ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СОГЛАСОВАНО
Главный внештатный специалист
психиатр-нарколог
Департамента здравоохранения
города Москвы
_____Е.А. Брюн
«__»_____2019 года

РЕКОМЕНДОВАНО
Решением бюро
Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы №
«14»_____2019 г.

ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ НА СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ: СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЛИЦЕНЗИРУЕМОГО ВИДА МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Методические рекомендации №30

Москва 2019

Организация-разработчик: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»)

Авторы: Егоров В.Ф., Бурцев А.А., Ненастьева А.Ю., Беспалов Д.Е., Смирнов А.В., Петухов А.Е., Волкова А.А..

Рецензенты:
- Новиков Е.М. – Профессор кафедры наркологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская Академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, д.м.н., профессор;
- Кинкулькина М.А. – Заведующая кафедрой психиатрии и наркологии лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ, д.м.н., профессор, чл.-корреспондент РАН.

Предназначение: Для медицинских работников, участвующих в проведении медицинского освидетельствования на состояние опьянения и сотрудников органов внутренних дел: полиции охраны общественного порядка, инспекции по безопасности дорожного движения, подразделений по борьбе с незаконным оборотом наркотиков.

В методических рекомендациях проведен анализ нормативно-правовых актов, регламентирующих порядок медицинского освидетельствования на состояние опьянения, а также освещена деятельность кабинетов медицинского освидетельствования на состояние опьянения Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы и даны предложения по дальнейшему совершенствованию качества работы медицинского персонала при осуществлении этого лицензируемого вида медицинской деятельности.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ 4
ОПРЕДЕЛЕНИЯ 7
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ 11
ВВЕДЕНИЕ 12
ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ 14
Нормативно-правовое регулирование проведения медицинского освидетельствования 15
Организационный аспект проведения медицинского освидетельствования 19
Медицинский аспект проведения освидетельствования 23
Острая алкогольная интоксикация 24
Острая интоксикация, вызванная употреблением опиоидов 28
Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиноидов 299
Острая интоксикация, вызванная употреблением седативных или снотворных средств 29
Острая интоксикация, вызванная употреблением кокаина 30
Острая интоксикация, вызванная употреблением других стимуляторов 31
Острая интоксикация, вызванная употреблением галлюциногенов 31
Острая интоксикация, вызванная употреблением летучих растворителей 32
Острая интоксикация, вызванная сочетанным употреблением ПАВ 32
Острая интоксикация, вызванная употреблением синтетических каннабиноидов 33
Острая интоксикация, вызванная употреблением синтетических катинонов 344
Острая интоксикация, вызванная употреблением синтетических галлюциногенов. 34
Острая интоксикация, вызванная употреблением лекарственных препаратов 34
Оформление результатов медицинского освидетельствования 39
Основные ошибки при проведении медицинского освидетельствования. 41
Меры по повышению качества проводимого медицинского освидетельствования. 43
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 44
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 45

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем документе использованы ссылки на следующие нормативно правовые акты:

- Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (в редакции от 27.12.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями, вступившими в силу с 31.01.2019),

- Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях (КоАП Российской Федерации) от 30.12.2001 №195-ФЗ (в редакции от 06.02.2019),

- Уголовный кодекс Российской Федерации (УК Российской Федерации) от 13.06.1996 №63-ФЗ (в редакции от 27.12.2018) (с изменениями и дополнениями, вступившими в силу с 08.01.2019),

- Федеральный закон №196-ФЗ от 10.12.1995 (в редакции от 27.12.2018) «О безопасности дорожного движения» (с изменениями и дополнениями, вступившими в силу с 30.12.2018),

- Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2002 №930 (в редакции от 01.02.2005) «Об утверждении Правил медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством, и оформления его результатов»[1],

- Постановление Правительства Российской Федерации от 26.06.2008 №475 (в редакции от 10.09.2016) «Об утверждении Правил освидетельствования лица, которое управляет транспортным средством, на состояние алкогольного опьянения и оформления его результатов, направления указанного лица на медицинское освидетельствование на состояние 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»,

- Постановление Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 №291 (в редакции от 08.12.2016) «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»,

---

[1] Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.06.2008 № 475 настоящее постановление признано утратившим силу с 01.07.2008.

• Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.12.2015 №933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)» (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 11.03.2016 №41390),

• Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.07.2003 №308 (в редакции от 18.12.2015) «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения» (с изменениями и дополнениями, вступившими в силу с 01.06.2016),

• Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.01.2006 №40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ»,

• Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №363, Федерального фонда обязательного медицинского страхования №77 от 24.10.1996 (в редакции от 21.01.1997) «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации»[2],

• Приказ Министерства здравоохранения СССР от 08.09.1988 №694 «О мерах по дальнейшему совершенствованию медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения»[3],

• Временная инструкция о порядке медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения и методические указания «Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения», утвержденные Министерством здравоохранения СССР 01.09.1988 №06-14/33-14 (с изменениями от 27.07.2010)[4],

• Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.03.2013 №121н (в редакции от 13.06.2017) «Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной),

---

[2] Документ не применяется в связи с отказом в госрегистрации Министерства юстиции Российской Федерации (Письмо Минюста России от 29.08.2006 №01/7501-ОХ (Информация из Минюста России на 13.09.2006)). Настоящий приказ отменен на основании совместного приказа Минздравсоцразвития России и ФОМС России от 04.05.2007 №318/94.

[3] Не действует на территории Российской Федерации на основании приказа Минздрава России от 21.06.2003 №274.

[4] Не действует на территории Российской Федерации на основании приказа Минздрава России от 27.052016 №321.

скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях» (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 06.05.2013 №28321).

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящем документе применяются следующие термины с соответствующими значениями:

Диагностика – комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий (статья 2 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011).

Интоксикация – состояние, которое возникает после введения психоактивного вещества и приводит к расстройству сознания, познавательной способности, восприятия, суждения, эмоционального состояния или поведения либо других психофизиологических функций и реакций. Эти нарушения обусловлены острыми фармакологическими эффектами вещества и условными рефлексами на него; со временем они исчезают до полного выздоровления, за исключением случаев повреждения тканей или других осложнений. Интоксикация в значительной степени зависит от типа и дозы психоактивного вещества (далее – ПАВ) и обусловлена индивидуальным уровнем толерантности и другими факторами. Острая интоксикация - термин в Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (далее – МКБ-10) для обозначения интоксикации в клиническом смысле (F1x.0). Осложнения могут включать травму, попадание в дыхательные пути рвотных масс, делирий, кому и судороги в зависимости от конкретного вещества и способа употребления (Словарь терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам, ВОЗ, 1996). Выделяются следующие общие диагностические критерии острой интоксикации:

- очевидность недавнего употребления ПАВ (или веществ) в достаточно высоких дозах, чтобы вызвать интоксикацию;
- симптомы и признаки интоксикации должны соответствовать известному действию конкретного вещества (или веществ) и должны отличаться достаточной выраженностью, чтобы привести к клинически значимым нарушениям уровня сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоционального состояния или поведения;
- имеющиеся симптомы или признаки не могут быть объяснены заболеванием, не связанным с употреблением веществ, а также другим психическим или поведенческим расстройством (Наркология: национальное руководство. / Под ред. Иванца Н.Н., Анохиной И.П., Винниковой М.А. – 2-е

изд., перераб. и доп. - М:ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 863-879).

В отечественной литературе под термином «опьянение» обычно понимается острая интоксикация алкоголем и ПАВ, которая не достигает тяжелого уровня. Со временем термин «опьянение» перешел и в законодательные акты. Ранее прослеживалось четкое разграничение: применительно к алкоголю употреблялся термин «опьянение», к ПАВ – «одурманивание». Постепенно в законодательстве «одурманивание» заменялось на «опьянение», и в настоящее время этот термин упоминается только в нескольких законодательных актах, включая термин «одурманивающие вещества» в действующем Порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического). Однако, эти термины никакой юридической силы не имеют, т.к. ни в одном законодательном акте не дано их определение. Применительно к теме настоящих методических рекомендаций в Кодексе Российской Федерации об административных правонарушениях, в Федеральном законе №323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации», в постановлении Правительства Российской Федерации от 18.12.2015 №933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)» – используется термин «опьянение».

Медицинское освидетельствование – совокупность методов медицинского осмотра и медицинских исследований, направленных на подтверждение опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), которое влечёт за собой наступление юридически значимых последствий. Одним из видов медицинского освидетельствования является освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) (пункт 1 часть 2 статьи 65 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011).

Наркотические средства и психотропные вещества – вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации (Федеральный закон от 08.01.1998 №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.1998 №681), международными договорами Российской Федерации, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 г.

Аналоги наркотических средств и психотропных веществ – запрещенные для оборота в Российской Федерации вещества синтетического или естественного происхождения, не включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, химическая структура и

свойства которых сходны с химической структурой и со свойствами наркотических средств и психотропных веществ, психоактивное действие которых они воспроизводят (статья 1 Федерального закона от 08.01.1998 №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»).

Новые потенциально опасные психоактивные вещества – вещества синтетического или естественного происхождения, включенные в *Реестр новых потенциально опасных психоактивных веществ*[5], оборот которых в Российской Федерации запрещен. Федеральным законом от 03.02.2015 №7-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» термин и его определение «новые потенциально опасные психоактивные вещества» были внесены в Федеральный закон от 08.01.1998 №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».

Психоактивные вещества – вещества, способные при однократном приеме изменять психическое состояние человека (настроение, самоощущение, восприятие окружающего), физическое состояние, поведение и другие психофизические эффекты, при систематическом приеме способные вызывать психическую или физическую зависимость. Термин «психоактивные вещества» не имеет юридической силы, т.к. ни в одном законодательном акте не дано его определение, однако, он используется в формулировках некоторых приказов Минздрава России:

- определение наличия *психоактивных веществ* в моче:

– приказ №344н от 15.06.2015 «О проведении обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)»,

– приказ №1034н от 30.12.2015 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ»;

- определение наличия и исследование уровня *психоактивных веществ* в моче:

– приказ №933н от 18.12.2015 «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)»;

- исследование уровня *психоактивных веществ* в моче:

– приказ №299н от 17.05.2016 «Об утверждении стандарта первичной специализированной медико-санитарной помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ»,

– №300н от 17.05.2016 «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ»,

---

[5]Реестр новых потенциально опасных психоактивных веществ, оборот которых в Российской Федерации запрещен, на 01.04.2019 не содержит перечня ПАВ.

– №301н от 17.05.2016 «Об утверждении стандарта первичной специализированной медико-санитарной помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ»,

– №302н от 17.05.2016 «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ».

