

## **Лекция 1.**

### **Роль и значение предрейсовых осмотров водителей автотранспортных средств в системе профилактики ДТП**

Известно, что в совершении 80-90% дорожно-транспортных происшествий (ДТП) виноват «человеческий фактор». Надежность водителя, защищенность его от ДТП наряду с личностными качествами, уровнем профессиональной подготовки во многом зависит от состояния здоровья, психофизиологического состояния, употребления водителями алкоголя, наркотических или иных одурманивающих веществ.

Одним из действенных средств систематического контроля за состоянием здоровья, функциональным состоянием профессиональных водителей, а также мерой по недопущению к управлению транспортным средством нетрезвых водителей являются предрейсовые медицинские осмотры.

Впервые предрейсовые медицинские осмотры водителей на автопредприятиях начали проводиться в 1977 году, хотя в отдельных ведомствах они проводились и ранее. Например, на железнодорожном транспорте они были введены указанием МПС СССР № 14763 от 24.05.1965г.

Вначале приказ Министерства Здравоохранения СССР предусматривал проведение предрейсовых медицинских осмотров в автохозяйствах с числом водителей более 600. Когда опыт проведения такой профилактики аварийности и травматизма на транспорте показал высокую эффективность предрейсовых осмотров, ввели обязательное их проведение в автохозяйствах с числом водителей более 500, а затем и 300 водителей. Государство выделяло средства на проведение этих мероприятий. Затем были изданы приказы Минздрава СССР и других заинтересованных ведомств (Минсельхоза, Минкомунхоза и др.), разрешающие проводить предрейсовые профилактические осмотры водителей в более мелких автохозяйствах на хозрасчетной основе за счет средств предприятия.

Снижение аварийности и экономическая эффективность предрейсовых осмотров (на один вложенный рубль экономическая эффективность составляла 6-9 рублей) способствовали их внедрению. В конце 80-х годов не стало хватать медицинских работников для их проведения и Госкомтруд

СССР в 1988 году ввел новую должность «инспектор по проведению предрейсовых профилактических осмотров» из числа лиц администрации.

Следующим этапом ещё более широкого внедрения предрейсовых осмотров в систему профилактики ДТП и травматизма было принятие в 1995 году Федерального Закона «О безопасности дорожного движения», который законодательно утвердил требования об обязательном прохождении водителями автохозяйств предрейсового, послерейсового и текущего медицинского контроля.

Транспортная инспекция взяла под контроль работу в автохозяйствах по проведению предрейсовых осмотров. Ранее, до 1995г., в автопредприятиях они проводились лишь на основании коллективных договоров между администрацией предприятия и коллективом профсоюзной организации. В Министерстве путей сообщения и в Аэрофлоте СССР обязательность проведения предрейсовых осмотров работников, управляющих транспортным средством, а также других лиц, участвующих в обеспечении безопасности движения транспортных средств предусматривалась уставом этих ведомств.

Для повышения качества проведения предрейсовых медицинских осмотров Законом о лицензировании они были отнесены к видам деятельности, проведение которой требует медицинского образования и лицензирования.

Все перечисленные выше государственные мероприятия по организации и широкому внедрению предрейсовых медицинских осмотров в систему профилактических мероприятий по снижению ДТП и дорожного травматизма свидетельствуют о том, какое большое значение придается этому медицинскому мероприятию.

Это и понятно, выборочные исследования отдельных авторов показали, что водители мелких автохозяйств в четыре раза чаще совершают ДТП в состоянии алкогольного опьянения, чем водители тех АТП, где регулярно проводятся предрейсовые медицинские осмотры.

Как уже отмечалось выше, проведение предрейсовых, послерейсовых и текущих медицинских осмотров предусмотрено Федеральным законом России «О безопасности дорожного движения». Об этом сказано в ст. 23.1, а в главе 20 п. 1 отмечено также, что «организовать и проводить с привлечением работников здравоохранения предрейсовые медицинские осмотры водителей, мероприятия по совершенствованию водителями навыков оказания доврачебной медицинской помощи пострадавшим в

дорожно-транспортных происшествиях» обязаны юридические лица и индивидуальные предприниматели при осуществлении ими деятельности, связанной с эксплуатацией транспортных средств.

В соответствии с Законом, медицинское обеспечение безопасности дорожного движения заключается в обязательном медицинском освидетельствовании и переосвидетельствовании кандидатов в водители и водителей транспортных средств, проведении предрейсовых, послерейсовых и текущих медицинских осмотров водителей транспортных средств, оказании медицинской помощи пострадавшим в ДТП, обучении участников дорожного движения, должностных лиц органов внутренних дел Российской Федерации и других спецподразделений, а также населения приемам оказания доврачебной помощи лицам, пострадавшим в ДТП.

Методика проведения предрейсовых медицинских осмотров была изложена в инструкции о проведении предрейсовых медицинских осмотров водителей автотранспортных средств (приложение № 9 к приказу Министерства здравоохранения СССР от 29 сентября 1989г. № 555).

Затем данный вопрос регламентировался Приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 14 марта 1996 г. № 90 «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии». В настоящее время - приказом Минздрава РФ от 15.12.2014 № 835н «Об утверждении Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров»

**Медперсонал, проводящий предрейсовые (предсменные, послерейсовые, послесменные) медицинские осмотры.**

Подготовка медицинских работников к проведению предрейсовых медицинских осмотров проводится в соответствии с программой подготовки медицинского персонала по вопросам проведения предрейсовых, послерейсовых и текущих медицинских осмотров водителей транспортных средств.

