитывать определенный уровень лож- ноотрицательных результатов предварительных ХТИ, а также тот факт, что посредством ИХА не выявляются новые ПАВ, постоянно появляющиеся на нелегальном рынке наркотиков. Поэтому существует вполне обоснованное мнение, что если даже у лиц *с установленной при осмотре клинической картиной опьянения* предварительные ХТИ показали отрицательный результат, то взятые у них образцы биоматериалов все же целе- сообразно направлять на хромато-масс-спектрометрию, т.е. на подтверждающие методы ХТИ. И в ряде регионов России – там, где есть соответствующие материальные и организационные ресурсы – это уже делается, что значительно повышает каче- ство МОСО.

## Подтверждающие химико-токсикологические исследования

Подтверждающие ХТИ проводятся в клинико-диагности- ческих или химико-токсикологических лабораториях нар- кологических (диспансеров и т.д.) или иных медицинских организаций. Согласно пункту 8 “Правил ХТИ” они выполня- ются “методами газовой и (или) жидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием” или, по другой терминологии, методом *хромато-масс-спектрометрии*. Это высокоспецифичный и высокочувствительный метод, пригод- ный для определения и идентификации малых, даже следовых концентраций различных химических субстанций, в том числе наркотиков, психотропных и иных опьяняющих веществ.

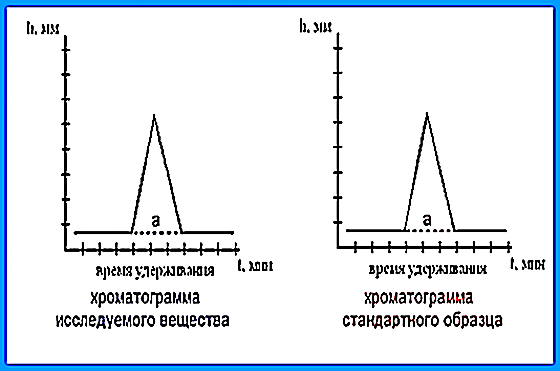
*Хромато-масс-спектрометрия представляет собой соче- тание двух аналитических методов*:

* + *хроматографии*, позволяющей разделять анализируе- мые сложные смеси веществ (мочу и др.) на обособленные друг от друга более простые компоненты/вещества;
  + *масс-спектрометрии* – способа исследования отдельных, выделенных при хроматографии компонентов/веществ, их идентификации и установления их химической струк- туры и концентрации. Соответственно, *хромато-масс- спектрометрия осуществляется посредством работы двух приборов – хроматографа и масс-спектрометра, соединенных специальным интерфейсом в единое устрой- ство – хромато-масс-спектрометр*. Кроме того, хромато- масс-спектрометр всегда комплектуется компьютером, обрабатывающим полученные данные по специальному алгоритму и выдающим результаты исследования в виде:
    - * 1. графиков – хроматограмм с их анализом и 2) масс- спектров, т.е. специфических характеристик отдельных веществ, выявленных в исследованных пробах биологи- ческих материалов.

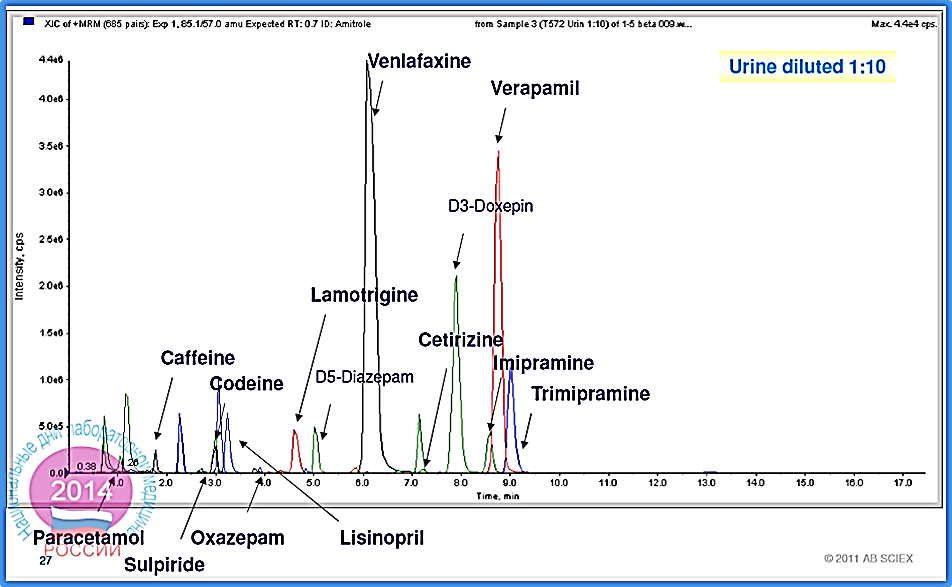
При хромато-масс-спектрометрии проба исследуемой слож- ной смеси вводится в инжектор (блок ввода проб) хроматогра- фа, откуда поступает в хроматографическую колонку. Здесь

анализируемая смесь разделяется на отдельные вещества/ компоненты, которые выходят из хроматографической колон- ки порознь, каждый в свое время. Время от введения пробы анализируемой смеси в инжектор до выхода из колонки назы- вается “*временем удерживания*”: оно специфично для каждого компонента сложной смеси и определяется присущими только ему физико-химическими свойствами. “Время удерживания” отдельного компонента регистрируется специальным устрой- ством – детектором и фиксируется в виде пиков (см. *рис. 8* и *9*) на графике, называемом *хроматограммой*.

В части случаев уже по хроматограмме можно идентифи- цировать содержащиеся в анализируемой пробе вещества, сравнивая параметры соответствующих им пиков на полу- ченной хроматограмме с параметрами пиков стандартного или известного вещества (*рис. 8* и *9*). По параметрам пиков на хроматограмме – их площади и высоте – также можно оценить и количество вещества в пробе.



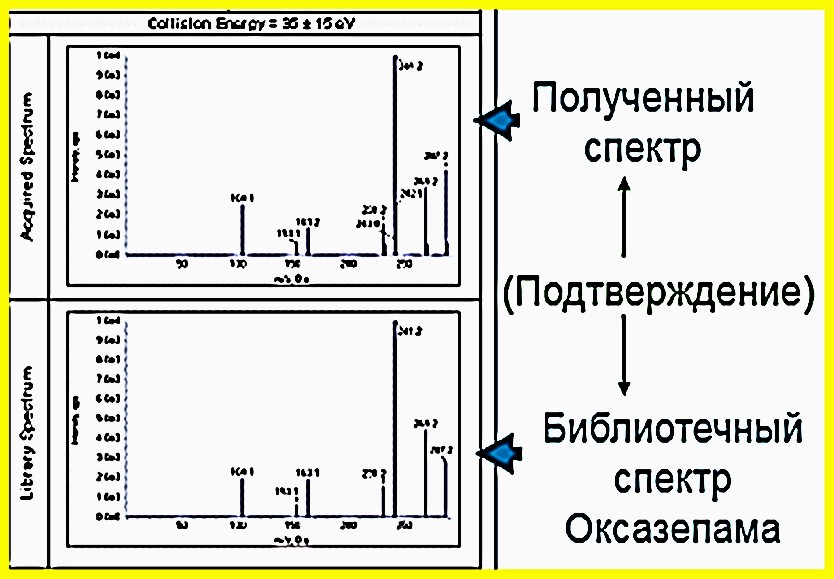
**Рис. 8.** Сравнение хроматограмм исследуемого и стандартного веществ (схема).