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

АД – артериальное давление
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ГАИ – Государственная автомобильная инспекция
ГАМК – γ-аминомасляная кислота
ГИБДД – Государственная инспекция по безопасности дорожного движения
ДЗМ – Департамент здравоохранения города Москвы
ДПС – дорожно-патрульная служба
ДТП – дорожно-транспортное происшествие
КоАП – Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях
Минздрав России – Министерство здравоохранения Российской Федерации
МЗСР – Министерство здравоохранения и социального развития
МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра
МО – медицинское освидетельствование
НБ – наркологическая больница
НД – наркологический диспансер
НС – наркотические средства
ОВД – органы внутренних дел
ОМОСО – отделение медицинского освидетельствования на состояние опьянения
ПАВ – психоактивные вещества
ПВ – психотропные вещества
ППМО – передвижной пункт для проведения медицинского освидетельствования
СССР – Союз Советских Социалистических Республик
ТК – Трудовой кодекс
УК – Уголовный кодекс
ФЗ – Федеральный закон
ХТИ – химико-токсикологическое исследование
ХТЛ – химико-токсикологическая лаборатория
ЦНС – центральная нервная система

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность представленных методических рекомендаций определяется высокой распространенностью злоупотребления психоактивными веществами (далее – ПАВ) во всем мире и в Российской Федерации, в частности. Общим свойством для всех ПАВ является их способность вызывать расстройства здоровья после употребления, независимо от того, насколько частым это употребление было. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) глобальное бремя болезней, обусловленное употреблением алкоголя, наркотиков и других ПАВ достигает 5,4% общего бремени болезней.

Алкоголь остается наиболее часто употребляемым ПАВ в России. Особой причиной для беспокойства специалистов является не только высокий процент потребителей алкоголя и значительное количество людей, сообщающих о ежедневном приеме алкоголя, но и раннее начало потребления алкоголя и случаи опьянения в подростковом возрасте. Так, согласно данным мониторингового исследования Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) («Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья»), процент российских школьников, регулярно употребляющих алкоголь в возрасте 11-ти, 13-ти и 15-ти лет, превышает таковой у их сверстников из Европы.

В течение последних десяти лет в России изменилась структура нелегального потребления ПАВ: значительно сократилось потребление опиоидов, увеличилось потребление новых ПАВ. Отмечен значительный рост и последующий спад потребления синтетических каннабиноидов, в результате, данная ниша была занята синтетическими катинонами (мефедрон, альфа-пирролидиновалерофенон, метилендиоксипировалерон и др.) и лекарственными препаратами, употребляемыми в немедицинских целях (прегабалин, тропикамид, трамадол, баклофен, феназепам и др.).

Все ПАВ даже при однократном приеме способны вызывать острую интоксикацию или «опьянение», клиническая картина которого будет определяться механизмом действия и дозой употребленного вещества. Острая интоксикация вследствие употребления ПАВ характеризуется нарушениями психической деятельности человека: изменениями сознания, самосознания, восприятия, мышления, эмоций, эффекторных функций, памяти и интеллектуальной сферы, которые представлены разными степенями выраженности. Прием ПАВ также вызывает расстройства психофизиологических функций и реакций, что изменяет координацию движений, влияет на точность и целенаправленность действий человека, увеличивает число лишних или ошибочных действий, ослабляет способность контролировать и правильно оценивать свои поступки. Все вызванные расстройства помимо отрицательного влияния на организм имеют и негативные социальные последствия, например, если человек в состоянии

опьянения управляет транспортным средством или работает на высокотехнологичном производстве и т.д. Ориентировочный период возможного выявления ПАВ и некоторых их метаболитов в моче колеблется от нескольких часов (кокаин, натрия оксибутират) до 36 суток (каннабиноиды при длительном употреблении).

За последние 20-25 лет отдельные требования законов и подзаконных актов, устанавливающих меры ответственности за злоупотребление алкоголем, употребление наркотических средств и других ПАВ, претерпели значительные изменения, в частности, были повышены требования к функциональному состоянию водителей транспортных средств, уделено особое внимание защите прав лиц, проходящих освидетельствование, были определены порядок проведения медицинского освидетельствования и критерии вынесения заключения о наличии или отсутствии опьянения. В России созданы специальные подразделения - круглосуточные кабинеты медицинского освидетельствования на состояние опьянения и химико-токсикологические лаборатории, обеспечивающие выявление алкоголя и иных ПАВ в биологических объектах освидетельствуемых, разработаны индикаторные и измерительные приборы для определения алкоголя в выдыхаемом воздухе, налажен их серийный выпуск, организовано обучение медицинского персонала порядку проведения медицинского освидетельствования.

Медицинское освидетельствование на состояние опьянения в г. Москве осуществляется в кабинетах Отделения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (далее – ОМОСО), которое является структурным подразделением Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – Центр).

В состав ОМОСО входят 11 кабинетов и 2 передвижных пункта (автомобиля) медицинского освидетельствования (далее – ППМО), где работают 120 врачей и 119 средних медицинских работников. Кабинеты размещены на различных, доступных для освидетельствования площадках: 2 кабинета – на базе Центра, 6 кабинетов – в помещениях органов внутренних дел (далее – ОВД), 3 – в медицинских учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы (далее – ДЗМ). Все кабинеты имеют лицензии на право проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), выданные ДЗМ; работа кабинетов ОМОСО осуществляется в круглосуточном режиме. В течение года в ОМОСО проводят более 85000 медицинских освидетельствований (90692 медицинских освидетельствования в 2015 году, 88993 – в 2016 году, 89505 – в 2017 году, 87758 – в 2018 году).

Медицинские работники, проводящие освидетельствование, должны хорошо знать клинические особенности острой интоксикации различными ПАВ, ориентироваться в действующем законодательстве и нормативно-

правовых документах, что является обязательным условием для осуществления их практической работы.

Целью настоящих методических рекомендаций является анализ требований к проведению медицинских освидетельствований на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) и выработка рекомендаций по совершенствованию работы специалистов, занимающихся проведением медицинских освидетельствований.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

История организации медицинских освидетельствований насчитывает более пятидесяти лет. Начало работы по организации освидетельствования в шестидесятые годы прошлого столетия характеризовалось отсутствием точных, строго специфичных измерительных приборов, позволяющих определять концентрацию алкоголя в выдыхаемом воздухе и зафиксировать результаты на бумажном носителе. Основным «инструментом» для этого как у сотрудников ГАИ (ДПС, ГИБДД), так и у медицинских работников были индикаторные «трубки контроля трезвости» и их разновидность «трубки Мохова-Шинкаренко». Находящийся внутри запаянных стеклянных трубок реагент, после вскрытия, при наличии паров алкоголя в продуваемом через трубки выдыхаемом воздухе, изменял окраску, что расценивалось как положительный результат. Медицинские работники дополнительно использовали пробу Рапопорта и прибор ППС-1. Кроме того, в ряде случаев рекомендовалось прибегать к стаканной пробе, которая производилась путем глубокого выдоха обследуемого в чистый стакан до запотевания его стенок, и последующей немедленной оценкой этой пробы лицом, осуществляющим освидетельствование. Все указанные методы и методики не были строго специфичны на этанол и «срабатывали» на пары бензина, ацетон и др. Не лучше обстояло дело и с химико-токсикологическими исследованиями биологических объектов на содержание наркотических средств, психотропных о других опьяняющих веществ.

Существенной проблемой диагностики опьянения всегда являлся тот факт, что не существует строго специфичных клинических признаков и симптомов, наличие которых свидетельствует об интоксикации, и наоборот, отсутствие которых означает трезвое состояние. Практически любой симптом, описываемый в клинической картине состояния опьянения, может встречаться вне связи с острой интоксикацией, особенно это касается неврологических расстройств, сохраняющихся после перенесенных черепно-мозговых травм и других заболеваний головного мозга. Функциональные сдвиги со стороны центральной нервной системы (далее – ЦНС), сопровождающиеся расстройствами внимания, ухудшением памяти, мышления, ослаблением точности и координации движений также могут отмечаться при утомлении, возникающем при нарушении режима труда и отдыха, что особенно актуально для водителей транспортных средств.

Вышеизложенные обстоятельства давали основание оценивать

выносимые заключения о наличии или отсутствии состояния опьянения как в значительной степени субъективные, а нередко и коррупционно обусловленные. Необходимо было максимально объективизировать процесс диагностики состояния опьянения, чему способствовало появление современных измерительных приборов и оборудования для химико-токсикологических исследований (далее – ХТИ), а также изменение требований к проведению медицинского освидетельствования.

Проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) и оформлению его результатов присущи некоторые особенности, не характерные для сферы оказания наркологической помощи населению. Одной из таких особенностей является то, что при вынесении заключений о наличии состояния опьянения водителям транспортных средств, они становятся основой для судебных решений об административном или уголовном наказании. Значение заключений о наличии состояния опьянения также резко возрастет в свете запланированного принятия в 2019 году дополнений в статью 264.1 Уголовного кодекса Российской Федерации (далее – УК России), предусматривающих значительное увеличение срока лишения свободы и увеличение штрафа при повторном управлении транспортным средством в состоянии опьянения.

Нередко проводивший медицинское освидетельствование врач вызывается в суд, где ему приходится доказывать обоснованность вынесенного им заключения, что в свою очередь требует безукоризненного соблюдения врачом установленного порядка проведения освидетельствования и оформления его результатов. В настоящее время порядок проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения включает в себя нормативно-правовой, организационный и медицинский аспекты. Правовой основой процедуры медицинского освидетельствования является ее выполнение в соответствии с требованиями действующих законов и других нормативных документов.

Нормативно-правовое регулирование проведения медицинского освидетельствования

Согласно статье 65 ФЗ №323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинское освидетельствование лица представляет собой совокупность методов медицинского осмотра и медицинских исследований, направленных на подтверждение такого состояния здоровья человека, которое влечет за собой наступление юридически значимых последствий.

Вопросы проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения, целью которого в настоящее время является *установление наличия или отсутствия состояния опьянения* в результате употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных, новых потенциально опасных психоактивных, одурманивающих или иных вызывающих

опьянение веществ, регулируются приложением №1 к приказу №933н от 18.12.2015 Минздрава России «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)» (далее – Порядок).