При проведении предрейсовых медицинских осмотров нередко возникает ряд правовых вопросов для ответа на которые необходимо знать требования действующих законодательных актов Российской Федерации. Бывают случаи, когда к медицинскому работнику, проводящему предрейсовый осмотр, представитель администрации приводит работника не являющегося водителем и просит освидетельствовать его для установления

состояния опьянения. Имеет ли право проводить такое освидетельствование работник, проводящий предрейсовый осмотр? Нет, не имеет. В приложении № 3 вышеназванного приказа Минздрава РФ №308 и в других нормативных документах, посвященных вопросу освидетельствования, указано, что медицинское освидетельствование на состояние опьянения проводится в организациях здравоохранения, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности с указанием соответствующих работ и услуг.

Напомним, что медицинский работник, проводящий предрейсовый осмотр, не ставит штамп «допущен к рейсу» в путевом листе при получении положительных результатов индикаторных проб на алкоголь в выдыхаемом воздухе. Напомним также, что порог индикации наличия алкоголя в выдыхаемом воздухе около 100-150 мкг алкоголя на 1 литр воздуха или в перерасчете на концентрацию алкоголя в крови 0,2-0,3 промилле.

В то же время состояние алкогольного опьянения, заключающегося в появлении нарушения физиологических функций и работоспособности человека (нарушения речи, походки, координации движений и др.), начинает проявляться при концентрации алкоголя в выдыхаемом воздухе 400-450 мкг/л или 0,8-1,0 промилле в пересчете на концентрацию в крови.

Что же может в описанной ситуации сделать медицинский работник, проводящий предрейсовые осмотры? По распоряжению администрации он может провести осмотр работника, провести исследование выдыхаемого им воздуха и при наличии в нем паров алкоголя разрешенными Минздравом РФ методами и составить протокол, с описанием результатов всех проделанных исследований не вынося никакого заключения (также как и в протоколе обследования водителя по результатам предрейсового медицинского осмотра).

Отметим, что при трудовых конфликтах имеет значение именно состояние опьянения, т.к. пунктом 6 «б» статьи 81 Трудового Кодекса РФ установлено, что трудовой договор по инициативе работодателя может быть расторгнут при появлении работника на работе в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения.

Следует иметь в виду требование еще одного Закона, это Федеральный Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах», подписанный Президентом 08.01.1998г. № 3-ФЗ. Статьей 44 этого закона установлен порядок направления на медицинское освидетельствование и проведения освидетельствования лица, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что оно больно наркоманией, находится в

состоянии наркотического опьянения, либо потребило наркотическое средство или психотропное вещество без назначения врача.

Медицинское освидетельствование такого лица проводится в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности с указанием соответствующих работ и услуг, обычно в кабинетах по медицинскому освидетельствованию, по постановлению судей, прокуроров, следователей, органов дознания.

Заканчивая раздел, посвященный законодательным актам, хотелось бы подробно остановиться на требованиях Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях и постановлении Правительства Российской Федерации от 26 июня 2008г. №475 об утверждении правил освидетельствования водителя для установления состояния опьянения. В 2008 году в требованиях Кодекса и Правил впервые появился количественный критерий для вынесения заключения об алкогольном опьянении.

Кроме того, этими же актами установлено, что освидетельствование на состояние алкогольного опьянения проводится должностными лицами, которым предоставлено право надзора и контроля за безопасностью дорожного движения и эксплуатации транспортного средства, освидетельствование проводится с использованием технических средств измерения, обеспечивающих запись результатов исследования на бумажном носителе.

Как уже упоминалось выше, под состоянием опьянения считается наличие абсолютного этилового спирта в концентрации 0,3 и более грамма на один литр крови или 0,15 и более миллиграмма на один литр выдыхаемого воздуха. Напомним, что уровень индикации алкоголя индикаторами, применяемыми при проведении предрейсовых осмотров, около 0,2-0,3 промилле или 0,1-0,15 миллиграмм на один литр выдыхаемого воздуха. Таким образом, при концентрации алкоголя в диапазоне от 0,2 до 0,3 промилле работник ГИБДД не признает водителя пьяным, а медицинский работник, проводящий предрейсовый осмотр не должен допустить его к управлению транспортным средством.

Наряду с освидетельствованием работниками ГИБДД предусмотрено также проведение медицинского освидетельствования.

Направлению на медицинское освидетельствование на состояние опьянения водитель транспортного средства подлежит:

а) при отказе от прохождения освидетельствования на состояние опьянения;

б) при несогласии с результатами освидетельствования на состояние алкогольного опьянения;

в) при наличии достаточных оснований полагать, что водитель транспортного средства находится в состоянии опьянения, и отрицательном результате освидетельствования на состояние алкогольного опьянения.

Порядок проведения предрейсовых медицинских осмотров определен вышеупомянутой инструкцией (Приложение №9 к Приказу Министерства здравоохранения СССР от 29 сентября 1989г. № 555).

В настоящее время осмотры производятся в основном медицинским персоналом на хозрасчетной основе по договорам автопредприятий с учреждениями здравоохранения, имеющими лицензию на проведение этого вида деятельности. К проведению предрейсового медицинского осмотра допускаются медицинские работники, прошедшие подготовку в соответствии с программой, утвержденной Приказом Минздрава РФ от 14 июля 2003г. № 308 (Приложение № 8).

В ходе предрейсовых медицинских осмотров систематически обследуется весь водительский состав, а также выявляется группа лиц, требующих более тщательного контроля. Эта группа формируется как по медицинским, так и по социальным показаниям. Среди медицинских показаний на первом месте гипертоническая болезнь, а также другие хронические болезни.