**Рис. 9.** Установление по хроматограмме препаратов, принимаемых пациентом. На данном рисунке представлена хроматограмма пробы мочи пациента с попыткой суицида. Источник: <http://www.fedlab.ru/upload/> medialibrary/eff/kirilyuk-aa-\_-mass\_spektrometriya.-volgograd-2015.pdf [6].

В зависимости от особенностей исследуемой смеси и требо- ваний к точности результатов используются хроматографы с разными принципами действия: газовые (ГХ), газово-жидкост- ные (ГЖХ) и наиболее результативные – высокоэффективные жидкостные (ВЭЖХ).

Из хроматографа обособленные вещества/ компоненты ана- лизируемой сложной смеси последовательно поступают в масс- спектрометр (МС), который, в свою очередь, устанавливает их особые параметры – *масс-спектры*. Масс-спектр специфичен для каждого вещества, являясь как бы его молекулярным “от- печатком пальцев”. Сравнивая полученный с помощью масс- спектрометра масс-спектр некоторого вещества с масс-спектрами уже известных веществ из электронных библиотек (баз данных), хранящихся во встроенной памяти сопряженного с хромато- масс-спектрометром компьютера, можно идентифицировать это вещество (*рис. 10*).

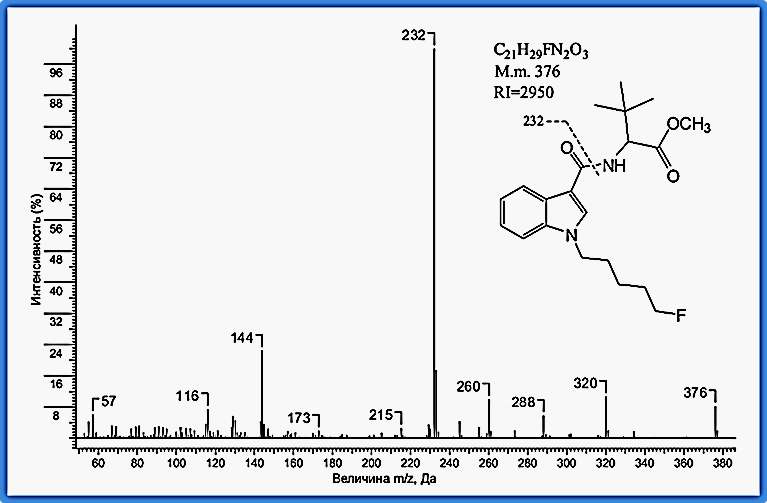


**Рис. 10.** Идентификация вещества оксазепам посредством сравнения полученного масс-спектра с эталоном. Источник: <http://www.fedlab.ru/> prezentatsii- > Мещанкина Ижевск.pdf [9].

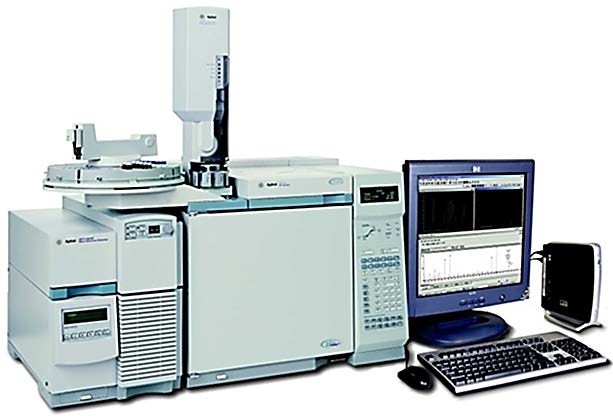
Библиотеки масс-спектров поставляются вместе с хромато- масс-спектрометром.

При выявлении новых ПАВ и установлении их масс-спектров электронные библиотеки, соответственно, могут пополняться. Например, на *рис. 11* изображены молекулярная структура и масс-спектр метаболита каннабимиметика MDMB-2201 – срав- нительно недавно внесенного в электронные библиотеки ново- го психоактивного вещества. Первые случаи выявления этого нового ПАВ и его основных метаболитов в России произошли в марте–апреле 2019 года в городах Тюмень, Екатеринбург, Курган при исследовании мочи потребителей курительных смесей (спайсов) с использованием газовой хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием [5].

Газовый хроматограф (ГХ) и масс-спектрометр (МС), соеди- ненные вместе, образуют *газовый хромато-масс-спектрометр* (ГХ-МС) (*рис. 12*).



**Рис. 11.** Масс-спектр и структура (справа вверху) метаболита нового психоактивного вещества из класса каннабимиметиков (синтетических каннабиноидов) – MDMB-2201. Источник: Катаев С.С. и соавт., 2019 [5].

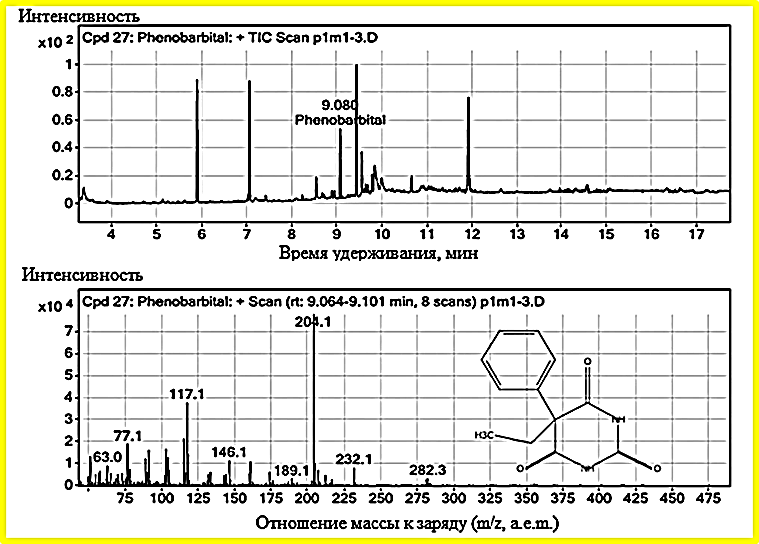


**Рис. 12.** Газовый хромато-масс-спектрометр.

ГХ-МС в настоящее время оборудованы большинство кли- нико-диагностических и химико-токсикологических лабора- торий наркологических медицинских организаций и иных учреждений, выполняющих второй этап ХТИ, необходимых для установления заключения при МОСО. С помощью этих устройств можно выявлять химические вещества не только в биологических жидкостях, но и в других биологических мате- риалах – волосах, ногтях.

На *рис. 13* изображены полученные с использованием га- зовой хромато-масс-спектрометрии 1) хроматограмма волос, предварительно специальным образом подготовленных для воз- можности анализа посредством хромато-масс-спектрометрии, и

* + - * 1. масс-спектр выявленного в них фенобарбитала, На данном рисунке наглядно видна специфика графиков, с одной сторо- ны, хроматограммы волос с указанным на ней пиком, соответ- ствующим фенобарбиталу, и, с другой стороны, масс-спектра фенобарбитала в виде комплекса пиков, каждый из которых соответствует различным изотопам ионизированных атомов, составляющих молекулу этого вещества.