Основание *для проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения*:	***Группы*** *освидетельствуемых лиц:*
Протокол о направлении на медицинское освидетельствование*, подписанный должностным лицом, которому предоставлено право государственного надзора и контроля за безопасностью движения*	• Водители транспортных средств
Постановление *органов прокуратуры, органов дознания, органа, осуществляющего оперативно-розыскную деятельность, следователя или судьи*	• Лица, совершившие административное правонарушение • Лица, результат медицинского освидетельствования которого необходим для: - подтверждения либо опровержения факта совершения преступления или административного правонарушения, - расследования по уголовному делу, - объективного рассмотрения дела об административном правонарушении • Сотрудники ОВД, появившиеся на службе в состоянии опьянения • Сотрудники полиции в случаях применения ими огнестрельного оружия • Свидетели преступления • Лица, призванные на военные сборы, оформляющиеся на военную службу по контракту и поступающие в военные учебные заведения
Направление *предприятий,*	• Работники, появившиеся на работе

учреждений, организаций, заверенных подписью должностного лица с печатью организации	в состоянии опьянения[6] • Безработные, явившиеся на перерегистрацию в службу занятости с признаками опьянения
Личное письменное заявление *самого освидетельствуемого или*	• Самостоятельно обратившиеся совершеннолетние и несовершеннолетние граждане старше 15-ти лет
Письменное заявление *одного из родителей или иного законного представителя*	• Граждане, признанные в установленном законом порядке недееспособными, если они по своему состоянию не способны дать согласие на проведение в отношении них медицинского освидетельствования • Несовершеннолетние, не достигшие возраста 15-ти лет

Медицинское освидетельствование водителей транспортных средств производится с учетом статей 12.8, 12.32, 27.1.6, 27.12 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях (далее – КоАП Российской Федерации). В соответствии с примечанием статьи 12.8 КоАП Российской Федерации водителям транспортных средств: «употребление веществ, вызывающих алкогольное или наркотическое опьянение, либо психотропных или иных вызывающих опьянение веществ запрещается». Кроме того, «…в случае установленного факта употребления вызывающих алкогольное опьянение веществ, который определяется наличием абсолютного этилового спирта в концентрации, превышающей возможную суммарную погрешность измерений, а именно ***0,16 миллиграмма на один литр выдыхаемого воздуха***, или наличием абсолютного этилового спирта в концентрации ***0,3 и более грамма на один литр крови***, либо в случае ***наличия наркотических средств*** (далее – НС) или *психотропных веществ* (далее – ПВ) в организме человека», для водителей наступает административная ответственность. Как следует из приведенной редакции, для установления состояния опьянения у водителей транспортных средств наличие или отсутствие клинических признаков интоксикации *не учитывается*.

Порядок освидетельствования в отношении лиц, управляющих транспортным средством, утвержден постановлением Правительства Российской Федерации от 26.06.2008 №475 «Об утверждении Правил

[6] Направление работодателей не является установленным законодательством основанием для *обязательного* проведения медицинского освидетельствования.

освидетельствования лица, которое управляет транспортным средством, на состояние алкогольного опьянения и оформления его результатов, направления указанного лица на медицинское освидетельствование на состояние 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». Медицинское освидетельствование водителей проводится на основании протокола о направлении на медицинское освидетельствование, подписанного должностным лицом, которому предоставлено право государственного надзора и контроля за безопасностью движения и эксплуатации транспортного средства, и водителем транспортного средства.

В КоАП Российской Федерации предусмотрены санкции при наличии состояния опьянения:

- для судоводителей (статьи 11.9, 11.13),
- для граждан, потребляющих НС или ПВ без назначения врача (статья 6.9),
- для граждан, вовлекающих в употребление спиртных напитков или одурманивающих веществ несовершеннолетних (статья 6.10),
- для граждан, распивающих алкогольную и спиртосодержащую продукцию, либо потребляющих НС или ПВ в общественных местах (статья 20.20),
- для лиц, появившихся в общественных местах в состоянии опьянения (статья 20.21),
- для несовершеннолетних, появившихся в состоянии опьянения (статья 20.22).

Медицинское освидетельствование указанных выше лиц также осуществляется в соответствии с Порядком (Приказ Минздрава России от 18.12.2015 №933н). Критериями, при наличии хотя бы одного из которых имеются достаточные основания полагать, что лицо, совершившее административное правонарушение (за исключением лиц, указанных в частях 1 и 1.1 статьи 27.12 КоАП Российской Федерации), находится в состоянии опьянения и подлежит направлению на медицинское освидетельствование, являются:

- запах алкоголя изо рта,
- неустойчивость позы и шаткость походки,
- нарушение речи,
- резкое изменение окраски кожных покровов лица.

Медицинские освидетельствования может осуществляться как на бюджетной, так и на платной основе. На платной основе проводятся:

- все медицинские освидетельствования, связанные с поступлением на работу,
- все медицинские освидетельствования по личному заявлению

граждан,

- медицинские освидетельствования по направлениям работодателей.

Организационный аспект проведения медицинского освидетельствования

В соответствии с требованиями нормативно-правовых документов медицинское освидетельствование может проводиться в организациях здравоохранения, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности по выполнению работ (оказанию услуг) по медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения, а так же в специально оборудованных для этой цели ППМО. Салон ППМО должен иметь удобные для проведения медицинского освидетельствования размеры, в салоне должны быть оптимальные климатические параметры, освещенность; должен быть снабжен всем необходимым для проведения освидетельствования оборудованием; должен иметь регистрационное удостоверение Минздрава России.

Медицинское освидетельствование проводится *в строгом соответствии с Порядком* (Приказ Минздрава России от 18.12.2015 №933н). Медицинское освидетельствование включает в себя проведение следующих процедур:

- осмотр врачом-специалистом (фельдшером),
- исследование выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя,
- определение наличия ПАВ в моче,
- исследование уровня ПАВ в моче,
- исследование уровня ПАВ в крови.

Врач-специалист – врач-психиатр-нарколог либо врач другой специальности (в сельской местности при отсутствии врача осмотр может проводиться фельдшером), для допуска к проведению медицинского освидетельствования должен пройти на базе наркологической больницы (далее – НБ) или наркологического диспансера (далее – НД) подготовку по вопросам проведения медицинского освидетельствования по программе, предусмотренной приложением №7 к приказу Минздрава России от 14.07.2003 №308 «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения».

Медицинское освидетельствование начинается с установления личности освидетельствуемого – на основании документа, удостоверяющего личность, в случае отсутствия документа – на основании данных протокола о направлении лица на медицинское освидетельствование или письменного направления (заявления) лица.

Осмотр врачом-специалистом

Врач-специалист осуществляет сбор жалоб, анамнеза и осмотр в целях выявления клинических признаков интоксикации. В соответствии с приложением №2 Порядка проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения врач-специалист обязательно должен оценить:

- особенности психической деятельности освидетельствуемого: поведение, эмоциональный фон, темп мышления, речь;
- особенности вегето-сосудистых реакций;
- состояние двигательной сферы.

Порядком (Приказ Минздрава России от 18.12.2015 №933н) определен перечень клинических признаков опьянения (см. ниже в разделе «медицинский аспект проведения медицинского освидетельствования»).

Инструментальные и лабораторные исследования

Инструментальные и лабораторные исследования при проведении освидетельствования являются *обязательными*.

Сначала осуществляется *исследование выдыхаемого воздуха на содержание алкоголя* при помощи технических средств измерения. Для исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя используются технические средства измерения, тип которых внесен в Федеральный информационный фонд по обеспечению единства измерений, обеспечивающие запись результатов на бумажном носителе и поверенные в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в области обеспечения единства измерений.

Положительным результатом исследования выдыхаемого воздуха считается наличие абсолютного этилового спирта в концентрации, превышающей возможную суммарную погрешность измерений, а именно 0,16 миллиграмма на один литр выдыхаемого воздуха. При положительном результате первого исследования выдыхаемого воздуха через 15-20 минут проводится повторное исследование выдыхаемого воздуха. При отрицательном результате первого исследования выдыхаемого воздуха повторное исследование выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя не проводится.

Согласно пункту 12 Порядка (Приказ Минздрава России от 18.12.2015 №933н) при медицинском освидетельствовании лиц (за исключением водителей транспортных средств) *при наличии не менее трех клинических признаков опьянения*, указанных в приложении 2 Порядка, и *отрицательном результате первого или повторного исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя* производится отбор биологических объектов (моча, кровь) для направления на ХТИ[7] с целью определения средств (веществ) или их метаболитов (за исключением алкоголя), вызвавших опьянение.

---

[7] ХТИ отобранных проб биологических объектов проводятся в месте отбора биологической пробы, в клинико-диагностических или ХТЛ НД (НБ) или иных медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) *по клинической лабораторной диагностике или судебно-медицинской экспертизе* вещественных доказательств и исследованию биологических объектов (биохимической, генетической, медико-криминалистической, спектрографической, судебно-биологической, судебно-

Вместе с тем, пунктом 18 Порядка предусмотрено, что медицинское заключение «состояние опьянение не установлено» лицам (не водителям транспортных средств) выносится при отрицательном результате исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя и отсутствии в пробе биологического объекта НС и (или) ПВ, что опосредованно предполагает исследование при медицинском освидетельствовании указанных лиц и выдыхаемого воздуха и биологического объекта (моча, кровь).

Соответственно, при направлении сотрудниками правоохранительных органов на медицинское освидетельствование граждан (не водителей транспортных средств) с учетом письма Главного специалиста психиатра-нарколога Минздрава России, Заместителя председателя Совета по проблемам профилактики наркомании Совета Федерации Российской Федерации Брюна Е.А., целесообразно проводить отбор биологического объекта (мочи) для проведения предварительных ХТИ и в случае положительного результата отправлять в ХТЛ для проведения подтверждающих методов ХТИ (письмо Главного внештатного специалиста Минздрава России №176 от 30.01.2018).

При медицинском освидетельствовании лица, которое управляет транспортным средством, отбор биологического объекта (моча, кровь) для направления на ХТИ осуществляется *вне зависимости от результатов исследований выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя*.

Приказом МЗСР Российской Федерации от 27.01.2006 №40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ» определены рекомендации по организации работы по отбору, транспортировке и хранению биологических объектов для проведения ХТИ на наличие алкоголя и его суррогатов, НС, ПВ и других токсических веществ, вызывающих опьянение (интоксикацию), и их метаболитов (приложение №2). Приказ содержит правила поведения, рассчитанные на неоднократное применение медицинскими организациями, влекущее юридические последствия для неопределенного круга лиц, таким образом, слова «рекомендации» в наименовании и тексте не предполагает произвольного правоприменения данного приказа (Решение Верховного Суда Российской Федерации от 16.12.2014 №АКПИ14-1262).

Известно, что НС, ПВ и иные ПАВ значительно лучше обнаруживаются в моче, чем в крови, например, каннабиноиды, которые быстро покидают кровяное русло. Поэтому, несмотря на определенный законодательством паритет в отборе биологических объектов, предпочтительнее производить ХТИ мочи. Кровь для анализов на алкоголь берется в исключительных случаях: по медицинским показаниям (например,

---

гистологической, судебно-химической, судебно-цитологической, химико-токсикологической).

тяжелые травмы, отравления и т.п.); при невозможности сдачи мочи (по заявлению освидетельствуемого в течение 30 минут после направления на ХТИ), а также в случаях, когда из-за тяжести состояния освидетельствуемого признаки опьянения выявить не удается.