Из социальных показаний к включению в «группу повышенного риска аварийности» прежде всего, следуют:

- прогулы и другие нарушения трудовой дисциплины;
- сведения о систематическом пьянстве водителя;
- факты отстранения от работы при предрейсовых осмотрах из-за нетрезвого состояния.

При предрейсовых медицинских осмотрах проводится:

- сбор анамнеза;
- измерение температуры тела (по показаниям);
- измерение артериального давления (по показаниям);
- определение пульса (по показаниям);

· реакция на наличие алкоголя в выдыхаемом воздухе одним из принятых методов, при положительной пробе на алкоголь проводятся исследования другим методом, а также повторно, через 20 минут обоими методами.

Обследование водителей проводится как при дневном свете, так и при искусственном освещении. При осмотре обращается внимание на состояние кожных покровов, языка, слизистых оболочек полости зева, губ, глаз с целью выявления отклонения от их обычного вида (бледности или покраснения, синюшности или желтушности, отека лица или обложенности языка и др.), наличие запаха алкоголя. При опросе интересуются самочувствием осматриваемого, его жалобами, продолжительностью сна и отдыха перед выходом на работу.

Определение основных функциональных показателей у осматриваемого производится по показаниям и заключается в измерении частоты пульса, уровня максимального и минимального артериального давления, температуры тела.

Температура тела человека (как показатель теплового состояния организма) остается при любых условиях относительно постоянной. Термометрию проводят, как правило, в подмышечной области, в которой термометр должен удерживаться не менее 10 минут. Перед помещением термометра в подмышечную впадину кожу в ней тщательно вытирают от пота, так как жидкость, во-первых, плохо проводит тепло от кожи к термометру и, во-вторых, испарение пота отнимает часть тепла. Температура тела, измеренная в подмышечной области здорового человека, колеблется в пределах 36,0-37,0.

Показатели пульса и артериального давления являются важнейшими параметрами, характеризующими кровообращение. Они изменяются в соответствии с потребностями организма, а также возрастом, что является одной из приспособительных реакций организма.

Измерение АД должно проводиться в тихой, спокойной и удобной обстановке при комфортной температуре. Следует избегать внешних воздействий, которые могут увеличивать вариабельность АД или помешать аускультации. При использовании ртутного сфигмоманометра мениск ртутного столбика должен находиться на уровне глаз проводящего измерения. Пациент должен сидеть на стуле с прямой спинкой рядом со столом. Для измерения АД в положении стоя используется стойка с регулируемой высотой и поддерживающей поверхностью для руки и

тонометра. Высота стола и стойки должны быть такими, чтобы при измерении АД середина манжеты, наложенной на плечо пациента, находилась на уровне сердца пациента.

Для точного определения систолического артериального давления (САД) при минимальном дискомфорте для пациента, а также для предупреждения «аускультативного провала», следует:

а) определить пульсацию лучевой артерии, характер и ритм пульса. При выраженных нарушениях ритма (мерцательной аритмии) величина САД может варьировать от сокращения к сокращению, поэтому для более точного определения его уровня следует произвести дополнительное измерение;

б) продолжая пальпировать лучевую артерию, быстро накачать воздух в манжету до 60 мм. рт. ст, затем нагнетать по 10 мм. рт. ст. до исчезновения пульсации;

в) сдувать воздух из манжеты следует со скоростью 2 мм. рт. ст. в сек. Зарегистрировать уровень АД, при котором вновь появляется пульс;

г) полностью стравить воздух из манжеты.

Обычно нагнетают воздух в манжетку с превышением цифр, при которых исчез пульс или прекратилось выслушивание тонов, на 20-30 мм рт.ст.

Уровень, при котором слышен последний отчетливый тон, соответствует диастолическому артериальному давлению (ДАД). Если ДАД выше 90 мм рт. ст., аускультацию следует продолжать на протяжении 40 мм рт. ст., в других случаях — на протяжении 10-20 мм рт. ст. после исчезновения последнего тона. Соблюдение этого правила позволяет избежать определения ложно повышенного ДАД при возобновлении тонов после аускультативного провала. Артериальное давление здорового человека зависит от возраста и согласно сведениям, опубликованным в Большой медицинской энциклопедии и классификации уровней АД (WHO\ ISH), считается нормальным при колебаниях в покое в следующих пределах:

Возраст (лет)	Значение артериального давления (мм рт.ст.)	
	максимальное	минимальное
17-20	100-120	70-80
21-60 и старше	до 140	до 90

Допуск к работе лиц, страдающих гипертонической болезнью, осуществляется строго индивидуально по рекомендации их лечащего врача.

Исследование пульса проводится обычно на предплечья, у основания большого пальца. Это связано с тем, что проходящая в этом месте лучевая артерия располагается непосредственно под кожей. Основным методом исследования артериального пульса – пальпация, которая позволяет определить и охарактеризовать следующие свойства:

- ритмичность;
- частоту;
- дефицит пульса;
- напряжение пульса;
- наполнение пульса;
- величину пульса.

Пальпацию начинают с исследования пульса на обеих руках. В норме он одинаков. Если пульс одинаков на обеих руках, то его характеристики определяют на одной руке. При наличии различного пульса на обеих руках исследование его характеристик проводят на той стороне, где они выражены лучше.

У одного и того же человека в зависимости от времени принятия пищи, движений, глубины дыхательных экскурсий, психического состояния, положения тела частота пульса постоянно изменяется. Однако у здорового человека частота пульса в пределах 60-90 в минуту.