**Рис. 13.** Хроматограмма образца волос (вверху), на которой обозначен пик, соответствующий фенобарбиталу, и масс-спектр и формула (внизу) фенобарбитала, обнаруженного в этом образце волос.

Источник: Слустовская Ю.В. и соавт., 2017 [18].

Однако у газового хромато-масс-спектрометра есть ряд недостатков: 1) ограничения по скринингу классов веществ;

1. меньшая чувствительность по сравнению с жидкостным хромато-масс-спектрометром; 3) трудоемкость в использовании, т.к. исследуемые пробы вещества перед анализом приходится подвергать обширной и трудоемкой пробоподготовке, в том числе химической модификации – дериватизации [6].

Практика показывает, что наиболее результативным ме- тодом при проведении второго этапа ХТИ, необходимых для вынесения заключения по результатам МОСО, является *вы- сокоэффективная жидкостная хроматография с тандемной масс-спектрометрией* [6]. Этот метод позволяет выявлять сложные по строению молекулы в многокомпонентных смесях, каковыми являются биологические жидкости (моча или кровь). Он имеет более высокую чувствительность по сравнению с газовой хромато-масс-спектрометрией, что обеспечивает боль- шую производительность ХТИ и большую информативность их результатов. Этот метод реализуется посредством исполь- зования жидкостных тандемных хромато-масс-спектрометров (ВЭЖХ/МС/МС) (*рис. 14*), состоящих из высокоэффективного жидкостного хроматографа и двух (тандема) последовательно соединенных масс-спектрометров.



**Рис. 14.** Современный жидкостный тандемный хромато-масс-спектрометр (ВЭЖХ/МС/МС).

*Окончательное заключение по результатам ХТИ делается именно по завершении их второго этапа – подтверждающих исследований*. Таким образом, при положительных результатах предварительных ХТИ проводится их проверка подтверждаю- щими ХТИ и при их отрицательных результатах в “Справке о результатах химико-токсикологических исследований” (Приложение № 11 к Приказу № 40) делается запись о том, что искомые, указанные в направлении как цель исследования ве- щества (средства), не обнаружены (пп. 6 и 7 Приложения № 12 к Приказу № 40). И, наоборот, при положительных результатах, подтверждающих ХТИ, в справке указывается – что именно обнаружено и в какой концентрации.

В *табл. 6* приведены взятые из публикации сотрудников Московского НПЦ наркологии [1] данные по выявлению основ- ных видов ПАВ в биопробах лиц, привлеченных к МОСО, по результатам ХТИ, проведенных в Москве в 2014–2018 гг.

*Таблица 6*

**Данные результатов ХТИ по основным видам ПАВ в Москве в 2014–2018 гг.\* (в скобках – % от числа лиц с положительными результатами ХТИ)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Год | Опиоиды (%) | | Фито- канна- бино- иды (%) | Синте- тичес- кие канна- бино- иды (%) | Амфе- тами- ны (%) | Синте- тичес- кие кати- ноны (%) | Лекар- ствен- ные препа- раты (%) |
| опиои- ды (без мета- дона) (%) | мета- дон (%) |
| 2014 | 5597 | 216 | 3521 | 1143 | 1122 | 99 | 925 |
| (30,6) | (1,2) | (19,2) | (6,2) | (6,1) | (0,5) | (5,1) |
| 2016 | 3435 | 415 | 4771 | 243 | 1630 | 746 | 1728 |
| (18,4) | (2,2) | (25,6) | (1,3) | (8,7) | (4,0) | (9,3) |
| 2018 | 1649 | 552 | 3848 | 32 | 943 | 823 | 2760 |
| (10,2) | (3,4) | (23,8) | (0,2) | (5,8) | (5,1) | (17,1) |

*Примечание:*

* – Источник: Бурцев А.А., Егоров В.Ф., Ненастьева А.Ю. и соавт., 2019 [1].

Очень любопытными, вытекающими из данной таблицы фактами, являются наблюдающиеся в Москве в течение пяти лет – с 2014 по 2018 г. – тенденции:

* + существенное снижение и абсолютного числа выявлен- ных лиц, употребивших опиоды (кроме метадона), и их доли в общем количестве лиц с положительными резуль- татами ХТИ;
  + резкое снижение абсолютного числа выявленных лиц, употребивших синтетические каннабиноиды, а также и их доли в общем количестве лиц с положительными результатами ХТИ;
  + резкое увеличение абсолютного числа выявленных лиц, употребивших синтетические катиноны (“соли”), а так- же их доли в общем количестве лиц с положительными результатами ХТИ;
  + значительное увеличение абсолютного числа выявлен- ных лиц, употребивших различные, вызывающие опья- нение, лекарственные препараты, а также их доли в общем количестве лиц с положительными результатами ХТИ.

Анализ этих данных представляется очень интригующим, но не входит в цели данной работы.

Контрольные вопросы по **разделу 6**

* 1. Назовите два актуальных на сегодняшний день норматив- ных акта Минздрава РФ, регламентирующих организацию и правила проведения химико-токсикологических исследований (ХТИ) при медицинском освидетельствовании на состояние опьянения.
  2. На какие группы веществ, включая их производные, ме- таболиты и аналоги, в обязательном порядке исследуются пробы биоматериалов в рамках ХТИ при МОСО?
  3. Какой биоматериал является предпочтительным для про- ведения ХТИ и почему?
  4. На какие два этапа подразделяется ХТИ образцов мочи при МОСО и что входит в каждый из этих этапов?
  5. При каких ситуациях производится ХТИ крови лица, которому осуществляется МОСО, где и как выполняются эти исследования?
  6. Измерения каких параметров образцов мочи проводятся в первые пять минут после ее отбора в целях исключения их фальсификации и как следует поступать медработнику, про- водящему МОСО, если освидетельствуемый пытается фальси- фицировать пробу мочи?
  7. Где могут проводиться предварительные ХТИ образцов мочи и в какие сроки от момента отбора образцов мочи у осви- детельствуемого они должны проводиться?
  8. В какие сроки, согласно “Правилам проведения химико- токсикологических исследований...”, утвержденным Приказом МЗ РФ № 933н, отобранные образцы мочи должны быть достав- лены в медицинскую организацию, проводящую подтверждаю- щие исследования, если в них возникла необходимость?
  9. Как должны храниться отобранные для ХТИ образцы мочи в месте их отбора в первые двое суток и в последующие сутки до отправки на подтверждающие ХТИ?
  10. В чем особенность контейнера, в котором хранится кон- трольный образец мочи, отобранной у освидетельствуемого, и в каком виде и каким образом отобранные образцы мочи до- ставляются в лаборатории, где проводятся ХТИ?
  11. Какие требования существуют в отношении порядка от- бора проб крови для последующей отправки на ХТИ и какие требования предъявляются к рабочему месту, где проводится отбор крови? В какие сроки пробы крови должны быть достав- лены в лаборатории для проведения ХТИ и как они должны храниться до момента отправки?
  12. Каков порядок подготовки емкостей с образцами био- материала (контейнеров, флаконов, пробирок и пр.) перед их отправкой в “лаборатории” для проведения ХТИ и какая сопро- водительная документация к ним прилагается?
  13. Расскажите о порядке и особенностях заполнения “На- правления на химико-токсикологические исследования” и “Справке о доставке биологических объектов на химико-ток- сикологические исследования” (соответственно, Приложения

№ 7 и № 9 к Приказу № 40)?