Все биологические образцы из кабинетов ОМОСО и ППМО в г. Москве отправляются в ХТЛ Центра, которая является одной из самых крупных лабораторий страны по обнаружению в организме человека НС, психотропных и иных, вызывающих опьянение, веществ, а также алкоголя и его суррогатов. ХТЛ Центра оборудована высокотехнологичным селективным и высокочувствительным аналитическим оборудованием. Все ХТИ биологических объектов (мочи, крови) освидетельствуемых проводятся с использованием как минимум двух независимых методов анализа. При проведении предварительных (скрининговых) исследований используются портативные иммунохимические анализаторы, обеспечивающие регистрацию и количественную оценку результатов исследования. Для подтверждающих исследований применяются методы: газовой хроматографии с масс-селективным детектированием, газовой хроматографии с тандемным масс-селективным детектированием, высокоэффективной жидкостной тандемной хромато-масс-спектрометрии. Наличие современного аналитического оборудования позволяет достоверно определять в ХТЛ Центра НС, ПВ, ПАВ и их метаболиты в минимальных концентрациях.

Поскольку результаты медицинского освидетельствования являются врачебной тайной, освидетельствование должно проводиться в обстановке, исключающей присутствие посторонних лиц.

После завершения освидетельствования и получения результатов лабораторных исследований проводится окончательное оформление в трех экземплярах *Акта медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или токсического)* (форма № 307/у-05), который заверяется подписью врача, проводившего освидетельствование, и круглой печатью кабинета, в котором проводилось освидетельствование. Если проведение освидетельствования в полном объеме не представляется возможным в силу сложившихся обстоятельств (из-за тяжести состояния испытуемого, отказа его от освидетельствования и т.д.), в Акте медицинского освидетельствования указываются причины, почему не было выполнено то или иное исследование.

Заключение по результатам медицинского освидетельствования не является основанием для применения мер административного воздействия, а только отражает состояние освидетельствуемого лица на момент проведения ему медицинского освидетельствования. Вопрос о том, может ли указанное заключение являться основанием для наказания, должен решаться судьей, органом, должностным лицом, рассматривающими дела об административных правонарушениях.

Медицинское освидетельствование не является медицинской услугой, а лицо, которому проводится такое освидетельствование, не является пациентом, поэтому для проведения медицинского освидетельствования не требуется получение информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Однако данные медицинского освидетельствования подпадают по действие статьи 13 «Соблюдение врачебной тайны» ФЗ №323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» со всеми вытекающими из этого требованиями условиями и ответственностью.

Медицинский аспект проведения освидетельствования

Несмотря на то, что в настоящее время для установления состояния опьянения, в частности у водителей транспортных средств, клинические признаки интоксикации не учитываются, врачи-специалисты должны ориентироваться в клинической картине острой интоксикации, вызванной употреблением различных ПАВ.

Состояние интоксикации характеризуется не только наличием в организме алкоголя, наркотического или иного ПАВ, но и проявлением признаков нарушений функционального состояния человека. Согласно МКБ-10, острая интоксикация – это преходящее состояние, возникающее вслед за приемом ПАВ, приводящее к расстройству сознания, познавательной способности, восприятия, суждения, эмоционального состояния или поведения либо других психофизиологических функций и реакций.

Характер и степень интоксикации прежде всего зависят от вида и дозы ПАВ, индивидуального уровня толерантности, поэтому объективные клинические признаки острой интоксикации, как правило, наиболее выражены у начинающих потребителей с низкой толерантностью к ПАВ или при передозировке. У страдающих синдромом зависимости от ПАВ состояние привычной интоксикации обычно не имеет явных внешних клинических признаков. Исключение составляют ПАВ, острая интоксикация которыми сопровождается психотическими расстройствами: галлюциногены, кетамин, вещества с холинолитическими действием, летучие органические соединения.

Общими клиническими признаками опьянения вне зависимости от вида вещества ее вызвавшего являются:

- Изменения психической деятельности:

  - неадекватность поведения, в том числе сопровождающаяся нарушением общественных норм, демонстративными реакциями, попытками диссимуляции,
  - заторможенность, сонливость или возбуждение,
  - эмоциональная неустойчивость,
  - ускорение или замедление темпа мышления.

- Изменения вегетативно-сосудистых реакций:

  - гиперемия или бледность, мраморность кожных покровов,

акроцианоз,

- инъецированность склер, гиперемия или бледность видимых слизистых,
- сухость кожных покровов, слизистых или гипергидроз,
- учащение или замедление дыхания,
- тахикардия или брадикардия,
- сужение или расширение зрачков,
- вялая реакция зрачков на свет.

- Нарушения двигательной сферы:

- двигательное возбуждение или заторможенность,
- пошатывание при ходьбе с быстрыми поворотами,
- неустойчивость в позе Ромберга,
- ошибки при выполнении координаторных проб,
- тремор век и (или) языка, рук,
- нарушения речи в виде дизартрии.

Степень опьянения в соответствии с нормативными документами *не указывается*, однако, врач-специалист может столкнуться с наличием у освидетельствуемого алкогольной или наркотической интоксикации различной тяжести. Для врачей-специалистов важно знать критерии диагностики острой интоксикации различными ПАВ.

Острая алкогольная интоксикация

Действие алкоголя на ЦНС является двухфазным: вначале стимулирующим, затем угнетающим. Стимулирующий эффект проявляется при концентрации этанола в крови 1,0-1,5‰, тормозящий – свыше этих значений. Психические расстройства в структуре острой алкогольной интоксикации являются наиболее ранними и характерными, т.к. наиболее чувствительными к воздействию этанола являются большие полушария, ретикулярная формация, гиппокамп и мозжечок. Помимо этого, картина алкогольной интоксикации будет зависеть от следующих факторов:

- личностные особенности употребившего алкоголь,
- его психическое состояние на момент употребления алкоголя,
- характер социальных воздействий во время употребления алкоголя,
- алкогольный анамнез,
- степень опьянения, определяемая уровнем концентрации этанола в крови.

Основными проявлениями острой алкогольной интоксикации являются[8].

---

[8] ***Примечание:*** *В настоящее время действующими нормативными актами, как устанавливающими ответственность за состояние опьянения, так и Порядок медицинского освидетельствования, определение степени опьянения не предусмотрено.* ***Приведенные в таблице концентрации алкоголя в крови являются условными и не могут являться основанием для вынесения заключения****.*

Острая алкогольная интоксикация легкой степени	
Концентрация этанола в крови	От 0,5 до 1,5 г/л
Психическая деятельность	Незначительные изменения: • ориентация сохранена полностью • контакт устанавливается без труда • затруднения при концентрации внимания • повышенная отвлекаемость • эйфория • неглубокие колебания эмоционального фона • темп мышления и речи нормальные или несколько ускоренные, ассоциации несколько поверхностные • при внешне демонстрируемой активности продуктивность и качество работы снижены • импульсивность, расторможенность
Вегетативно-сосудистые реакции	Усиление вегетативно-сосудистых реакций: • легкая гиперемия кожи и слизистых • учащение сердечных сокращений • инъецированность склер • повышенная потливость
Двигательная сфера	Отдельные нарушения: • пошатывание при ходьбе с быстрыми поворотами • пошатывание в сенсибилизированной позе Ромберга • неточность выполнения заданий, требующих хорошей координации движений • горизонтальный нистагм при взгляде в сторону • положительная проба Ташена
Запах алкоголя	Присутствует запах алкоголя изо рта
Постинтоксикационные расстройства отсутствуют, либо слабо выражены и представлены: разбитостью, вялостью, чувством усталости, сниженным настроением. События всего периода интоксикации полностью	

сохраняются в памяти.	
Острая алкогольная интоксикация средней степени	
Концентрация этанола в крови	От 1,6 до 2,6 г/л
Психическая деятельность	Выраженные изменения: • нарушается правильная оценка ситуации, не воспринимаются события, происходящие на периферии поля зрения • внимание полностью поглощено одной темой либо слишком часто отвлекается • аффективный фон нестабильный с большой амплитудой колебаний • возможна дисфория • восприятие окружающего определяется характером аффективного состояния • интеллектуальная деятельность становится малопродуктивной, нарушается последовательность изложения мыслей • элементы персеверации • замедление и обеднение ассоциаций • выраженные расстройства в сфере побуждений и влечений
Вегетативно-сосудистые реакции	Выраженные изменения: • гиперемия сменяющаяся побледнение кожных покровов и слизистых • учащение пульса и дыхания • колебание АД • потливость • слюнотечение, икота, рвота • зрачки могут быть расширены, недостаточная конвергенция
Двигательная сфера	Выраженные нарушения: • выраженная дизартрия • изменение походки, мимики и жестикуляции • отчетливые нарушения координации движений

	• тремор пальцев рук, век, языка • снижение сухожильных рефлексов и болевой чувствительности
Запах алкоголя	Резкий запах алкоголя изо рта
Повышенная хаотическая активность средней степени алкогольной интоксикации перемежается эпизодами пониженной активности, вялости, сонливости. По мере перехода средней стадии интоксикации в тяжелую - такие состояния становятся преобладающими. Постинтоксикационное состояние представлено астено-вегетативной симптоматикой со слабостью, вялостью, потливостью, бледностью, тахикардией, повышенным АД, сухостью во рту, анорексией, тошнотой, рвотой, сниженным настроением.	
Острая алкогольная интоксикация тяжелой степени	
Концентрация этанола в крови	От 2,6 – 3,2 г/л
Психическая деятельность	Дезорганизованность и фрагментарность: • нарушения ориентировки • резкая заторможенность • сонливость • малая доступность контакту с окружающими • непонимание смысла вопросов • отрывочные бессмысленные высказывания • мышление обеднено, ассоциации крайне скудны
Вегетативно-сосудистые реакции	Выраженные нарушения: • бледность, влажность или цианотичность кожи и слизистых • тахикардия, пульс слабого наполнения • артериальная гипотония • дыхание учащенное, поверхностное • повышенное слюноотделение, тошнота, рвота • в ряде случаев непроизвольное мочеиспускание
Двигательная сфера	Тяжелые нарушения: • амимия, мышечная атония • неспособность самостоятельно стоять и выполнять

	целенаправленные действия • ослабление или утрата сухожильных рефлексов • снижение корнеальных рефлексов • спонтанный нистагм
Запах алкоголя	Резкий запах алкоголя изо рта
При благоприятном течении тяжелая степень алкогольной интоксикации переходит в длительный сон. Постинтоксикационное состояние протекает тяжело, сопровождается выраженной слабостью, разбитостью, отсутствием аппетита, тошнотой, рвотой, головной болью, непереносимостью яркого света и громкого шума. Возможен крупноразмашистый тремор и другая быстропреходящая неврологическая микросимптоматика. При неблагоприятном течении тяжелая степень алкогольной интоксикации переходит в сопор и кому. Коматозное состояние требует неотложных реанимационных мероприятий.	

Острая интоксикация, вызванная употреблением опиоидов

Характер интоксикации препаратами опийного ряда, особенно при первых приемах, определяется выраженным подъемом настроения, который сами опьяневшие определяют терминами счастье, блаженство, комфорт, полная гармония с собой и окружающим миром. При многократных повторных введениях воздействие вещества на эмоциональную сферу уменьшается. Подъем настроения, как правило, сопровождается седацией, которая также ослабевает при повторных введениях данной группы ПАВ.