После осмотра на путевых листах водителей ставится штамп «Допущен к рейсу» и подпись медицинского работника.

Штамп не ставится при:

- выявлении признаков временной нетрудоспособности. К ним относятся наличие признаков острого или обострение хронического заболевания (повышение температуры тела выше 37 гр. С, жалобы на плохое самочувствие, общую слабость, головную или зубную боль, острое заболевание глаз, боли в области уха, в грудной и брюшной полости и др.), повышение или понижение частоты пульса и артериального давления, выходящие за величину нормальных показателей. В этих случаях водитель направляется на прием к врачу;

- положительных пробах на алкоголь в выдыхаемом воздухе.

Напомним, что чувствительность к алкоголю качественных химических проб (трубка Мохова-Шинкаренко, трубка Контроль трезвости) составляет 0.2-0.3 промилле. Такой же порог чувствительности установлен и в разработанных в СССР индикаторах паров алкоголя в выдыхаемом воздухе: АГ-1200, Алкотестер 02-МЕТА.

Поскольку все перечисленные средства не избирательны к алкоголю, факт употребления алкоголя принято подтверждать минимум двумя положительными пробами, например, применяя индикатор АГ-1200 и трубку Контроль трезвости. При этом через 20 минут производят еще одну пробу каждым из этих методов для страховки работника, производившего исследование, т.к. положительный результат этой отставленной по времени пробы подтверждает отсутствие фиксированного во рту алкоголя, на что впоследствии может ссылаться обследуемый.

При несогласии с результатом осмотра водитель может обратиться в медицинское учреждение за медицинским освидетельствованием, которое проводится в специализированных кабинетах медицинского освидетельствования и в иных лечебно-профилактических учреждениях, имеющих разрешение на выполнение этого вида деятельности согласно лицензии. Освидетельствование проводится по обоснованному письменному заявлению освидетельствуемого, а также по направлению должностных лиц учреждений, предприятий и организаций (по письменному направлению с печатью организации).

Известно, что алкоголь токсически действует на все органы и ткани и особенно выражено на центральную нервную систему. Употребление алкоголя снижает работоспособность водителя и может значительно повысить риск возникновения дорожно-транспортного происшествия (ДТП). Риск совершения водителем аварии и тяжесть вызванных ею последствий находится в определенной зависимости от концентрации алкоголя в крови водителя. По мнению исследователей, изучавших этот вопрос, при концентрации алкоголя в крови 0,5 промилле, вероятность ДТП увеличивается вдвое, при 1,0 промилле в 2 - 9 раз, а при концентрации 1,5 промилле в 8-30 раз. (Марджи Педен и др. 2004г.)

Нарушение деятельности центральной нервной системы определяется количеством выпитого алкоголя, временем, прошедшим с момента принятия последней дозы алкоголя, и исходным функциональным состоянием центральной нервной системы. В настоящее время хорошо известны и часто публикуются факты влияния алкоголя на скорость и четкость так называемых сенсомоторных реакций, во многом обеспечивающих быстроту

и правильность восприятия дорожной обстановки и действия водителя в ответ на её изменения.

С помощью объективных методов при легком опьянении (например, под воздействием алкоголя, принятого в количестве 1 грамма на килограмм массы тела) выявляется увеличение времени зрительно-двигательной реакции (на 40-70 миллисекунд) и время выбора логической информации (на 10-20%), а также возрастает возможность локализованной ошибки при взаимодействии органов зрения и слуха (почти на 50%).

Не меньшую опасность представляют появляющиеся под влиянием алкоголя изменения настроения, переоценка собственных сил, недооценка опасности, ослабление способности контролировать и правильно оценивать свои поступки. Даже при употреблении небольших доз алкоголя в начальном периоде легкого алкогольного опьянения снижается способность к критическому осмысливанию, появляется беспечность, благодушие.

Таким образом, имеет место с одной стороны субъективно: повышение настроения, переоценка своих сил, а с другой стороны - реальное снижение основных функций, определяющих способность водителя выполнять сложные действия по управлению автомобилем.

Всё это приводит опьяневшего к некритической оценке дорожной обстановки, превышению скорости, совершению действий, не соответствующих реальным условиям движения, особенно в экстремальных и сложных случаях, что в конечном итоге, является одним из наиболее значимых факторов повышения риска.

Анализ количества ДТП, совершенных нетрезвыми водителями в различных регионах России, показывает, что наиболее часто ДТП совершают нетрезвые водители в регионах, где традиционно больше потребляют спиртных напитков: Ненецкий, Чукотский, Коми-Пермяцкий автономные округа, республики: Алтай, Тыва, Мари Эл, наименьшее число – в южных республиках: Северная Осетия – Алания, Татарстан, Дагестан, Кабардино-Балкария, в большинстве из которых население традиционно исповедует ислам, что безусловно, оказывает значительное влияние на снижение в регионах потребления спиртных напитков.

Наблюдаемая четкая корреляция количества ДТП, совершенных нетрезвыми водителями с потреблением алкоголя позволяет рекомендовать для снижения числа ДТП, совершаемых нетрезвыми водителями, проводить противоалкогольные мероприятия. Действенной мерой профилактики аварий, совершаемых нетрезвыми водителями, является отстранение их от

управления транспортными средствами. Из таких профилактических мероприятий, проводимых в Российской Федерации, следует, в первую очередь, остановиться на следующих:

1. Отстранение от управления транспортными средствами водителей у которых в медицинских учреждениях установлено наличие заболевания алкоголизмом или наркоманией.