* 1. Являются ли требования и нормы, указанные в Приказе

№ 40, рекомендательными или же они обязательны для вы- полнения всеми медицинскими работниками, выполняющими МОСО, и не допускают произвольного правоприменения?

* 1. Посредством какого иммунохимического метода в насто- ящее время проводятся предварительные ХТИ, какое явление лежит в его основе и в чем преимущества и недостатки этого метода?
  2. Посредством каких приборов выполняются предвари- тельные ХТИ и какие преимущества дает использование этих приборов?
  3. Какой результат предварительных ХТИ требует обяза- тельного выполнения подтверждающих ХТИ?
  4. Где проводятся подтверждающие ХТИ и посредством каких методов они выполняются?
  5. Что представляет собой метод хромато-масс-спектро- метрии, какие два химико-аналитических метода он объединяет и посредством каких приборов осуществляется?
  6. Какая разновидность хромато-масс-спектроскопии рас- сматривается в настоящее время как наиболее эффективный метод при проведении второго этапа ХТИ, необходимых для вынесения заключения по результатам МОСО?

# Оформление результатов медицинского освидетельствования на состояние опьянения

## Вынесение медицинского заключения

## по результатам МОСО в отношении “водителей”

По окончании всех исследований, входящих в МОСО, выно- сится медицинское заключение, которое указывается в пункте 17 “Акта”, и может иметь три варианта:

1. установлено состояние опьянения;
2. состояние опьянения не установлено;
3. от медицинского освидетельствования/его законный пред- ставитель отказался.

В отношении “водителей” медицинское заключение “уста- новлено состояние опьянения” выносится в любом из следую- щих случаев:

1. при положительном результате повторного исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя, т.е. при со- держании алкоголя в выдыхаемом воздухе более 0,16мг/л;
2. при наличии абсолютного этилового спирта в крови в концентрации 0,3 и более грамма на один литр крови;
3. при обнаружении по результатам ХТИ в пробе мочи или крови одного или нескольких наркотиков и (или) психо- тропных веществ *в любой концентрации*.

В отношении “водителей” медицинское заключение “состо- яние опьянения не установлено” выносится при обязательном наличии двух нижеперечисленных условий:

1. отрицательный результат первого или повторного ис- следования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя либо отсутствие абсолютного этилового спирта в крови, т.е. его концентрация менее 0,3 грамма на один литр крови;
2. отсутствие в пробе биологического объекта (мочи или крови) наркотиков и психотропных веществ.

При обнаружении в биоматериале “водителя” любых ве- ществ, способных нарушать психофизиологическое функциони- рование, т.е. одурманивающих или опьяняющих (новых ПАВ, сильнодействующих веществ, лекарств и пр.) и их метаболи- тов, *за исключением алкоголя, наркотиков и психотропных веществ*, медицинское заключение *не выносится*, пункт 17 “Акта” перечеркивается, а в пункте 14 указывается, что имен- но обнаружено и в какой концентрации (пункт 21 “Порядка”). Возникает вопрос – почему же в указанном случае медицинское заключение в отношении “водителей” не выносится?

Дело в том, что, согласно Примечанию к статье 12.8 КоАП РФ [7], административная ответственность наступает при установ- лении факта употребления алкоголя “водителем” (т.е. при кон- центрации алкоголя в выдыхаемом воздухе более 0,16 мг/л и т.д.) и/или при обнаружении в организме “водителя” “наркотических средств или психотропных веществ”. П*ри этом “наркотически- ми средствами или психотропными веществами” юридически являются только субстанции, включенные в “Перечень нарко- тических средств и психотропных веществ...”, утвержденный Постановлением Правительства РФ от 30.06.98 г. №681* [11]. Поэтому при наличии в пробах крови или мочи “водителя” любых одурманивающих или опьяняющих веществ, кроме алкоголя, наркотиков и психотропных веществ (т.е., новых ПАВ, еще не включенных в “Перечень наркотических средств и психотропных веществ...”, некоторых лекарств с седативным эф- фектом и пр.), однозначное привлечение его к административ- ной ответственности за управление транспортом “в состоянии опьянения” в какой-то мере спорно. Окончательное решение в такой ситуации отдается на усмотрение судьи. Теоретически в подобном случае можно было бы без всяких сомнений привлечь “водителя” по статье 6.9 КоАП РФ за употребление “новых по- тенциально опасных ПАВ”, если таковые будут выявлены при ХТИ, но и это на момент написания данного пособия невоз- можно. Дело в том, что до настоящего времени Реестр “новых потенциально опасных ПАВ” не составлен.

## Вынесение медицинского заключения

## по результатам МОСО в отношении “неводителей”

Медицинское заключение “установлено состояние опьяне- ния” в отношении “неводителей”, т.е. всех иных, кроме “води- телей”, освидетельствуемых (см. *табл. 1*, пп.2–8), выносится (пункт 17 “Порядка”) при наличии у них *не менее трех клини- ческих признаков опьянения*, указанных в Приложении № 2 к “Порядку” (*табл. 3*), а также:

1. либо положительных результатах повторного исследова- ния выдыхаемого воздуха на алкоголь;
2. либо обнаружении в пробах мочи или крови любых веществ, способных нарушать психофизиологическое функционирование: наркотических средств, психотроп- ных веществ и их аналогов, иных одурманивающих или опьяняющих субстанций (новых ПАВ, сильнодействую- щих или лекарственных веществ и пр.) и их метаболитов.

Следовательно, в отличие от “водителей”, у “неводителей” вынесение в отношении них медицинского заключения “уста- новлено состояние опьянения” возможно на основании обна- ружения в их организме любых опьяняющих субстанций, а не только алкоголя, наркотиков и психотропных веществ.

Итак, из пункта 17 “Порядка” *четко следует*, что при отсутствии у освидетельствуемого “неводителя” хотя бы 3-х клинических признаков опьянения (см. *табл. 4*), даже и при обнаружении у него в выдыхаемом воздухе алкоголя или в пробах мочи (крови) опьяняющих веществ, состояние опьяне- ния не устанавливается. Очевидно, что такая ситуация может сложиться только если концентрации алкоголя или опьяня- ющих субстанций в организме субъекта так незначительны, что не проявляются клинической картиной опьянения (острой интоксикации).

С другой стороны, заключение “состояние опьянения не установлено” в отношении “неводителей” выносится (пункт 18 “Порядка”) при отсутствии алкоголя в выдыхаемом воздухе, а в образцах мочи или крови – наркотиков и (или) психотроп- ных веществ, новых ПАВ, иных опьяняющих веществ или их

метаболитов. Но какое заключение следует выносить, если у освидетельствуемого обнаруживается менее 3-х клинических признаков опьянения при наличии в организме алкоголя или опьяняющих веществ? *Парадокс в том, что в такой ситуации, руководствуясь пп. 17 и 18 “Порядка”, ни статуса опьянения, ни его отсутствия однозначно не установить*. Возможно, сто- ит восстановить в “Акте” возможность вынесения заключения “установлен факт употребления опьяняющих/одурманивающих веществ”. Тем более, что привлечение “неводителей” к админи- стративной ответственности по статьям 6.9., 20.20., 20.22. КоАП РФ возможно и без установления у них состояния опьянения, а лишь по факту употребления ими любых опьяняющих суб- станций, отражаемом в пункте 14 “Акта”, для фиксации кото- рого достаточно положительного заключения по данным ХТИ. Лишь для привлечения “неводителей” к административной ответственности по статье 20.21. (“Появление в общественных местах в состоянии опьянения”), а – несовершеннолетних лиц – по статье 20.22. (“Нахождение в состоянии опьянения несовер- шеннолетних...”) КоАП РФ требуется вынесение в отношении их именно заключения “установлено состояние опьянения”.