Объективными проявлениями опийной интоксикации являются:

- через 5-10 минут после употребления опиоидов отмечается покраснение и зуд кожи, особенно кончика носа, которые сменяются бледностью, сохраняющейся до окончания интоксикации,
- выраженное сужение зрачков (миоз), реакция зрачков на свет отсутствует или крайне вялая,
- артериальное давление снижено, пульс редкий,
- присутствуют заторможенность, вялость, малоподвижность, сонливость, хотя у больных наркоманией с длительным стажем употребления может наблюдаться повышение речевой и двигательной активности,
- настроение приподнятое, благодушное,
- болевая чувствительность снижена, отмечаются легкие нарушение координации движений, атаксия.

Легкая степень опийной интоксикации у лиц, зависимых от опиоидов, может не проявляться клинически, т.к. это состояние является для них привычным. При тяжелой степени опийной интоксикации быстро нарастает угнетение сознания: оглушенность сменяется сопором, затем комой («точечные зрачки» и отсутствие реакции на свет, цианоз кожных покровов, гипотензия, брадикардия, брадипноэ и апноэ).

Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиноидов

Интоксикация каннабиноидами характеризуется сочетанием умеренно выраженного подъема настроения и седации. Подъем настроения поверхностен: употребившие веселы, смешливы, беспечны; седация проявляется снижением двигательной активности, расслаблением, успокоенностью. Особенностью интоксикации большими дозами каннабиноидов является появление нарушений восприятия – обычно в виде психосенсорных расстройств и нарушений схемы тела.

Объективными проявлениями каннабиноидной интоксикации являются:

- расширение зрачков (мидриаз) с вялой реакцией зрачков на свет,
- гиперемия склер, гиперемия лица и слизистой ротовой полости, сухость во рту,
- тахикардия, иногда гипертензия и гипертермия,
- немотивированные перепады настроения от веселости и смешливости до страха и подозрительности,
- чувство голода, жажды,
- умеренная анальгезия,
- изменение поведения встречается в двух вариантах: умеренное психомоторное возбуждение (бесцельные движения, ускоренная речь, чрезмерная общительность) или умеренная заторможенность (отрешенность от окружающего, затруднённость контакта, смазанность речи),
- мышление нелогичное, непоследовательное, иногда бессвязное,
- возможна дезориентировка во времени,
- нарушения координации движений и походки, часто – тремор рук, парестезии,
- дополнительный признак – специфический смолистый запах, исходящий от одежды, волос.

При тяжелой интоксикации или повышенной индивидуальной чувствительности к каннабиноидам могут развиваться психозы с преобладанием делириозной, онейроидной или параноидальной симптоматики.

Острая интоксикация, вызванная употреблением седативных или снотворных средств

Седативно-снотворные средства обладают двухфазным действием, проявляющимся вначале подъемом настроения, а потом седацией. По сравнению с алкоголем при применении этих препаратов подъем настроения менее, а седация более продолжительны.

Объективными проявлениями интоксикации седативно-снотворными средствами являются:

- кожные покровы бледные с сальным налетом,

- зрачки умеренно сужены или расширены, резкое ослабление конвергенции, аккомодации и реакции зрачков на свет, горизонтальный нистагм, возможна диплопия,
- тахикардия, гипотония, частое и поверхностное дыхание,
- поведение: чаще заторможенность, сонливость, но возможно возбуждение с агрессией,
- речь смазана, дизартрична,
- ухудшение моторной координации: пошатывание при ходьбе, порывистые, неточные, размашистые движения, атаксия, снижение поверхностных рефлексов и мышечного тонуса, дизартрия,
- лабильный аффект, неустойчивость внимания.

При тяжелой интоксикации нарастает угнетение сознания, глубокий сон переходит в кому. Артериальное давление низкое, пульс частый, поверхностный, дыхание неглубокое, частое. С углублением комы дыхание становится редким и глубоким (дыхание Куссмауля), или поверхностным, чередуясь с периодами апноэ (дыхание Чейн-Стокса).

Острая интоксикация, вызванная употреблением кокаина

Кокаин по своему действию относится к стимуляторам, структура интоксикации, вызванная его употреблением представлена гипо- или маниакальным состоянием. Отмечается выраженный подъем настроения, веселость, возбуждение, говорливость, ощущение необыкновенного прилива энергии. В тоже время характерна грубая переоценка сил и возможностей, склонность к авантюрным поступкам, сексуальная расторможенность. Приподнятое настроение может сменяться кратковременными вспышками раздражения и гнева.

Объективными проявлениями кокаиновой интоксикации являются:

- расширение зрачков (мидриаз), блеск глаз, реакция зрачков на свет резко ослаблена,
- лицо гиперемировано, хотя при интраназальном приеме кончик, крылья и слизистая носа – бледные,
- тахикардия, гипертензия, возможна сердечная аритмия,
- гипергидроз, гипертермия, сухость во рту, учащенные позывы к мочеиспусканию,
- психомоторное возбуждение, гипоманиакальное настроение с гневливостью, гиперактивность, раздражительность, многоречивость, гиперсексуальность, бессонница, возможны: агрессивность, конфликтность, импульсивность,
- гиперрефлексия, миотонические подергивания, тремор,
- отсутствие аппетита, тошнота, возможна диарея.

При тяжелой степени интоксикации кокаином развивается острый параноидный психоз, характерной особенностью которого является тактильный галлюциноз: ощущение, что по телу ползают насекомые,

опьяневшие их ищут, пытаются ловить и давить, расчесывают кожу. Отмечаются необъяснимые странности поведения, например, склонность складывать в кучи различные вещи.

Острая интоксикация, вызванная употреблением других стимуляторов

К другим стимуляторам относятся вещества амфетаминового ряда, метамфетамины и др. В структуре опьянения данными веществами также доминирует стимулирующий эффект, хотя не столь выраженный, как при употреблении кокаина. После приема этих веществ повышается активность и поднимается настроение.

Объективными проявлениями интоксикации другими психостимуляторами являются:

- расширение зрачков (мидриаз), блеск глаз, реакция зрачков на свет резко ослаблена, горизонтальный нистагм,
- тахипноэ, тахикардия, гипертензия, возможна сердечная аритмия,
- гипергидроз, озноб, гипертермия,
- психомоторное возбуждение с веселостью, повышенной общительностью, гиперактивностью, стереотипиями, со стремлением все время находиться в движении; по мере нарастания уровня вещества в крови возбуждение усиливается, присоединяются раздражительность, беспокойство, склонность к агрессии, могут быть панические реакции,
- речь ускорена, в форме монолога, иногда спутанная,
- гиперрефлексия, тремор,
- отсутствие аппетита, тошнота, возможна рвота.

При тяжелой интоксикации могут развиваться маниакально-бредовые состояния, острые параноидные психозы, делирий, онейроид, реже наблюдаются острый вербальный галлюциноз и бред ревности.

Острая интоксикация, вызванная употреблением галлюциногенов

При употреблении галлюциногенов возникают наиболее выраженные среди всех ПАВ нарушения восприятия (иллюзии) и образного мышления (яркие непроизвольные представления). Эти нарушения легко могут переходить в психотические расстройства: иллюзии – в галлюцинации и делирий, непроизвольные представления – в онейроид. В большинстве случаев прием галлюциногенов сопровождается легкой седацией.

Объективными проявлениями интоксикации галлюциногенами являются:

- расширение зрачков (мидриаз), возможны анизокория и ритмичное расширение и сужение зрачков в такт дыхания, фотофобия,
- гипертермия, гипергидроз, слезотечение, слюнотечение, чувство голода (часто с тошнотой),
- умеренная тахикардия, гипертензия,

- присутствуют зрительные, тактильные, реже слуховые иллюзии или галлюцинации, которые определяют поведение употребившего (всматриваются, прислушиваются, стряхивают, прячутся и т.д.), высказывания соответствуют характеру переживаемых иллюзий или галлюцинаций, но речь дизартрична,
- возможны резкие колебания аффекта: сочетание эйфории и дисфории, смешливости и тревоги,
- расстройства сознания от дереализации и деперсонализации, до делирия и онейроида,
- бессонница,
- гиперрефлексия, иногда до тонуса, спазм мышц челюсти.

Соматические расстройства после приема одной дозы вещества сохраняются до 6 часов, психические нарушения – 8-12 часов.

Острая интоксикация, вызванная употреблением летучих растворителей

Летучие растворители выделены в МКБ-10 в отдельную группу, однако по характеру своего действия они схожи с галлюциногенами. Выделение связано со способом их употребления – ингаляцией.

Объективными проявлениями интоксикации летучими растворителями являются:

- расширение зрачков (мидриаз), нистагм, нечеткость зрения или диплопия.
- гиперемия лица, инъецированность склер, носогубный треугольник бледно-серый,
- тахикардия, тахипноэ, колебание АД,
- в начале интоксикации присутствует неадекватная веселость, затем присоединяются дереализация, деперсонализация, зрительные галлюцинации. По мере усиления степени интоксикации галлюцинации становятся яркими, сценоподобными, критика обычно утрачивается, наблюдается галлюцинаторная загруженность,
- походка шаткая, координация нарушена, мышечная слабость, дизартрия, при передозировке возможны судорожные припадки.

Через 10-30 минут после прекращения действия летучего растворителя сознание полностью проясняется, галлюцинации прекращаются, критика к пережитому восстанавливается.

Острая интоксикация, вызванная сочетанным употреблением ПАВ

Поскольку фармакокинетика и фармакодинамика различных ПАВ отличается, то клиника острой интоксикации несколькими ПАВ может иметь своеобразную этапность в развитии симптомов: при одновременном приеме кокаина и метадона вначале преобладают эффекты, характерные для интоксикации кокаином, сменяющиеся эффектами, характерными для

интоксикации метадоном. Также клиника острой интоксикации будет зависит от преобладающего ПАВ: более активного фармакологически или принятого в большей дозе. Например, при одновременном приеме алкогольсодержащего напитка и стимулятора эффекты первого практически нивелируются.

Известно, что лекарственные препараты могут приниматься в «немедицинских» целях для увеличения или продления действия другого ПАВ, для изменения эффекта другого ПАВ или для достижения синергетического эффекта при сочетании с другим ПАВ.

По данным ХТЛ МНПЦН в г. Москве самыми выявляемыми комбинациями ПАВ при сочетанном употреблении являются:

- каннабиноиды + синтетические катиноны,
- лекарственные препараты + синтетические катиноны или психостимуляторы амфетаминового ряда,
- опиоиды + лекарственные препараты,
- метадон + кокаин.

Острая интоксикация, вызванная употреблением синтетических каннабиноидов

Группа синтетических каннабиноидов обладает большим структурным разнообразием. Синтетические каннабиноиды являются полными агонистами каннабиноидных рецепторов и не имеют порога воздействия: увеличение дозы вещества усиливает его воздействие без ограничений. Подобный механизм действия часто служит причиной передозировок и тяжелых интоксикаций.