2. Законодательно введенный запрет на управление транспортными средствами в состоянии опьянения.

3. отстранение от управления транспортными средствами водителей, работающих по найму, если перед началом работы у них определяется в выдыхаемом воздухе наличие алкоголя.

Система организации медицинского обеспечения безопасности дорожного движения предусматривает комплекс мероприятий, включающих как медицинскую профилактику дорожно-транспортных происшествий, так и медицинскую помощь при их совершении.

Одним из основополагающих факторов обеспечения безопасности дорожного движения является состояние здоровья водителя.

Высокая интенсивность дорожного движения за счет значительного роста количества автотранспортных средств предъявляет к водителям повышенные требования в плане состояния здоровья.

Своевременно определить нарушения и отклонения в состоянии здоровья водителей возможно лишь при регулярном прохождении ими медицинских осмотров. Правильная организация проведения предрейсовых медицинских осмотров является одним из ключевых звеньев профилактики дорожно-транспортных происшествий.

Управление автотранспортом в состоянии алкогольного опьянения является одной из основных причин дорожно-транспортных происшествий. Ежегодно около 20% происшествий происходят из-за нарушений правил дорожного движения водителями в состоянии опьянения.

Особую тревогу вызывает тот факт, что за последние годы в 3 - 4 раза возросло количество водителей, управляющих автотранспортными средствами в состоянии наркотического опьянения и под действием иных психоактивных веществ.

Своевременное выявление у водителей автотранспортных средств физиологических и функциональных отклонений, возникающих при потреблении различных алкогольных и психоактивных веществ, является

одной из важнейших задач в обеспечении безопасности дорожного движения.

С этой целью в каждой организации, имеющей автотранспорт, необходимо организовать и в обязательном порядке проводить предрейсовые медицинские осмотры водителей автотранспортных средств. Предрейсовые медицинские осмотры проводятся прошедшими специальное обучение медицинскими работниками (врачами, фельдшерами, медицинскими сестрами). Примерная программа подготовки медицинских работников по проведению предрейсовых медицинских осмотров водителей транспортных средств прилагается (приложение N 1).

Основной задачей предрейсовых медицинских осмотров является выявление у водителей признаков различных заболеваний, признаков употребления алкоголя, наркотиков, запрещенных лекарственных препаратов, остаточных явлений алкогольной интоксикации (похмельного синдрома), утомления. В случае выявления указанных признаков водители не допускаются к управлению транспортными средствами.

Медицинские работники также осуществляют контроль за состоянием здоровья водителей, анализируют причины отстранения водителей от работы, ведут учет результатов осмотров, участвуют в служебном расследовании ДТП с целью выявления причин, зависящих от состояния здоровья водителя, совершившего ДТП. Они работают в тесном контакте с руководителем организации и другими специалистами, работа которых связана с обеспечением безопасности движения.

На основе анализа причин отстранения водителей от работы по состоянию здоровья медработники формируют так называемые "группы риска", куда включаются водители, склонные к злоупотреблению алкоголем и психоактивными веществами, а также длительно и часто болеющие (страдающие хроническими заболеваниями) и водители старше 55 лет.

Водители, вошедшие в группы риска, должны подвергаться текущим и послерейсовым медицинским осмотрам и находиться под особым вниманием медицинских работников. Порядок проведения текущих и послерейсовых медицинских осмотров устанавливается руководителями организаций

В Федеральном законе "О безопасности дорожного движения" (статья 20) установлено, что все юридические лица и индивидуальные предприниматели обязаны организовать проведение предрейсовых медицинских осмотров водителей.

В статье 54 Федерального закона "О наркотических средствах и психотропных веществах" установлено, что наркологическая помощь больным наркоманией оказывается по их просьбе или с их согласия, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации

Следовательно, для проведения обследования водителя на предмет содержания в организме наркотических веществ необходимо его согласие, которое должно быть оформлено в письменной форме. Согласие на это обследование может быть предусмотрено в трудовом договоре или в отдельном документе.

Организация проведения предрейсовых медицинских осмотров водителей автотранспортных средств

Предрейсовый медицинский осмотр производится перед началом рабочей смены водителей. Для их осуществления администрацией организации должно быть выделено специальное помещение, оборудованное в соответствии с перечнем, приведенным в приложении N 2.

Организация предрейсового медицинского осмотра водителей находится под контролем администрации организации и методическим руководством территориального или ведомственного лечебно-профилактического учреждения.

Водители автотранспортных средств должны явиться на предрейсовый медицинский осмотр с путевым листом.

Приглашая на осмотр индивидуально каждого водителя, медицинский работник должен обратить внимание на: как обследуемый заходит в кабинет, на его походку, внешний вид и поведение. Осмотр начинается с опроса водителя.

При опросе выясняется субъективное самочувствие водителя, настроение, продолжительность сна, наличие или отсутствие жалоб на состояние здоровья.

При высказывании водителем каких-либо жалоб медицинский работник обязан при осмотре выявить и подтвердить (или опровергнуть) их объективность.

Медицинские осмотры должны проводиться при достаточном освещении. Медицинский работник обязан внимательно ознакомиться с состоянием кожных покровов водителя, обращая внимание на наличие

расчесов, ссадин, следов от инъекций на тыльной части кистей и кубитальных ямок, бледность или покраснение кожи.

Определяется состояние слизистых глаз и склер (гиперемия, желтушность). Особую значимость при осмотре приобретает состояние зрачков (сужены или расширены) и их реакция на свет (живая, вялая или отсутствует). Температура тела измеряется при наличии объективных показателей.