## Вынесение медицинского заключения

## “от медицинского освидетельствования отказался”

Наконец, медицинское заключение “от медицинского осви- детельствования отказался” выносится в случаях:

* + отказа освидетельствуемого от проведения МОСО до его начала;
  + отказа освидетельствуемого при проведении МОСО от осмотра врачом (фельдшером) либо от любого из необ- ходимых инструментальных или лабораторных иссле- дований;
  + фальсификации выдоха или пробы биоматериала (мочи).

В этих случаях медицинское освидетельствование и запол- нение “Акта” прекращаются, а в его пункте 17 и в “Журнале регистрации...” МОСО (Приложение №3 к Приказу № 933н) за- писывается: “от медицинского освидетельствования отказался”.

## Другие важные аспекты заполнения “Акта”

При обнаружении в ходе ХТИ в образцах биоматериалов освидетельствуемого ПАВ или иных опьяняющих веществ их названия указываются в пункте 14 “Акта”. При этом названия наркотиков и психотропных веществ обозначаются в соот- ветствии с “Перечнем наркотических средств и психотропных веществ...”, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 30.06.1998 г. № 681 [11].

“Акт” МОСО заполняется на русском языке в письменной или в электронной форме (с последующей распечаткой). Если “Акт” заполняется в письменной форме, то записи вносятся чернилами или шариковой ручкой синего, фиолетового или черного цвета, а все его пункты должны заполняться разбор- чиво. “Акту” присваивается номер, соответствующий номеру регистрации данного освидетельствования в “Журнале реги- страции...” МОСО.

Если медицинское заключение выносится по результатам ХТИ специалистом, непосредственно не проводившим меди- цинское освидетельствование, в пункте 17 “Акта” указываются его должность, ФИО и сведения о его подготовке по вопросам проведения МОСО. Незаполненные пункты “Акта” перечерки- ваются, *все его страницы пронумеровываются, каждая подпи- сывается специалистом, проводившим МОСО, и заверяется печатью медицинской организации*, в которой было вынесено медицинское заключение.

При наличии сведений (устных или подтвержденных ме- дицинской документацией) о том, что освидетельствуемый принимал (принимает) по назначению врача какие-либо ле- карства, эта информация и источник ее получения вносятся в пункт 15 “Акта”.

В Акте также указываются причины невыполнения той или иной составляющей МОСО, если это было обусловлено состоя- нием освидетельствуемого или какой-либо другой причиной.

Если МОСО проводилось по направлению должностных лиц (сотрудников правоохранительных органов и т.п.), “Акт” составляется в 3-х экземплярах: 1-й экземпляр выдается долж- ностному лицу; 2-й – остается в медицинской организации,

где хранится в течение трех лет после года его выдачи; 3-й – выдается освидетельствованному. Если МОСО проводилось по инициативе освидетельствованного, его работодателя или службы занятости, “Акт” заполняется в 2-х экземплярах: 1-й – выдается инициатору МОСО; 2-й – хранится в медицинской организации, проводившей МОСО.

В методических рекомендациях Московского НПЦ нарколо- гии особо указывается на важность соблюдения “установлен- ного порядка проведения освидетельствования и оформления его результатов”, т.к. “незначительные или формальные” от- клонения от этого порядка ведут к попыткам опротестования медицинского заключения в суде, а также на то, что Приказы МЗ РФ и МЗСР РФ, соответственно, № 933н и № 40 – приказы “прямого действия”, не требующие “каких-либо дополнений и уточнений” [10, c. 43].

Но вот такое утверждение указанных методических реко- мендаций, как “Врач без сомнений должен использовать заклю- чение “состояние опьянения установлено”, когда выявленное лекарственное средство широко используется потребителями в “немедицинских целях” [10, с. 40], нельзя признать коррект- ным. Прежде всего это утверждение уязвимо само по себе: врач, вынося заключение, должен в первую очередь руководствовать- ся положениями “Порядка”, есть у него сомнения или нет. И что касается “водителей”, то если у них в организме выявляется лекарственное средство, реально используемое в рекреацион- ных целях, но не относящееся к наркотикам или психотропным веществам, “состояние опьянения”, согласно “Порядку”, у них не устанавливается, а пункт 17 Акта перечеркивается. Также и у “неводителей” – одно лишь обнаружение в их организме указанного лекарства, но при отсутствии клинических при- знаков опьянения, не обусловливает установление состояния опьянения.

## Уязвимые места действующего “Порядка” проведения МОСО

В действующем “Порядке” имеется ряд некорректных мо- ментов:

1. Уязвимость в части неясности при установлении состо- яния опьянения, вызванного иными, кроме алкоголя, нарко- тиков и психотропных веществ, опьяняющими субстанциями, у контингента “водители”. Очевидно, что такое опьянение на- рушает психофизиологические функции ничуть не менее, чем алкогольное или наркотическое. Так, например, употребление “водителями” перед посадкой “за руль” с рекреационной целью некоторых лекарственных препаратов из списка сильнодей- ствующих веществ – допустим, прегабалина – может вести к состоянию опьянения со всеми возможными вытекающими последствиями. Очевидно, что в такой ситуации “водитель” в случае, если у него установлено состояние опьянения пре- габалином, непременно должен быть привлечен к ответствен- ности, а получается, что это затруднительно. В проекте новой редакции КоАП [17] уже есть уточнения, которые устранят эту уязвимость: в Примечании к статье 21.8. данного проекта указано, что административная ответственность наступает у “водителей” также и “в случае установления состояния опья- нения при наличии в организме человека иных вызывающих опьянение веществ”. Здесь слово “иные” обозначает все другие опьяняющие субстанции, а не только наркотические средства и психотропные вещества.

Принятие новой редакции КоАП потребует внесения изме- нений в “Порядок” в части, касающейся установления состоя- ния опьянения у “водителей” при обнаружении в их организме любых опьяняющих веществ, а не только алкоголя, наркотиков и психотропных веществ.

1. Уязвимость в части противоречия при установлении в ряде ситуаций состояния опьянения у лиц, относящихся к “неводителям”. Так, с одной стороны, состояние опьянения у “неводителей” устанавливается (пункт 17 “Порядка”) при на- личии у них *не менее 3-х клинических симптомов опьянения*

и выявлении в выдыхаемом воздухе алкоголя либо в биома- териалах – любых опьяняющих веществ или их метаболитов. С другой стороны, в пункте 18 “Порядка” указывается, что со- стояние опьянения у “неводителей” *не устанавливается* при отсутствии у них алкоголя в выдыхаемом воздухе и опьяняющих веществ или их метаболитов в моче (крови). Но какое заключе- ние следует выносить при выявлении в организме указанных веществ, но при отсутствии 3-х и более симптомов острой ин- токсикации? Если буквально придерживаться указаний пп. 17 и 18 “Порядка”, то однозначно признать освидетельствуемого трезвым или пьяным не получится. Таким образом, в указанном случае возможна явно излишняя субъективность – и все из этого вытекающее – при квалификации такого состояния здоровья человека, которое влечет за собой “юридически значимые по- следствия”. А в таких ситуациях субъективности должно быть как можно меньше.