Объективными проявлениями интоксикации синтетическими каннабиноидами являются:

- расширение зрачков (мидриаз), инъецированность склер,
- тахикардия, сменяющаяся брадикардией, гипертензия, сменяющаяся гипотензией, нарушения сердечного ритма,
- гипотермия, умеренная анальгезия,
- благодушие, ощущение повышенных возможностей, гиперактивность, эмоциональный подъем (напоминают симптомы после употребления марихуаны), однако из-за трудностей дозирования нередко интоксикация синтетическими каннабиноидами осложняется присоединением слуховых и зрительных галлюцинаций, синдромом диссоциации и деперсонализации, параноидными приступами, агрессивностью, суицидальными мыслями, спутанностью сознания и дезориентацией,
- координация нарушена, гипотонус (в т.ч. речевой мускулатуры с невнятностью речи) или гипертонус мышц, возможны судорожные припадки.

Острая интоксикация, вызванная употреблением синтетических катинонов

Синтетические катиноны – это группа химических соединений, которая является структурным производным катинона – главного действующего вещества растения кат (catha edulis), произрастающего на Аравийском полуострове и в Восточной Африке. Синтетические катиноны представляют собой β-кетофениламины и химически подобны амфетамину и метамфетамину. Механизм действия синтетических катинонов связан с ингибированием обратного захвата норадреналина, дофамина и серотонина, что приводит к развитию стимулирующего и эйфоризирующего эффектов.

Объективными проявлениями интоксикации синтетическими катинонами являются:

- расширение зрачков (мидриаз),
- тахикардия, повышение АД, сниженный аппетит,
- эйфория, ускорение мышления, повышение двигательной активности, усиленное сексуальное влечение,
- нарастание интоксикации может сопровождаться присоединением суицидальных мыслей, головных болей, болей в груди, тризма, бруксизма, тремора, неясности зрения, тревожности, галлюцинаций, спутанности сознания, агрессии.

Острая интоксикация, вызванная употреблением синтетических галлюциногенов.

В России широкое распространение получили синтетические галлюциногены фенилэтиламины, вызывающие галлюцинации путем воздействия на серотониновые рецепторы.

Объективными проявлениями интоксикации синтетическими галлюциногенами являются:

- расширение зрачков (мидриаз), горизонтальный нистагм,
- повышение АД,
- нарушение сознания, наличие «ярких» галлюцинаций и явлений деперсонализации, возможны: делирий, возбуждение, агрессия, паранойя, дисфория,
- часто встречаются судороги, гипертермия, отек легких и травматические повреждения.

Острая интоксикация, вызванная употреблением лекарственных препаратов

Лекарства с холинолитическим действием

К числу препаратов, обладающих холинолитическими свойствами относят:

- атропинсодержащие препараты, блокирующие преимущественно

периферические холинореактивные системы: атропин, соматропин, платифиллин и др.,

- антигистаминные препараты, обладающие центральным холинолитическим действием: димедрол, пипольфен и др.,
- лекарственные средства, применяющиеся для лечения паркинсонизма, коррекции экстрапирамидных расстройств, возникающих при лечении нейролептиками: циклодол, артан, паркопан и др.,
- лекарственные средства, входящие в состав глазных капель: цикломед, тропикамид и др.,
- спазмолитики с антихолинергической активностью: дицикловерин,
- комбинированные препараты: дицикловерина гидрохлорид+парацетамол (Триган-Д, Долоспа табс), папаверин с платифиллином и др.

Объективными проявлениями интоксикации препаратами, обладающими холинолитическими свойствами, являются:

- расширение зрачков (мидриаз), нарушение конвергенции и аккомодации, горизонтальный нистагм,
- повышение АД, тахикардия, тахипноэ,
- гипергидроз, но сухость слизистых, часто – гиперемия кожных покровов,
- нарушение координации движений и походки, ослабление сухожильных рефлексов,
- в поведении либо моторная активность с возбуждением, ускорением речи, либо вялость, пассивность,
- делириозное помрачение сознания с тактильными, зрительными и слуховыми галлюцинациями, нарушение восприятия пространства, бессвязность речи. Изменение аффекта может проявляться в растерянности, недоумении или страхе.

Вещества на основе эфердина и эфедринсодержащих смесей

Эфедрин является алколоидом, содержащимся в различных видах травы эфедры и оказывающим возбуждающее действие на ЦНС. К числу препаратов, содержащих эфедрин относят: раствор для инъекций – эфедрина гидрохлорид, композитные препараты бронхолитин, бронхоцин, теофедрин-Н.

Объективными проявлениями интоксикации эфедринсодержащими препаратами являются:

- расширение зрачков (мидриаз), реакция зрачков на свет резко ослаблена или отсутствует, горизонтальный нистагм,
- тахипноэ, тахикардия, гипертензия, экстрасистолия,
- бледность кожных покровов, гипергидроз, сухость слизистых, гипертермия,
- психомоторное, речевое и сексуальное возбуждение, наплывы

мыслей, неустойчивость внимания, нецеленаправленная активность,

- речь ускорена, в форме монолога, иногда спутанная,
- снижение сухожильных рефлексов, атаксия, тремор,
- отсутствие аппетита,
- возможна задержка мочи.

Препараты аналоги ГАМК или близкие к ГАМК

γ-аминомасляная кислота (ГАМК) – важнейший тормозной нейромедиатор ЦНС. Медиаторная функция ГАМК связана с участием в регуляции моторной активности, в формировании эмоций и эмоционального поведения, в осуществлении интеграции между различными отделами ЦНС. К числу препаратов, являющихся аналогами ГАМК и применяющихся с немедицинскими целями, относят: прегабалин, оксибутират натрия, баклофен, аминофенилмаслянную кислоту.

Прегабалин (Лирика, Реплика, Прегабио, Прабегин, Альгерика)

Прегабалин является производным гамма-аминомасляной кислоты, относится к веществам седативного типа и принимается с немедицинскими целями в дозах от 300 мг для получения эффекта отрешенности, расслабления, безразличия к происходящему, умеренно выраженной эйфории.

Объективными проявлениями интоксикации прегабалином являются:

- состояние отрешенности, апатии, сонливости, возможны: спутанность сознания, дезориентация, галлюцинации, панические атаки,
- тахикардия, возможна аритмия,
- гиперемия кожных покровов, сухость слизистых,
- атаксия, нарушение координации, нарушение внимания, возможны тремор, дизартрия, диплопия, умеренная аналгезия,
- задержка мочи.

Натрия оксибутират (натрия оксибат)

Препарат является натриевой солью γ-оксимасляной кислоты, которая по химическому строению и фармакологическим свойствам близка к γ-аминомасляной кислоте (ГАМК). Действие препарата связывают с конкурентным замещением ГАМК в ГАМК-эргических нейронах, приводящим к развитию эйфории, повышению настроения.

Объективными проявлениями интоксикации натрием оксибутиратом являются:

- расширение зрачков (мидриаз), реакция зрачков на свет ослаблена, горизонтальный нистагм, возможна диплопия,
- гиперсаливация, гиперемия кожи лица и склер, «сальный отлив» кожи, гипергидроз, гипотермия,

• эйфория, повышенное настроение, двигательное и речевое возбуждение, общительность, расторможенность, повышенная отвлекаемость – состояние, напоминающее алкогольное опьянение. В случае применения более высоких доз препарата появляются: неадекватное и неконтролируемое поведение, повышенное сексуальное желание, сменяющиеся заторможенностью, сонливостью, спутанностью сознания, комой,

• возможны дизартрия, дизметрия, нарушение координации, согласованность движений, неустойчивость при ходьбе и стоянии, гипорефлексия, мышечные подергивания,

• приступы тошноты, в тяжелых случаях рвота, непроизвольное мочеиспускание и дефекация.

Баклофен (Баклосан, Лиорезал)

Препарат является производным γ-аминомасляной кислоты (ГАМК), агонистом пресинаптических ГАМК-Б рецепторов. Баклофен также стимулирует выброс эндогенных опиатов (метэнкефалина) в стриатуме, тем самым вызывая выраженный обезболивающий эффект. Немедицинское употребление баклофена связано с приемом доз от 50 до 150 мг с целями достижения эйфории и повышения настроения. Состояние опьянения препаратом сопровождается приливом сил, повышением работоспособности, общительности, а также чувства уверенности в себе и собственных возможностях, перерастающего в отсутствие стеснительности и сдержанности.

Объективными проявлениями интоксикации баклофеном являются:

• расширение зрачков (мидриаз), реакция зрачков на свет ослаблена, горизонтальный нистагм, возможен парез аккомодации,

• сниженное АД, сухость во рту,

• эйфория, повышенное настроение, расторможенность, неадекватное и неконтролируемое поведение, повышенное сексуальное желание, сменяющиеся заторможенностью, сонливостью, спутанностью сознания, галлюцинациями, комой,

• нарушение координации движений, неустойчивость при ходьбе, мышечная гипотония, атаксия, тремор, судороги, в тяжелых случаях угнетение дыхания,

• приступы тошноты, рвота, непроизвольное мочеиспускание и дефекация.

Аминофенилмаслянная кислота (Фенибут)

Препарат является фенильным производным γ-аминомасляной кислоты (ГАМК) и производным фенилэтиламина; по своей химической структуре близок к баклофену. В немедицинских целях препарат применяют в высоких, намного превышающие терапевтические, дозировках (от 1200 до 3000 мг в сутки). В высоких дозах препарат действует как агонист ГАМК (А/Б) рецепторов, стимулируя выработку дофамина и серотонина в синапсах.

Объективными проявлениями интоксикации аминофенилмаслянной кислотой являются:

- умеренное расширение зрачков (мидриаз), реакция зрачков на свет вялая,
- сниженное АД, тахикардия,
- эйфория, повышенное настроение, легкое двигательное и речевое возбуждение, сменяющиеся апатией, заторможенностью, сонливостью,
- нарушение координации движений,
- приступы тошноты, возможна рвота.

Трициклические антидепрессанты

Препараты, относящиеся к данной группе, блокируют обратный захват нейромедиаторов (преимущественно норадреналина и серотонина) пресинаптической мембраной, увеличивают концентрацию этих нейромедиаторов в ЦНС, тем самым вызывая антидепрессивное действие. Трициклические антидепрессанты также обладают антихолинергическим и дофаминергическими эффектами. Прием трициклических антидепрессантов в повышенной дозе сопровождается эйфорией, расслаблением, чувством комфорта, а также галлюцинациями. В немедицинских целях чаще всего используют препарат амитриптилин, основным контингентом потребителей являются зависимые от опиоидов.

