

## Критерии алкогольного опьянения водителя транспортного средства

Канд. мед. наук А.А. БУРЦЕВ

*В статье проведен анализ процедуры введения в РФ величины предельно допустимой концентрации алкоголя (ПДКА) и так называемого «сухого закона» для водителей ТС. Приведены основные показатели дорожно-транспортного травматизма (ДТТ), связанного с управлением транспортным средством (ТС) в состоянии опьянения в 2009–2014 гг., с учетом изменившегося нормативного регулирования определения состояния алкогольного опьянения (АО) у водителей.*

**Ключевые слова:** дорожно-транспортное происшествие; дорожно-транспортный (автодорожный) травматизм; управление транспортным средством в состоянии опьянения; алкогольное опьянение; медицинское освидетельствование на состояние опьянения; водитель транспортного средства; предельно допустимая концентрация алкоголя в организме водителя.

В профильном докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2013) отмечено, что ДТТ занимает восьмое место в списке основных причин летальности в мире и является главной причиной смерти молодых людей в возрасте 15–29 лет. Имеющиеся тенденции дают основание прогнозировать к 2020 г. перемещение рассматриваемого показателя с восьмого на пятое место среди всех причин летальности в мире. При этом около 80% случаев смерти в результате ДТТ приходится на страны со средним (к которым относится РФ) и низким уровнем дохода. По мнению экспертов ВОЗ, одной из причин этого является более высокая доля алкоголь-ассоциированной летальности в странах со средним и низким уровнем дохода по сравнению со странами с высоким уровнем дохода (до 69% и до 20% соответственно).

Последствия ДТТ наносят РФ непоправимый демографический и экономический ущерб. В связи с особой острой рассматриваемой проблемы в 2006 г. и 2013 г. были утверждены специализированные Федеральные целевые программы (ФЦП), направленные на повышение безопасности дорожного движения (БДД), а также началась реализация комплекса отдельных мер по БДД, предусмотренных в том числе: Указом Президента РФ «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» (2012); государственной программой «Развитие здравоохранения»; Стратегией национальной безопасности РФ до 2020 г.; Концепцией демографической политики на период до 2025 г.; Транспортной стратегией на период до 2030 г.; Концепцией государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения на период до 2020 г.; Концепцией общественной безопасности в РФ и Концепцией долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г.

Вместе с тем, в рассматриваемых актах отсутствует как методология, так и «дорожная карта» профилактической работы по снижению частоты случаев управления ТС в состоянии опьянения. При этом наиболее перспективной представляется разработка технологий, направленных на предупреждение возможности управления ТС в состоянии именно АО, составляющее до 95% случаев от числа всех выявленных управлений ТС в состоя-

нии опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) [1]. В результате отсутствия комплексной профилактической программы с 2011 г. в РФ регистрируется негативная стойкая тенденция роста как абсолютных, так и относительных (в общей структуре) показателей дорожно-транспортных происшествий (ДТП) с участием водителей в состоянии опьянения (табл. 1) [2].

Несмотря на отсутствие комплексной программы по профилактике управлений ТС в состоянии опьянения в 2008 г., 2010 г. и 2013 г. в РФ трижды менялись критерии АО, а фактически – административной ответственности за управление ТС в состоянии АО.

Алкогольное опьянение водителя ТС является важным фактором риска возникновения ДТП. Результатами исследований, проведенных в 1960-х гг. в г. Гранд-Рапидс штата Мичиган США было установлено, что риск возникновения ДТП для наиболее интолерантных<sup>1</sup> к алкоголю водителей увеличивается при концентрации этанола в крови от 0,5 г/л и выше, а для толерантных – при концентрации этанола в крови 0,8 г/л и выше. Эти результаты были рекомендованы для последующего использования в виде величин предельно допустимой концентрации алкоголя (ПДКА) в крови (выдыхаемом воздухе), при равенстве или превышении которых водитель должен отстраняться от управления ТС.