1. Уязвимость в части определения *состояния опьянения* у “водителей” лишь на основании выявления у них в моче (крови) *любых (даже следовых!) концентраций* ПАВ и других опьяня- ющих веществ. Некоторые ПАВ, а тем более их метаболиты, сохраняются в организме гораздо дольше, чем само вызванное ими опьянение. Так, каннабис после эпизодического употре- бления сохраняется в организме 3-е суток и более, опиоиды – в течение 2–3-е суток (метадон – до недели), бензодиазепины – 3-е суток и т.п. Таким образом, обнаружение малых, тем более следовых, концентраций ПАВ в моче говорит лишь о факте их употребления, но не о состоянии опьянения. Поэтому и юри- дически, и логически обоснованным является привлечение “водителей” к ответственности при выявлении у них в моче (крови) малых концентраций ПАВ и иных опьяняющих ве- ществ за их немедицинское употребление (статья 6.9. КоАП), *но не за управление транспортным средством в состоянии опьянения* (статья 12.8. КоАП). Вероятно, что в перспективе все- таки потребуется законодательное утверждение концентрации различных ПАВ и других опьяняющих веществ – по крайней мере, для начала самых “ходовых” – при которой еще не следует говорить о “состоянии опьянения”. Возможно, это предложение

может вызвать у кого-то некоторое неприятие, но оно в большей мере соответствует тому, что называется “духом закона”, чем нынешнее положение вещей.

В *табл. 7* приведены данные по результатам проведе- ния МОСО среди различных контингентов лиц в Москве в 2014-2018 гг.

*Таблица 7*

**Некоторые результаты МОСО среди различных контингентов в Москве в 2014–2018 гг.\* (где не указано иначе, в скобках – % от общего числа проведенных МОСО)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Год | Проведено МОСО “водителям”,  абс (%) | | Проведено МОСО “на- рушителям”,\*\* абс. (%) | | Прове- дено МОСО  другим\*\*\* группам, абс. (%) | Всего прове- дено, абс. (%) |
| всего | опьянение не установ- лено  (% от “водителей”) | всего | опьянение не установ- лено  (% от “наруши- телей”) |
| 2014 | 9298 | 6071 | 78333 | 13876 | 1733 | 89364 |
| (10,4) | (65,3) | (87,7) | (17,7) | (1,9) | (100) |
| 2016 | 8314 | 4965 | 79554 | 9914 | 1125 | 88993 |
| (9,3) | (59,7) | (89,4) | (12,5) | (1,3) | (100) |
| 2018 | 8176 | 5038 | 78356 | 15848 | 1226 | 87758 |
| (9,3) | (61,6) | (89,3) | (20,2) | (1,4) | (100) |

*Примечания*:

* – Источник: Бурцев А.А., Егоров В.Ф., Ненастьева А.Ю. и соавт., 2019 [1].

\*\* – “Нарушители” – контингенты, обозначенные в пп. 2–4 *табл. 1*.

\*\*\* – “Другие” – контингенты, обозначенные в пп. 5–8 *табл. 1*.

Как можно видеть из *табл. 7*, среди “водителей” состояние опьянения устанавливается на протяжении отслеженного пе- риода практически у одинаковой доли от всех освидетельство- ванных данного контингента – приблизительно у 40%. А у кон- тингента “нарушители” состояние опьянения устанавливается, во-первых, значительно чаще, чем у “водителей” – у 80–88%, а во-вторых, все же имеются некоторые, хотя и незначительные, различия по годам и по абсолютному количеству освидетель-

ствованных нарушителей, и по доле лиц, признанных пьяными. Тоже очень любопытные и требующие анализа данные.

Контрольные вопросы по **разделу 7**

1. В каких случаях по окончании МОСО выносится меди- цинское заключение “установлено состояние опьянения” в от- ношении “водителей”?
2. В каких случаях по окончании МОСО выносится меди- цинское заключение “состояние опьянения не установлено” в отношении “водителей”?
3. В каких случаях по окончании МОСО “водителей” какое- либо медицинское заключение не выносится и пункт 17 “Акта медицинского освидетельствования на состояние опьянения” перечеркивается, и чем это обусловлено?
4. Что указывается в пункте 14 “Акта медицинского освиде- тельствования на состояние опьянения”, если при проведении МОСО “водителя” сложилась такая ситуация, которая не требует вынесения медицинского заключения по результатам МОСО?
5. В каких случаях по окончании МОСО выносится меди- цинское заключение “установлено состояние опьянения” в от- ношении “неводителей”?
6. В каких случаях по окончании МОСО выносится меди- цинское заключение “состояние опьянения не установлено” в отношении “неводителей” и какие затруднения в ряде ситуаций могут возникать при установлении такого заключения, если однозначно руководствоваться пп. 17 и 18 “Порядка прове- дения медицинского освидетельствования...”, утвержденного Приказом Минздрава РФ №933н?
7. В каких случаях при проведении МОСО выносится ме- дицинское заключение “от медицинского освидетельствования отказался” и как в таких ситуациях завершается процедура МОСО?
8. Как обозначаются в “Акте медицинского освидетель- ствования на состояние опьянения” названия наркотических

средств и психотропных веществ, обнаруженных в образцах биоматериалов освидетельствуемого при ХТИ?

1. Если медицинское заключение выносится по результатам ХТИ специалистом, непосредственно не проводившим меди- цинское освидетельствование (т.е. исследование выдыхаемого воздуха, осмотр, опрос и др.), то что следует указать в пункте 17 “Акта медицинского освидетельствования на состояние опья- нения”?
2. Какую информацию о приеме каких-либо лекарств не- обходимо обязательно вносить в “Акт медицинского освидетель- ствования на состояние опьянения”?
3. В каких ситуациях “Акт медицинского освидетельство- вания на состояние опьянения” заполняется в 3-х, а в каких – в 2-х экземплярах и как распределяются эти экземпляры в обоих случаях?

# На “десерт”: “синдром автопивоварни”

Синдром автопивоварни (англ. – auto-brewery syndrome), или синдром кишечной ферментации – очень редкое и часто не распознанное заболевание, при котором наблюдается массив- ный процесс брожения в кишечнике больного и превращения углеводов в этанол. Синдром автопивоварни (синдром АПВ) может развиваться после длительной терапии антибиотиками у лиц с диабетом, ожирением, болезнью Крона, “синдромом короткой кишки”, а иногда – и у здоровых. Он обусловлен па- тологическим разрастанием в кишечнике больного большого количества колоний дрожжевых грибов класса “сахаромицеты” и рода “Candida” [25, 27].

Синдром АПВ может клинически вообще никак не про- являться, и обнаруживается только при определении повы- шенной концентрации алкоголя в сыворотке крови у человека после употребления им большого количества углеводов при том, что потребления спиртных напитков не было. В других случаях – при значительном повышении уровня эндогенного алкоголя – он проявляется заторможенностью, нарушениями координации, поведенческой расторможенностью, лабильно- стью настроения [25, 27, 28]. Уровень эндогенного алкоголя в крови при синдроме АПВ колеблется в широких пределах – от 22,3 до 200 mg/dL [27], а в одном источнике указывается, что может быть зафиксирован даже уровень в 400 mg/dL [28] 9.