Объективными проявлениями интоксикации трициклическими антидепрессантами являются:

- расширение зрачков (мидриаз), реакция зрачков на свет ослаблена, горизонтальный нистагм,
- легкая гиперемия кожных покровов, гипертермия, сухость во рту,
- тахикардия, артериальная гипотензия, возможны нарушения проводимости и аритмии,
- приподнятое настроение, возбуждение, возможны зрительные галлюцинации,
- гиперрефлексия, миоклонус, возможны судороги, угнетение дыхания и кома,
- задержка мочи и стула.

Средства «от простуды», содержащие декстрометорфан (Инфлюнет ЭЙР Стоп Тос, Каффетин Колд, Тофф плюс, Туссин плюс)

Декстрометорфан (англ. DXM) – противокашлевое средство, оптический изомер левометорфана, не имеющий опиатных эффектов. В ЦНС декстрометорфан блокирует обратный захват серотонина, активирует сигма-рецепторы, блокирует открытые N-метил-D-аспартат (NMDA) каналы. При употреблении больших доз (> 2 мг/кг), ДХМ производит опьяняющее, галлюциногенное и диссоциативное действие, сходное с действием кетамина и фенциклидина.

Объективными проявлениями интоксикации препаратами, содержащими декстрометорфан являются:

- расширение зрачков (мидриаз), горизонтальный нистагм,
- повышение АД, тахикардия, гипертермия,
- в зависимости от употребленной дозы состояние варьирует от эйфории, возбуждения и чувства нереальности происходящего до спутанности сознания, галлюцинаторной загруженности. Могут присутствовать: тревога, ажитация, страх, агрессия,
- нарушение координации движений, атаксия, мышечная ригидность, умеренная анальгезия,
- тошнота, рвота, возможно недержание мочи, диарея.

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

В настоящее время в ОМОСО применяется специальная компьютерная программа для составления Акта медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или токсического) (форма № 307/у-05). Данная программа позволяет корректно составлять Акты и автоматически оформлять бланк Направления на ХТИ.

Оформление результатов медицинского освидетельствования

На основании результатов проведенных в рамках медицинского освидетельствования осмотров, инструментальных и лабораторных исследований выносится одно из следующих медицинских заключений о состоянии лица на момент проведения ему медицинского освидетельствования:

- установлено состояние опьянения,
- состояние опьянения не установлено,
- от медицинского освидетельствования освидетельствуемый (законный представитель освидетельствуемого) отказался.

Медицинское заключение «установлено состояние опьянения»

- Выносится освидетельствованому лицу, которое управляет транспортным средством, при положительном результате повторного исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя или при обнаружении по результатам ХТИ в пробе биологического объекта одного или нескольких НС и (или) ПВ и (или) их метаболитов[9].

[9] Например, при обнаружении ТНС-СООН – метаболита каннабинола.

• Выносится в случае освидетельствования иных лиц при наличии не менее трех клинических признаков опьянения и положительных результатах повторного исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя или при наличии не менее трех клинических признаков опьянения и обнаружении по результатам химико-токсикологических исследований в пробе биологического объекта одного или нескольких НС и (или) ПВ, аналогов НС и (или) ПВ, новых потенциально опасных ПАВ, химических веществ, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, вызывающих нарушение физических и психических функций, которые могут повлечь неблагоприятные последствия при деятельности, связанной с источником повышенной опасности, или метаболитов указанных средств и веществ.

• При вынесении медицинского заключения об установлении состояния опьянения по результатам химико-токсикологических исследований пробы биологического объекта в пункте 14 Акта указываются наименования и концентрация аналогов НС и (или) ПВ, новых потенциально опасных ПАВ или одурманивающих веществ, химических веществ (за исключением алкоголя, НС и ПВ), в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения[10], вызывающих нарушение физических и психических функций, которые могут повлечь неблагоприятные последствия при деятельности, связанной с источником повышенной опасности, или метаболитов указанных средств и веществ, обнаруженных по результатам ХТИ. Наименование НС и ПВ указывается в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.1998 №681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации».

Медицинское заключение «состояние опьянения не установлено»

• Выносится в случае освидетельствовании лица, которое управляет транспортным средством, при отрицательном результате первого или повторного исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя и отсутствии в пробе биологического объекта НС и (или) ПВ и (или) их метаболитов.

• Выносится в случае освидетельствования иных лиц при отрицательном результате первого или повторного исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя и отсутствии в пробе

---

[10] В инструкции к лекарственным препаратам для медицинского применения, размещенной в Государственном реестре лекарственных средств должна содержаться информация о невозможности при приеме препарата управлять транспортным средством, или информация о том, что препарат вызывает «нарушение физических и психических функций, которые могут повлечь неблагоприятные последствия при деятельности, связанной с источником повышенной опасности». Врач без сомнений должен использовать заключение «состояние опьянения установлено», когда выявленное лекарственное средство широко используется потребителями в «немедицинских целях».

биологического объекта НС и (или) ПВ, новых потенциально опасных ПАВ, химических веществ, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, вызывающих нарушение физических и психических функций, которые могут повлечь неблагоприятные последствия при деятельности, связанной с источником повышенной опасности, или метаболитов указанных средств и веществ.

Медицинское заключение «от медицинского освидетельствования отказался»

- Выносится в случае отказа освидетельствуемого от проведения медицинского освидетельствования (до начала его проведения).
- Выносится в случае отказа освидетельствуемого при проведении медицинского освидетельствования от осмотра врачом-специалистом (фельдшером), от любого инструментального или лабораторных исследований.
- Выносится в случае фальсификации выдоха.
- Выносится в случае фальсификации пробы биологического объекта (мочи).

Основные ошибки при проведении медицинского освидетельствования.

Очень часто допущенные ошибки при проведении медицинского освидетельствования могут служить причиной опротестования вынесенного заключения при рассмотрении судами дел об административном правонарушении. Врач-специалист, проводящий медицинское освидетельствование должен быть готов доказывать в суде обоснованность вынесенного им заключения, что требует безукоризненного соблюдения врачом установленного порядка проведения медицинского освидетельствования и оформления его результатов.

Ошибками проведения освидетельствования и заполненного по его результатам Акта являются:

- отступления или нарушения установленных требований проведения медицинского освидетельствования;
- отступления или нарушения установленных требований оформления результатов медицинского освидетельствования;
- несоблюдение требований инструкций по использованию средств измерения концентрации алкоголя в выдыхаемом воздухе (причина ошибочных показаний приборов);
- несоблюдение требований к проведению предварительных иммунохимических (иммунохроматографических) ХТИ: инструкции по применения тест-контейнеров (тестов, иммунохимических реагентов), инструкции по применению иммунохимических анализаторов, обеспечивающих регистрацию и количественную оценку результатов

исследования, что является основной причиной ошибочных показаний анализатора);

- неверная интерпретация результатов предварительных ХТИ;
- недостаточный контроль над забором биологических объектов для направления на ХТИ, что может привести к фальсифицированию (подлогу) образца мочи;
- неполное или некорректное заполнение бланка «Направление на ХТИ»;
- отсутствие сбора анамнестических данных по поводу употребления освидетельствуемым лекарственных препаратов, а также о факте потребления кондитерских изделий с маком (актуально при положительном результате теста на опиаты/морфин);
- подгон клинической картины опьянения под положительные результаты предварительного тестирования (осознанное искажение врачом результатов освидетельствования);
- недостаточная осведомленность врача-специалиста о влиянии некоторых лекарственных препаратов на получение ложноположительных результатов предварительного тестирования;
- направление в ХТЛ образца мочи, не соответствующего требованиям Порядка (Приказ Минздрава России от 18.12.2015 №933н): объем мочи должен быть не менее 30 мл, температура мочи при отборе должна быть не ниже 32,5°С.

Часто встречающейся ошибкой при проведении медицинских освидетельствований не водителей транспортных средств является несоответствие описанной клинической картины вынесенному заключению, при этом обычно факт употребления алкоголя расценивается как состояние опьянения.

Подлежат отмене и заключения, когда медицинское освидетельствование проводилось в автомобилях, не отвечающих установленным Минздравом России требованиям и не имеющих соответствующих регистрационных документов.

Во избежание неверной интерпретации результатов предварительных или подтверждающих ХТИ в бланке «Направление на ХТИ» важно обязательно указывать предварительный *клинический диагноз по факту*, с учетом выраженности клинической картины. Это позволит специалистам лаборатории провести максимально информативные ХТИ биопробы с применением различных вариантов подтверждающих исследований, т.к. базовый метод газовой хромато-масс-спектрометрии не всегда позволяет обнаруживать некоторые токсикологически значимые вещества, особенно те, которые используются в крайне малых количествах (например, галлюциногены: ЛСД и производные NBOMe или производные фентанила).

При наличии специфической клинической картины и особых обстоятельств освидетельствования крайне важно в направлении четко обозначать цели и задачи ХТИ: общая схема исследования на основные

группы НС и ПВ; курительные смеси – синтетические каннабиноиды; галлюциногены; клофелин и клозапин (при криминальных отравлениях); оксибутират натрия; иное (по актуальным сведениям из анамнеза). В качестве дополнительной информации при направлении на ХТИ необходимо указать дополнительную сопутствующую информацию: сведения об употреблении лекарственных препаратов, НС и ПВ, некоторых продуктов питания, например, изделий с кондитерским маком, сведения об изъятии вещественных доказательств, попытки фальсифицирования образца мочи.

Нередко в судах пытаются опротестовать вынесенные заключения по освидетельствованию водителей транспортных средств, ссылаясь на *незначительные или формальные* нарушения требований Инструкции. Порядок оформления результатов медицинского освидетельствования определен как Инструкцией по проведению медицинского освидетельствования, так и самими пунктами Акта.

Некоторые допущенные нарушения практически не влияют на обоснованность вынесенных заключений, некоторые являются достаточно серьезными и могут служить основанием для признания в установленном порядке заключения необоснованным.

Меры по повышению качества проводимого медицинского освидетельствования.

Оценка качества работы кабинета медицинского освидетельствования складывается из оценки качества работы каждого врача. Качество работы зависит от соблюдения врачом установленного порядка проведения освидетельствования и оформления его результатов на всех этапах, особенно: при исследовании выдыхаемого воздуха на содержание алкоголя с обязательной проверкой копии чековой ленты прибора; при отборе мочи с соблюдением всех правил, включая опечатку контейнера и т.д. Приказ Минздрава России от 18.12.2015 №933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)» и приказ МЗСР Российской Федерации от 27.01.2006 №40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ» – являются приказами *прямого действия*, достаточно подробно описывают порядки проведения медицинского освидетельствования и химико-токсикологических исследований биологических объектов и не предусматривают каких-либо дополнений и уточнений органами управления здравоохранения субъектами РФ.

Врач-специалист, проводящий медицинское освидетельствование на состояние опьянения, помимо знания механизма воздействия ПАВ на психические и физические функции человека и умения их диагностировать, должен в совершенстве знать соответствующее законодательство, поскольку малейшие отклонения от установленного законодательством порядка будут

использоваться в судах водителями и их защитниками в попытках избежать ответственности за управление автомобилем в состоянии опьянения.