Поскольку клиническая картина синдрома АО в экспертной практике определяется при концентрации этанола в крови выше 0,8–1,0 г/л [3, 4], а рекомендованные величины ПДКА меньше, то возникла необходимость замены клинического критерия АО на юридический, при котором наличие или отсутствие признаков АО уже не учитывается [5]. Впервые величина ПДКА в крови (выдыхаемом воздухе) водителей была рекомендована международной Конвенцией о дорожном движении (Вена, 1968 г.) и составляла 0,80 г чистого алкоголя на 1 л крови или 0,40 мг на 1 л выдыхаемого воздуха. В последующем Европейском соглашении 1971 г., дополнившим Конвенцию, рекомендовалось снизить величину ПДКА до 0,50 г/л или 0,25 мг/л.

В РФ впервые величина ПДКА в крови (0,3 г и более абсолютного этилового спирта на 1 л крови) и выдыхаемом воздухе (0,15 мг и более абсолютного этилового спирта на 1 л выдыхаемого воздуха) была введена с 01.07.2008 примечанием к ст. 27.12 КоАП РФ [6]. Принятие величины ПДКА, т.е. снижение уровня «разрешенной» при управлении ТС концентрации алкоголя, привело к последующему росту в 2009 г. числа водителей, выявленных в АО в Центральном федеральном округе (ЦФО) и России (табл. 2).

Как следует из представленных данных, в 2009 г. по сравнению с предыдущим годом число водителей, выявленных в АО, увеличилось в целом по России на 14,3%, в ЦФО на 10,8%. Рассматриваемый рост, по всей видимости, явился следствием того, что после введения в РФ одной из самых низких в мире величин ПДКА, которая фактически означала запрет на употребление алкоголя, не были даны соответствующие разъяснения ни водителям, ни медицинским работникам. Так, в средствах массовой информации (СМИ) это нововведение позиционировалось как возможность употребления относительно небольших доз алкоголя перед управлением ТС по аналогии с другими странами, в которых величина ПДКА значительно превышала принятую в РФ. Медицинским работникам не были даны соответствующие разъяснения о порядке вынесения заключения с учетом величины ПДКА в рамках медицинского освидетельствования на состояние опьянения. В итоге, в одних регионах к величине ПДКА прибавляли, в других – отнимали величину основной погрешности используемых средств измерения (индикации) концентрации паров этанола в выдыхаемом воздухе (алкометров), а в некоторых регионах ориентировались непосредственно на величину ПДКА,

<sup>1</sup> Интолерантность (лат. intolerantia – непереносимость, нетерпимость) – состояние сниженной переносимости, выносливости.

Основные абсолютные и относительные (в процентах) показатели ДТП с участием водителей в состоянии опьянения в РФ в 2009–2014 гг.

Год	Абсолютные показатели количества ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения			Удельный вес ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, в общем числе зарегистрированных ДТП (%)		
	ДТП	Погибло	Получили травмы	ДТП	Погибло	Получили травмы
2009	12 327	2 217	18 207	6,1	8,5	7,1
2010	11 845	1 954	17 280	5,9	7,4	6,9
2011	12 252	2 103	17 900	6,1	7,5	7,1
2012	12 843	2 103	18 679	6,3	7,5	7,2
2013	13 581	2 314	19 385	6,7	8,6	7,5
2014	16 517	3 420	23 245	9,4	14,8	10,1

Таблица 2

Сравнительная характеристика абсолютных\* и относительных\*\* показателей числа водителей, имевших право управления ТС и выявленных в состоянии алкогольного опьянения, в 2008–2012 гг. в России и ЦФО

Год	Россия		Центральный федеральный округ	
	абс.	прирост в % к пред. году	абс.	прирост в % к пред. году
2008	340 752	–	73 357	–
2009	389 556	14,3	81 297	10,8
2010	352 058	–9,6	72 714	–10,6
2011	347 756	–1,2	69 669	–4,2
2012	364 085	4,7	74 400	6,8

\* Число вынесенных судебных решений по ч. 1. ст. 12.8 КоАП РФ.