Во многих случаях повышение уровня алкоголя в крови при синдроме АПВ ошибочно расценивают как факт употребления спиртного, что может оказаться медицинской, социальной и юридической проблемой для субъекта. Так, у пациентов с дли- тельным воздействием эндогенного этанола на организм, как правило, развивается патология печени, а иногда наблюдается формирование синдрома зависимости от алкоголя, проявления которого сохраняются даже после устранения симптомов АПВ [25].

9 В более привычных для нас единицах измерения это составляет от 0,223 до 4 г (!) на литр.

Описан казуистический случай [27], когда пациент – муж- чина 46 лет – после прохождения курса мощной антибиотико- терапии обратился к своему семейному врачу с жалобами на лабильность настроения, чувство неясности сознания и ранее не характерные для него агрессивность и раздражительность. Пациент был направлен к психиатру, который лечил его ло- разепамом и флуоксетином. Затем этот пациент был задержан полицией с подозрением на вождение автомобиля в состоянии опьянения, но отказался от исследования алкоголя в выдыха- емом воздухе и был госпитализирован. В стационаре был об- наружен алкоголь в крови в концентрации 200 mg/dL, т.е. 2 г/л, что соответствует средней степени опьянения. И персонал боль- ницы, и полиция отказались верить пациенту, категорически отрицавшему употребление алкоголя, и тот был привлечен к ответственности за вождение в нетрезвом виде. Но все же в ко- нечном счете, после тщательного медицинского обследования, больному был определен диагноз “auto-brewery syndrome”, т.е. синдром автопивоварни. При этом между первым обращением к врачу и постановкой окончательного диагноза прошло 6 лет. В целом случаи рассмотренного синдрома наблюдаются крайне редко и обычно остаются нераспознанными. В литера- туре на русском языке описаний подобных прецедентов нет. Но очевидно, что помнить о возможности такого патологического

состояния все же следует.

Контрольные вопросы по **разделу 8**

* 1. Что такое синдром автопивоварни, или синдром кишечной ферментации и чем он клинически проявляется?
  2. У субъектов с какой патологией и после чего может раз- виваться синдром автопивоварни?

### ПРИЛОЖЕНИЕ 1

# Основные нормативно-правовые акты, содержащие положения, касающиеся регламентации

**медицинского освидетельствования на состояние опьянения**

## А. Федеральные законы

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Глава 7 “Медицинская экспертиза и медицинское освидетельствование” и др.).
2. Федеральный закон от 08.01.1998 г. №3-ФЗ “О наркотиче- ских средствах и психотропных веществах” (статьи 40, 44 и др.).
3. “Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях” от 30.12.2001 г. №195-ФЗ (КоАП РФ).
4. Федеральный закон от 7.02.2011г. №3-ФЗ “О полиции” (часть 1 статьи 13).
5. Федеральный закон от 10.12.1995 г. №196-ФЗ “О безопас- ности дорожного движения”.
6. “Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации” от 18.12.2001 г. №174-ФЗ (УПК РФ).

## Б. Подзаконные правовые акты

1. Постановление Правительства РФ от 23.10.1993 г. №1090 “О Правилах дорожного движения” (вместе с “Основными по- ложениями по допуску транспортных средств к эксплуатации и обязанности должностных лиц по обеспечению безопасности дорожного движения”).
2. Постановление Правительства РФ от 26.06.2008 г. №475 “Об утверждении Правил освидетельствования лица, которое управляет транспортным средством, на состояние алкоголь- ного опьянения и оформления его результатов, направления указанного лица на медицинское освидетельствование на со- стояние опьянения, медицинского освидетельствования этого

лица на состояние опьянения и оформления его результатов и Правил определения наличия наркотических средств или психотропных веществ в организме человека при проведении медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством”.

1. Постановление Правительства РФ от 23.01.2015 г. №37 “Об утверждении Правил направления на медицинское осви- детельствование на состояние опьянения лиц, совершивших административные правонарушения”.
2. Приказ МЗ РФ от 18.12.2015 г. №933н “О порядке про- ведения медицинского освидетельствования на состояние алкогольного опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)”.
3. Приказ МЗСР РФ от 27.01.2006 г. №40 “Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других ток- сических веществ”.
4. Приказ МВД РФ от 04.08.2008 г. №676 “Об утверждении форм акта освидетельствования на состояние алкогольного опьянения и протокола о направлении на медицинское осви- детельствование на состояние опьянения”.
5. Приказ Минздрава РФ от 30.06.2016 г. №441н “О порядке проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и хи- мико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов”.
6. Приказ Минздрава РФ от 15.06.2015 г. №344н “О про- ведении обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транс- портных средств)”.

**Список литературы**

1. Бурцев А.А., Егоров В.Ф., Ненастьева А.Ю., Смирнов А.В., Петухов А.Е. Показатели выявления психоактивных веществ в Москве в 2014–2018 гг. // Наркология. – 2019. – Том 18. – №12. – С.33-44.
2. Бурцев А.А., Баканов К.С. Анализ основных показателей авто- дорожного травматизма в Российской Федерации в 2007–2019 гг. // Наркология.– 2020. – Том 19. – №3. – С. 20-30.
3. ВОЗ. Европейский портал информации здравоохранения // СКС, дорожно-транспортные происшествия, в любом возрасте, на 100000 населения – 2018. – URL: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/ hfa\_167-1740-sdr-motor-vehicle-traffic-accidents-all-ages-per-100-000/ (дата обращения: 01.07.2020).
4. Егоров В.Ф. Некоторые вопросы медицинского освидетельство- вания на состояние опьянения // Независимость личности. – 2011.

– №1(5). – С.33-35.

1. Катаев С.С., Дворская О.Н., Гофенберг М.А., Дунилин А.В. Изучение метаболического профиля каннабимиметика MDMB-2201 в моче методом газовой хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием // Электронный журнал “МЕДИЦИНА”. – 2019.

– №3. – С.104-120. URL: [https://www.fsmj.ru/015387.html](http://www.fsmj.ru/015387.html) (дата об- ращения: 01.07.2020).

1. Кирилюк А.А. Применение методов масс-спектрометрии (ВЭЖХ-МС) в современной клинической лаборатории // ФЕДЕРАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ – 2019. – URL: http://www.fedlab. ru/upload/medialibrary/eff/kirilyuk-aa-\_-mass\_spektrometriya.- volgograd-2015.pdf (дата обращения: 01.07.2020).
2. “Кодекс Российской Федерации об административных правона- рушениях” от 30.12.2001 №195-ФЗ (КоАП РФ) // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов URL: [http://docs.cntd.](http://docs.cntd/) ru/document/901807667 (дата обращения – 01.07.2020).
3. МВД настаивает на пересмотре целевого показателя смертности на дорогах // Независимая газета – 20.07.2020. – URL: [https://www.](http://www/) ng.ru/content/news/684840/ (дата обращения – 24.07.2020).
4. Мещанкина Т.Е. Применение тандемной масс-спектрометрии в клинической лабораторной диагностике // ФЕДЕРАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ URL: https://fedlab.ru/upload/ medialibrary/000/prezentatsii-/prezentatsii-kazan/Мещанкина\_ Химэксперт.pdf (дата обращения: 07.06.2020).
5. Бузик О.Ж., Кошкина Е.А., Егоров В.Ф., Бурцев А.А. и др. Осви- детельствование на состояние опьянения: совершенствование каче- ства лицензируемого вида медицинской деятельности. Методические рекомендации. – М.: ГБУЗ “Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы”, 2019.