Контроль качества работы медицинского персонала осуществляют руководители подразделений, проводящих медицинское освидетельствование. Цель контроля качества – повышение квалификации медицинского персонала и недопустимость осознанного искажения врачом результатов освидетельствования.

Для повышения качества проводимого медицинского освидетельствования **необходимы**:

- постоянная работа по подготовке врачей по проведению медицинского освидетельствование на состояние опьянения и повышение их квалификации в этой области, включая обеспечение каждого врача актуальными пособиями, учитывающими новые нормативно-правовые документы и описание клинической картины опьянения вновь появляющимися на нелегальном рынке ПАВ. Не реже одного раза в год следует проводить обучающие семинары для всех врачей кабинетов медицинского освидетельствования, на которых детально разбирать наиболее характерные недостатки в проводимых освидетельствованиях, подробно разъяснять появляющиеся новые нормативные документы.
- регулярный контроль за правильностью заполнения актов медицинских освидетельствований и мониторинг допущенных нарушений, ознакомление всех врачей кабинетов с выявленными нарушениями, обсуждение ошибок и путей их исправления на внутрибольничных врачебных конференциях. В случае регулярного совершения ошибок – требовать письменное объяснение врача по допущенным нарушениям.
- введение в практику кратких отчетов врачей о причинах вызова в суд.
- введение выборочного регулярного просмотра видеозаписей проведенных освидетельствований, для чего каждый кабинет должен быть оснащен видеокамерами.
- проведение совместных совещаний по клиническим вопросам, вопросам диагностики состояний опьянения различными ПАВ с работниками учебных кафедр, находящихся на территории МНПЦ наркологии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение различных методов административно-правового регулирования к определенным группам граждан, употребляющим ПАВ, всегда связано с необходимостью, с одной стороны, борьбы с административными правонарушениями и дисциплинарными проступками, с другой стороны, с эффективным обеспечением законности, соблюдениям прав и свобод граждан. Это обусловливает необходимость правильного применения действующих правовых норм, четкой организации процедуры и точного проведения освидетельствования на состояние опьянение (алкогольного, наркотического и иного токсического). При проведении

медицинского освидетельствования на состояние опьянения необходимо систематически проводить анализ как работы структурного подразделения, осуществляющего указанный вид медицинской деятельности, с целью обязательной фиксации и разбора допускаемых врачами (фельдшерами) ошибок, так и тенденций выявления ПАВ в регионе по результатам ХТИ. Использование такого комплексного подхода позволит осуществлять медицинское освидетельствование на состояние опьянения на необходимом профессиональном уровне и будет способствовать совершенствованию качества работы персонала. Критериями оценки деятельности кабинетов ОМОСО могут являться – работа медицинского персонала, исключающая осознанное искажение результатов освидетельствования и признание судами в максимально возможном количестве случаев обоснованности вынесенных заключений о наличии опьянения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Бурцев А.А. Медицинский и правовой аспекты профилактики автодорожного травматизма, связанного с опьянением водителя транспортного средства: монография // А.А. Бурцев. – М.: Техполиграфцентр, 2017. – С. 90.
2. Бурцев А.А., Смирнов А.В., Петухов А.Е. Обзор основных проблем нормативно-правового регулирования выявления состояния опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) в современных условиях. *Наркология* 2017; 16(3): 15.
3. Бурцев А.А., Баканов К.С., Благов Л.Н., Киржанова В.В. Медицинское освидетельствование на состояние опьянения в России: актуальные проблемы и перспективы развития. *Наркология* 2018; 17(10): 57-58.
4. Егоров В.Ф, Панкратова В.И., Баринская Т.О., Смирнов А.В. Пособие для врачей Московского научно-практического центра наркологии, проводящих медицинское освидетельствование на состояние опьянения. ООО «тамбовский полиграфический союз», 2015. – 222 с.
5. Наркология: национальное руководство. / Под ред. Иванца Н.Н., Анохиной И.П., Винниковой М.А. – 2-е изд., перераб. и доп. - М:ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 944 с.
6. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Злоупотребление психоактивными веществами (клинические и правовые аспекты) – М.: МНЦ «Инфокоррекция», 2003. – 316 с.
7. Клинические рекомендации «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости от алкоголя». Ассоциация наркологов (Профессиональное сообщество врачей наркологов). 2017. – 103 с. URL: http://r-n-l.ru/actualdoc/2018/kp2018/kp_sz_alco2018upd.pdf
8. Неравенства в период взросления: гендерные и социально-экономические различия в показателях здоровья и благополучия детей и подростков. Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC): Международный отчет по результатам исследования 2013/2014 г. /

Европейское бюро ВОЗ, 2016. – 279 с. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/331711/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report-ru.pdf
9. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.Б. – М.: Минздрав России, 1998. – 512 с.
10. Рохлина М.Л. Наркомании. Токсикомании: психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. М.: Литтерра, 2010. – 256 с. – (Серия «практические руководства)».
11. Reeves R.R., Ladner M.E., Perry C.L., Burke R.S., Laizer J.T. Abuse of medications that theoretically are without abuse potential. *South. Med. J.* 2015; 108(3):151-157.

ВЫПИСКА ИЗ ПРОТОКОЛА № 4

заседания Ученого совета ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

от 18 апреля 2019 года

Утвержденный состав совета – 31 человек

Присутствовало на заседании – 22 человека

Председатель заседания – д.м.н. Бузик О.Ж.

СЛУШАЛИ: Утверждение методических рекомендаций "Освидетельствование на состояние опьянения: совершенствование качества лицензируемого вида медицинской деятельности", подготовленных В.Ф. Егоровым, А.А. Бурцевым, А.Ю. Ненастьевой и соавт.

ПОСТАНОВИЛИ (единогласно):

Утвердить методические рекомендации "Освидетельствование на состояние опьянения: совершенствование качества лицензируемого вида медицинской деятельности".

Председатель заседания
Ученого совета, д.м.н. О.Ж. Бузик

Ученый секретарь, к.м.н. И.А. Бедина

ВЫПИСКА ВЕРНА
Ученый секретарь И.А. Бедина

РЕЦЕНЗИЯ

на методические рекомендации
«Освидетельствование на состояние опьянения: совершенствование качества лицензируемого вида медицинской деятельности»,
разработанные коллективом авторов Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы»
авторский коллектив: Егоров В.Ф., Бурцев А.А., Ненастьева А.Ю., Беспалов Д.Е., Смирнов А.В., Петухов А.Е., Волкова А.А.

Сохраняющаяся высокая распространенность употребления психоактивных веществ в Российской Федерации, включая алкоголь, а также регистрируемые в течение последних лет показатели автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортными средствами в состоянии опьянения, вызванного употреблением алкоголя, наркотических средств, психотропных веществ и иных психоактивных веществ, свидетельствуют об актуальности избранной для методических рекомендаций темы.

Цель методических рекомендаций – анализ требований к проведению медицинских освидетельствований на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) и выработка рекомендаций по совершенствованию работы специалистов, занимающихся проведением медицинских освидетельствований. Освещение нормативно-правового, организационного и медицинского аспектов, проработка практических вопросов проведения медицинского освидетельствования, предложения по улучшению качества работы медицинского персонала обеспечивают достижение поставленной цели и полноту раскрытия рассматриваемой темы.

Данные методические рекомендации будут полезны врачам-специалистам, занимающимся данным видом медицинской деятельности, которые должны хорошо ориентироваться и соблюдать требования федерального законодательства и приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации, применять современные объективные методы исследований, знать клинические особенности опьянения различными психоактивными веществами. Также, методические рекомендации «Освидетельствование на состояние опьянения: совершенствование качества лицензируемого вида медицинской деятельности» будут полезны и для сотрудников органов внутренних дел, работа которых связанна с выявлением немедицинского употребления и распространения психоактивных веществ: полиции охраны общественного порядка, инспекции по безопасности

дорожного движения, подразделений по борьбе с незаконным оборотом наркотиков.

В методических рекомендациях освещена деятельность кабинетов медицинского освидетельствования на состояние опьянения Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы и даны предложения по дальнейшему совершенствованию работы при осуществлении этого лицензируемого вида медицинской деятельности.

Методические рекомендации написаны доступным языком, понятны по содержанию, логичны и последовательны по сути преподнесения материала.

Методические рекомендации имеют большое практическое значение и могут быть рекомендованы для применения в наркологической практике.

Профессор кафедры наркологии
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская Академия
непрерывного профессионального образования»
Минздрава России,
д.м.н., профессор Новиков Е.М.

Управление кадров

Подпись Е.М. Ковешкова
удостоверяю:
Специалист по кадрам ФГБОУ
ДПО РМАНПО Минздрава России
Подпись Лобова Г.В.
"16" 04 2019 г.

РЕЦЕНЗИЯ

на методические рекомендации
«Освидетельствование на состояние опьянения: совершенствование качества лицензируемого вида медицинской деятельности»,
разработанные коллективом авторов Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы»
авторский коллектив: Егоров В.Ф., Бурцев А.А., Ненастьева А.Ю., Беспалов Д.Е., Смирнов А.В., Петухов А.Е., Волкова А.А.

Актуальность методических рекомендаций «Освидетельствование на состояние опьянения: совершенствование качества лицензируемого вида медицинской деятельности» обусловлена потребностью практикующих медицинских работников, проводящих освидетельствование, хорошо ориентироваться в действующих нормативно-правовых документах, соблюдать требования федерального законодательства и приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации, применять современные объективные методы исследования, знать клинические особенности острой интоксикации различными психоактивными веществами.

В методических рекомендациях нашли отражение основные аспекты медицинского освидетельствования: нормативно-правовой, организационный и медицинский, что обеспечивает полноту раскрытия рассматриваемой темы. Детально освещена деятельность кабинетов медицинского освидетельствования на состояние опьянения Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы, изложены предложения по дальнейшему совершенствованию качества работы медицинского персонала при осуществлении этого лицензируемого вида медицинской деятельности. Такое наполнение методических рекомендаций, в сочетании с тщательной проработкой конкретных практических вопросов, представляется весьма важным и значимым для врачей-психиатров-наркологов, осуществляющих медицинское освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического).

Методические рекомендации написаны доступным лаконичным языком, содержат конкретные алгоритмы действий специалистов, занимающихся вопросами проведения освидетельствования на состояние опьянения. Представленные материалы будут также полезны сотрудникам органов внутренних дел: полиции, охраны общественного порядка,

инспекции по безопасности дорожного движения, подразделений по борьбе с незаконным оборотом наркотиков, так или иначе связанным с выявлением немедицинского употребления и распространения психоактивных веществ.

Методические рекомендации имеют большое практическое значение и могут быть рекомендованы для изучения и применения в наркологической практике.

Заведующая кафедрой психиатрии и наркологии
лечебного факультета ФГАОУ ВО
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ
(Сеченовский Университет)
д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН М.А.Кинкулькина