При осмотре в обязательном порядке измеряется артериальное давление и частота сердечных сокращений

Основаниями для отстранения от работы водителей автотранспортных средств являются следующие отклонения в состоянии здоровья:

- наличие симптомов острого заболевания или обострения хронического заболевания (повышение температуры тела свыше 37 град. С, жалобы на плохое самочувствие, общую слабость, головную боль и зубную боль, острые заболевания глаз, боли в области уха, грудной или брюшной полости и т.п.);

- повышение или урежение частоты сердечных сокращений и изменения артериального давления выше или ниже уровней, характерных для осматриваемого водителя;

- нахождение под действием спиртных напитков или других средств (наркотических и психотропных препаратов или токсикантов), нарушающих функциональное состояние. В этом случае медицинский работник, проводящий предрейсовый медицинский осмотр, обязан провести контроль трезвости водителя.

Результаты проведенного предрейсового медицинского осмотра в обязательном порядке заносятся в журнал. Журнал должен быть пронумерован, прошнурован, скреплен печатью организации или учреждения здравоохранения. В журнале записываются фамилия, имя, отчество, возраст, место работы водителя, дата и время проведения осмотра, заключение, принятые меры, фамилия и инициалы медицинского работника.

При отсутствии жалоб, объективных признаков заболеваний, нарушений функционального состояния организма, признаков употребления спиртных напитков, наркотических и других психоактивных веществ, нарушений режима труда и отдыха водитель допускается к работе. В этом случае медицинский работник ставит штамп в путевом листе. В штампе должны быть указаны дата и точное время прохождения медицинского

осмотра, фамилия, инициалы и подпись медицинского работника, проводившего обследование.

Отстраненные от работы по состоянию здоровья водители направляются в дневное время к дежурному врачу поликлиники. В том случае, если отстранение водителя от работы связано с временной утратой трудоспособности и произошло в вечернее или ночное время, когда в поликлинике нет приема, медицинский работник, оказав первую помощь, предлагает работнику явиться на следующий день в поликлинику, а в случае надобности - вызвать врача на дом. При этом он выдает водителю справку за своей подписью. В справке указывается час освобождения от работы, приводятся краткие данные о характере заболевания или травмы, о температуре тела и т.д. Справка составляется в произвольной форме.

Врач поликлиники, признав отстраненного от работы водителя временно нетрудоспособным, выдает ему больничный лист в установленном порядке. Если же врач признает его трудоспособным, то выдает справку об отсутствии противопоказаний для допуска к работе. Допуск к работе лиц, страдающих гипертонической болезнью или явной гипотонией, осуществляется строго индивидуально по рекомендациям лечащего врача. Эти рекомендации заносятся в карту состояния здоровья водителя. Карта заполняется медицинским работником на водителей, имеющих хронические заболевания.

Медицинский работник один раз в год, а также при первичном выявлении больных составляет списки лиц, состоящих на диспансерном учете, с указанием диагноза и кратких рекомендаций по допуску к работе. Медицинский работник ежемесячно подводит итоги предрейсовых медицинских осмотров с анализом причин отстранения от работы водителей и результаты доводит до сведения руководителя организации.

Руководители организаций ежемесячно проверяют результаты предрейсовых медицинских осмотров, обращая особое внимание на случаи отстранения от работы водителей, употребляющих алкоголь и наркотики

Медицинский работник несет дисциплинарную, а в случаях, предусмотренных законодательством, и другую ответственность за качество проведенного предрейсового медицинского осмотра и выдачу заключения о допуске водителей к управлению транспортным средством.

Организация и порядок контроля трезвости водителей автотранспортных средств при проведении предрейсовых медицинских осмотров

Контроль трезвости водителя автотранспортных средств проводится при выявлении во время предрейсового медицинского осмотра признаков употребления водителем алкоголя, наркотических средств и других психоактивных веществ.

Если во время проведения предрейсового медицинского осмотра (при отсутствии воспалительных заболеваний, а также данных о предыдущем повышении или понижении артериального давления) у водителя выявляются отклонения в работе сердечно-сосудистой системы (артериальное давление и иные), характерные изменения окраски кожных покровов, слизистых глаз, склер, узкие или широкие зрачки (неадекватные освещению), слабая или отсутствующая реакция зрачков на свет, а также отклонения в поведении, нарушение походки и речи, тремор пальцев рук, веки, запах алкоголя изо рта, то медицинский работник обязан провести такому водителю контроль трезвости.

При проведении контроля трезвости для определения состояния здоровья осматриваемый водитель в обязательном порядке должен быть подвергнут клиническому обследованию и должна быть проведена лабораторная диагностика биологических сред водителя (выдыхаемый воздух и моча). Забор крови категорически запрещен.

Наличие или отсутствие факта употребления различных психоактивных веществ и состояние опьянения определяются по комплексу поведенческих, вегетативно-сосудистых, соматических, двигательных и неврологических расстройств в сочетании с обнаружением в биологических средах этанола, наркотического средства или токсиканта.

Медицинский работник, проводящий контроль трезвости, в обязательном порядке составляет протокол контроля трезвости установленной формы (приложение N 3) в двух экземплярах, четко и конкретно заполняя каждый пункт документа. Один экземпляр протокола оставляется у медработника. Второй экземпляр протокола выдается руководителю организации.

В протоколе медицинский работник подробно описывает особенности поведения водителя, его реакцию на проводимое обследование, предъявляемые жалобы.

Важное диагностическое значение имеют состояние вегетососудистой сферы: окраска кожных покровов и видимых слизистых; частота сердечных сокращений и дыхательных движений; артериальное давление.