– 46 с.

1. “Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации”, утвержденный Постановлением Правительства РФ от 30.06.1998 г.

№681 // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов. URL: <http://docs.cntd.ru/document/901711867> (дата об- ращения: 24.07.2020).

1. Постановление Правительства РФ от 26.06.2008 г. №475 “Об утверждении Правил освидетельствования лица, которое управляет транспортным средством, на состояние алкогольного опьянения и оформления его результатов, направления указанного лица на меди- цинское освидетельствование на состояние опьянения, медицинского освидетельствования этого лица на состояние опьянения и оформле- ния его результатов и Правил определения наличия наркотических средств или психотропных веществ в организме человека при проведе- нии медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством” // КонсультантПлюс URL: <http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_77976/>(дата обращения: 01.07.2020).
2. Постановление Правительства РФ от 23.01.2015 г. №37 “Об утверждении Правил направления на медицинское освидетельство- вание на состояние опьянения лиц, совершивших административные правонарушения” // КонсультантПлюс URL: <http://www.consultant.ru/> document/cons\_doc\_LAW\_174719/ (дата обращения: 01.07.2020).
3. Приказ МВД РФ от 04.08.2008 г. №676 “Об утверждении форм акта освидетельствования на состояние алкогольного опьянения и протокола о направлении на медицинское освидетельствование на состояние опьянения” // КонсультантПлюс URL: http://www.consultant. ru/document/cons\_doc\_LAW\_79447/ (дата обращения: 02.07.2020).
4. Приказ МЗСР РФ от 27.01.2006 г. №40 “Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналити- ческой диагностике наличия в организме человека алкоголя, нар- котических средств, психотропных и других токсических веществ” // КонсультантПлюс URL: <http://www.consultant.ru/document/cons_doc_> LAW\_58773/ (дата обращения: 03.07.2020).
5. Приказ МЗ РФ от 18.12.2015 г. №933н “О порядке проведе- ния медицинского освидетельствования на состояние алкогольного опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)” // КонсультантПлюс URL: <http://www.consultant.ru/document/cons_doc_> LAW\_195274/ (дата обращения: 01.07.2020).
6. Проект “Кодекс Российской Федерации об администра- тивных правонарушениях” (подготовлен Минюстом России, ID проекта 02/04/01-20/00099059) (текст по состоянию на 30.01.2020)

// ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПОРТАЛ ПРОЕКТОВ НОРМАТИВНЫХ

ПРАВОВЫХ АКТОВ URL: https://regulation.gov.ru/projects/List/ AdvancedSearch#npa=99059 (дата обращения: 14.06.2020).

1. Слустовская Ю.В., Крысько М.В., Стрелова О.Ю. Разработка методики ферментативного гидролиза для изолирования токсичных веществ из образцов волос // Судебно-медицинская экспертиза. – 2017.

– 60(2). – С. 36-40. doi: 10.17116/sudmed201760236-40.

1. Сорокина Ю.А., Солдатова А.Н. Занозин А.В., Ловцова Л.В. Влияние лекарственных средств на результаты лабораторных ис- следований на наркотические и психотропные вещества // Между- народный научно-исследовательский журнал. – 2019. – №12(90). – Ч.2. – С. 210-214. URL: https://research-journal.org/medical/vliyanie- lekarstvennyx-sredstv-na-rezultaty-laboratornyx-issledovanij-na- narkoticheskie-i-psixotropnye-veshhestva. (дата обращения: 28.07.2020). doi: 10.23670/IRJ.2019.90.12.045.
2. “Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации” от 18.12.2001 №174-ФЗ // КонсультантПлюс URL: http://www.consultant. ru/document/cons\_doc\_LAW\_34481/ (дата обращения: 02.07.2020).
3. Фаттахов Т.А., Немцов А.В. Политика ограничения потребле- ния алкоголя в контексте смертности на дорогах России в 1956–2018 гг. (аналитический обзор) // Вопросы наркологии. – 2020. – №2. – С.70-91.
4. Федеральный закон от 08.01.1998 г. № 3-ФЗ “О наркотических средствах и психотропных веществах” // Президент России URL: http:// kremlin.ru/acts/bank/11860 (дата обращения: 01.07.2020).
5. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ “Об основах ох- раны здоровья граждан в Российской Федерации” // МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ URL: https:// minzdrav.gov.ru/documents/7025 (дата обращения: 01.07.2020).
6. Целинский Б.П. Правовое регулирование наркологической помощи: Руководство. – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П.Сербского” МЗ России, 2018. – 67 с.
7. Cordell B.J., Kanodia A., Miller G.K. Case–Control Research Study of Auto-Brewery Syndrome Glob Adv Health Med. – 2019.

–8:2164956119837566. Published online 2019 Apr 18. (дата обращения:

19.06.2020). (doi: 10.1177/2164956119837566).

1. Gainsford A.R., Fernando D.M., Lea R.A., Stowell A.R. A Large- Scale Study of the Relationship Between Blood and Breath Alcohol Concentrations in New Zealand Drinking Drivers // J Forensic Sci. – 2006.

– Jan; – 51(1). – P. – 173-178. URL: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/ abs/10.1111/j.1556-4029.2005.00029.x (дата обращения: 19.06.2020). (doi: 10.1111/j.1556-4029.2005.00029.x.)

1. Malik F., Wickremesinghe P., Saverimuttu J. Case report and literature review of auto-brewery syndrome: probably an underdiagnosed medical condition // BMJ Open Gastroenterology – 2019. – 6:e000325. URL: https://bmjopengastro.bmj.com/content/6/1/e000325 (дата обраще- ния: 19.06.2020). (doi: 10.1136/bmjgast-2019-000325).
2. Painter K., Cordell B.J., Sticco K.L. Auto-brewery Syndrome (Gut Fermentation). In: StatPearls [Internet]. // Treasure Island (FL): StatPearls Publishing – 2020. – Jan. – URL: [https://www.ncbi.nlm.nih.](http://www.ncbi.nlm.nih/) gov/books/NBK513346 (дата обращения: 29.07.2020).
3. Zador P.L., Krawchuk S.A., Voas R.B. Alcohol-related relative risk of driver fatalities and driver involvement in fatal crashes in relation to driver age and gender: an update using 1996 data // Journal of Studies on Alcohol. – 2000. – 61:3. – P. 387-395. URL: http[s://www.jsa](http://www.jsad.com/)d[.com](http://www.jsad.com/)/ doi/10.15288/jsa.2000.61.387 (дата обращения – 19.06.2020).

### Медицинское освидетельствование на состояние опьянения (расширенный конспект лекций)

***Учебное пособие***

*Заведующая редакцией Н.Б. Гончарова*

*Редактор М.М.Игнатенко Компьютерная верстка М.М.Абрамовой*

Подписано в печать 23.12.2021 г.

Формат 60х84/16. Гарнитура Century Schoolbook. Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 5,7.

Федеральное государственное бюджетное учреждение “Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения Российской Федерации

119034 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.

### ДЛЯ ЗАМЕТОК

92