\*\* Отрицательный прирост отображен со знаком «–».

указанную в Законе. При этом следует отметить, что в редакцию приказа Минздрава России, регламентирующего порядок медицинского освидетельствования, соответствующих изменений в части, касающейся величины ПДКА, внесено не было.

С целью последующего введения в 2010 г. полного запрета на управление ТС с присутствием алкоголя в организме водителя, примечание к статье 27.12 КоАП РФ было признано утратившим силу, что привело к необходимости снова учитываться клинический критерий АО в рамках медицинского освидетельствования, который был предусмотрен все еще действующей редакцией приказа Минздрава. С 31.10.2010 Минздравсоцразвития России своим приказом внесло изменение в редакцию «Инструкции по проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством», утвержденной приказом Минздрава России 14.07.2003 № 308 «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения», согласно которому единственным основанием для вынесения заключения о наличии АО являлись «положительные результаты определения алкоголя в выдыхаемом воздухе», полученные «при помощи одного из технических средств измерения или при применении не менее двух разных технических средств индикации». Поскольку при вынесении заключения концентрация обнаруженного в выдыхаемом воздухе алкоголя уже не учитывались, то в СМИ рассматриваемое изменение подхода к определению АО у водителей ТС получило название «нулевой порог» или «закон о нулевом промилле».

При этом необходимо отметить, что алкометры имеют пределы допускаемой основной и дополнительной погрешности. Величина основной погрешности зависит от технических (заводских) характеристик прибора, величина дополнительной погрешности может зависеть от условий его эксплуатации (диапазонов температуры и влажности воздуха, атмосферного давления и т.д.). Поскольку нормативными актами не было предусмотрено требование об оснащении всех помещений или автомобилей, где проводится медицинское освидетельствование, приборами для измерения перечисленных выше характеристик окружающей среды, то «положительные результаты определения алкоголя в выдыхаемом воздухе» определялись только с учетом основной погрешности используемых алкометров, величина которой приводится в описании типа средств измерения (индикации).

В последующем 2011 г. Правительство РФ своим постановлением внесло изменения в «Правила освидетельствования лица, которое управляет транспортным средством...». Согласно новой редакции рассматриваемых Правил, наличие или отсутствие АО определялось у водителей на основании показаний используемого технического средства измерения с учетом его допустимой погрешности измерения, т.е. необходимость учета погрешности используемого средства измерения (индикации) фактически была «узаконена».

Введение так называемого «закона о нулевом промилле» вызвало оживленную дискуссию как среди специалистов, так и в СМИ. Противники принятой нормы в основном аргументировали свою точку зрения тем, что якобы имеющийся уровень содержания эндогенного этанола в крови, а также прием терапевтических доз спиртосодержащих лекарственных средств и некоторых пищевых продуктов, приведут к ложноположительным результатам определения алкоголя в выдыхаемом воздухе.

В действительности, имеется достаточно данных, свидетельствующих о том, что максимальное значение концентрации эндогенного этанола в крови человека как минимум на один порядок меньше величины основной погрешности используемых алкометров. Соответственно, даже максимальная концентрация эндогенного этанола в организме человека какого-либо влияния на результаты исследования выдыхаемого воздуха на содержание алкоголя оказывать не будет. Что касается алкоголя, адсорбированного на слизистой оболочке ротовой полости после употребления слабоалкогольных пищевых продуктов или спиртосодержащих лекарственных препаратов, то в подобных случаях основная часть этанола «исчезает» уже через 2–3 минуты. В целом в литературе приведено значительное количество доказательств того, что период времени в 15 минут является достаточным для снижения любого количества адсорбированного в ротовой полости алкоголя до нуля или близких к нулю значений. С учетом изложенного в странах мирового сообщества в рамках