Прием различных психоактивных веществ, как правило, вызывает нарушение со стороны опорно-двигательного аппарата. Нарушаются походка, ориентировка в пространстве (пальценосовая проба), координация (проба Ромберга), зрачки сужены или расширены и слабо реагируют на свет или фотореакция вовсе отсутствует.

Часто наблюдается тремор пальцев рук и век. Немаловажное значение имеет наличие или отсутствие запаха алкоголя, перегара изо рта. Отсутствие такого запаха при наличии явных клинических отклонений в состоянии испытуемого указывает на употребление наркотических средств или токсикантов.

В этом случае следует более внимательно осмотреть кожные покровы в кубитальных ямках, тыльной части кистей, стоп, внутреннюю область бедер

Поведение обследуемого в состоянии опьянения может иметь и другие проявления. Нередки суетливость, подозрительность, реакции рассеяния. Довольно часто со стороны обследуемого водителя обнаруживается тенденция к диссимилиации. Обычно это проявляется в отказе или неправильной даче биосред для анализа на алкоголь (неправильное продувание выдыхаемого воздуха, попытки подменить анализы и т.д.). Отмечаются также случаи "непонимания" инструкций, невыполнения отдельных функциональных проб, попытки затруднить освидетельствование, уйти от контакта с медработником. Регистрация указанных феноменов имеет существенное диагностическое значение, поскольку косвенно свидетельствует о возможности предшествующего потребления алкоголя, наркотиков и других психотропных средств.

При оценке психического состояния необходимо обращать внимание на преобладающий фон настроения осматриваемого водителя, указывать, если это имеется, на значительную выраженность эмоциональных реакций (эйфоричность, апатия, напряженность, тревога, раздражительность, неустойчивость настроения). Важно также описывать особенности протекания интеллектуальной деятельности, указывать в соответствующих случаях на затруднения при концентрации внимания, рассеянность, повышенную отвлекаемость, излишнюю обстоятельность. Полезно предъявлять интеллектуальные задачи (например, вычитать по семь из ста, запоминание ряда чисел, ассоциативный тест, называние предметов на какую-либо букву и т.д.). Важную информацию дают также наблюдения за характером речи обследуемого, выговариванием отдельных звуков, словосочетаний, эмоциональными модуляциями голоса. В состоянии опьянения часто выявляются "смазанность" произношения, иногда речь

приобретает скандированный оттенок, появляется монотонность. Указанные особенности обычно обнаруживаются при произнесении скороговорок, чтении вслух, счете.

Весьма характерным признаком воздействия алкоголя является нарушение походки. Этот показатель, как свидетельствует опыт, является высокочувствительным и довольно надежным. Неустойчивая походка, разбрасывание ног при ходьбе постоянно встречается у лиц с выраженным состоянием опьянения. Следует подчеркнуть, что аналогичные расстройства, хотя и в меньшей степени, обнаруживаются также и при легкой алкогольной интоксикации. Для их выявления в этом случае следует прибегать к весьма надежной и простой функциональной пробе: ходьбе с быстрыми поворотами.

При проведении пробы "ходьба с быстрыми поворотами" обследуемому лицу предлагают сделать 5 - 6 шагов в одном направлении, быстро развернуться вокруг своей оси и сделать столько же шагов в обратном направлении. Установить тонкие нарушения координации при легком алкогольном опьянении можно также при задании поднять мелкий предмет с пола, при закрытых глазах коснуться пальцем кончика носа, свести при закрытых глазах кончики указательных пальцев.

Специальные исследования показали, что в совокупности с другими признаками интоксикации диагностической ценностью при легкой степени опьянения является такой симптом, как покраснение склер глаз. Характерно также увеличение частоты сокращений сердца свыше 100 в минуту. Известно, что во многих случаях при проведении освидетельствования у обследуемых лиц отмечается гиперемия кожных покровов, изменения артериального давления, частоты дыхания и температуры тела. Однако перечисленные симптомы в большой степени подвержены колебаниям и могут отражать неспецифическую реакцию обследуемого лица. Регистрация комплекса негативных проявлений в полном объеме, тем не менее, имеет немаловажное значение, поскольку на основании правильно выявленных расстройств можно сделать заключение о стойком изменении функциональной активности организма болезненной или интоксикационной природы.

После завершения клинического обследования и выявления при этом признаков употребления алкоголя или других психоактивных веществ медицинский работник проводит исследование биологических сред на наличие в них различных групп психоактивных веществ. Для этого могут быть использованы разрешенные Минздравом России газовые анализаторы выдыхаемого воздуха (качественные и количественные алкометры) и

различные варианты экспресс-тестов мочи. Некоторые из них описаны в методической рекомендации.

Полученные данные клинического обследования и результаты лабораторных исследований биологических сред должны быть объективно оценены и служат основанием для вынесения одного из нижеперечисленных заключений:

- установлен факт потребления алкоголя (единичные клинические отклонения, запах алкоголя или перегара изо рта, положительный результат при качественном или количественном (до 0,09 промилле) исследовании выдыхаемого воздуха алкометром или экспресс-тестом мочи);

- алкогольное опьянение (полный комплекс клинических изменений и лабораторное подтверждение);

- состояние одурманивания (явные клинические отклонения в состоянии обследуемого водителя при сомнительности или отсутствии лабораторного подтверждения);

- наркотическое опьянение (наличие клинических признаков опьянения и обнаружение в биологической среде наркотического вещества);

- трезв, признаков употребления психоактивных веществ не выявлено.

Каждый случай контроля трезвости должен быть зарегистрирован в специальном пронумерованном, прошнурованном журнале, скрепленном печатью организации или учреждения здравоохранения. В журнале записываются фамилия, имя, отчество, возраст, место работы и должность, причина направления на обследование, кем направлен, дата и время проведения контроля трезвости, заключение, принятые меры, фамилия и инициалы медицинского работника.

При неясной или неполной клинической картине опьянения, сомнительных результатах лабораторного исследования, противоречивости данных клинического и лабораторного обследования, а также несогласии испытуемого с заключением проведенного контроля трезвости медицинский работник обязан подготовить руководителю организации представление для направления его в территориальное лечебно-профилактическое учреждение для проведения врачебного медицинского освидетельствования и установления факта употребления алкоголя или других психоактивных веществ с приложением протокола контроля трезвости.

Лица, подлежащие врачебному освидетельствованию в медицинских учреждениях, должны быть доставлены к месту его проведения как можно

быстрее, но не позднее 2-х часов с момента выявления состояния опьянения. Для направления на врачебное освидетельствование составляется документ по установленной форме (приложение N 4).

При наличии резко выраженных признаков опьянения, а также отказа обследуемого лица от освидетельствования, аппаратного либо тестового исследования администрацией организации составляется акт о появлении работника на рабочем месте в нетрезвом состоянии.

Способы обнаружения психоактивных веществ в биологических средах у водителей автотранспортных средств при проведении предрейсовых медицинских осмотров. Внешние признаки, проявляющиеся у человека, употребляющего наркотические и психотропные вещества, не всегда являются абсолютными показателями. Они могут свидетельствовать о совершенно иных расстройствах. Для прямой диагностики употребления наркотических средств, психотропных или токсических веществ применяют лабораторные исследования. Использование для этих целей диагностических тест-систем принципиально меняет систему лабораторных исследований, значительно расширяет возможности в области профилактики заболеваний, позволяет проводить экспресс-исследования в полевых условиях, а также скрининговые исследования в случаях неблагоприятной эпидемиологической обстановки. Тест-системы основаны на методе иммунохроматографического анализа и позволяют в полевых условиях, в отсутствие возможности лабораторной диагностики, в течение нескольких минут опровергнуть или подтвердить даже однократный прием наркотических средств или психотропных веществ.

Высокая чувствительность тестов делает возможным определение биологических веществ и маркеров различных заболеваний в ничтожно малых концентрациях. Надежность тестов многократно подтверждена испытаниями, проводившимися в ведущих научно-исследовательских институтах. Достоверность тестов, при соблюдении инструкций, достигает 100%.

С помощью тестов определяется почти вся гамма наркотических средств и психотропных веществ, употребляемых в настоящее время в России.

В настоящее время Минздравом России разрешены следующие иммунохроматографические экспресс-тесты (полоски, наборы полосок, плашка) для выявления содержания наркотических веществ в моче у лиц, употребляющих наркотические вещества.

Тесты Квик Скрин (QuickScreen™) для выявления следующих наркотиков в моче (регистрационное удостоверение МЗ N 2001/116 от 22.02.2001)

1. Амфетамин;
2. Каннабиноиды (марихуана);
3. Опиаты;
4. Метамфетамин;
5. Кокаин;
6. Бензодиазепины;
7. Барбитураты;
8. Фенциклидин;
9. Метадон.

Для одновременного выявления в моче:

1. Опиатов, каннабиноидов (марихуаны) - OPI-THC мультитест;
2. Опиатов, каннабиноидов (марихуаны), амфетамина - OPI-THC-AMP мультитест;
3. Опиатов, каннабиноидов (марихуаны), амфетамина, кокаина, бензодиазепинов - OPI-THC-AMP-COC-BZD мультитест.

Институтом Биохимии им. А.Н. Баха Российской академии наук разработаны и производятся отечественные экспресс-тесты для определения следующих типов наркотических веществ в моче: опиатов (ИНБИ-опиаты) и марихуаны (ИНБИ-марихуана).

Экспресс-тесты прошли клинические испытания в клинике психиатрии Военно-медицинской академии и 6-м Центральном военном клиническом госпитале Министерства обороны Российской Федерации и рекомендованы для практического применения.

Принцип метода:

Исследуемая моча за счет капиллярных сил мигрирует вдоль тест-полоски.

Проходя через абсорбирующее устройство, при наличии в пробе искомого вещества или его метаболитов, происходит реакция со специфическими моноклональными антителами, мечеными коллоидным золотом, сопровождающаяся образованием комплекса антиген-антитело.

В свою очередь этот комплекс вступает в реакцию конкурентного связывания с антигеном, иммобилизованным в тест-зоне стрип-полоски.

При этом розовая полоска, соответствующая образованию комплекса, не выявляется, если концентрация наркотика в образце превышает пороговый уровень.

При отсутствии наркотического вещества или в случае, если его концентрация меньше порогового уровня, антиген, находящийся в тест-зоне полоски, вступает в реакцию с мигрирующими специфическими моноклональными антителами, в результате чего проявляется розовая полоска в этой области.

Не прореагировавшие компоненты теста связываются в контрольной зоне тест-полоски с т.н. антивидовыми антителами, образуя розовую полоску.

Появление розовой полоски в контрольной зоне указывает на правильность проведения процедуры тестирования и диагностическую активность его компонентов.

При отсутствии контрольной полосы тестирование следует повторить. Отрицательный результат тестирования приводит к появлению двух полос (в тест-зоне и контрольной зоне), т.е. указывает на отсутствие наркотических (искомых) веществ в исследуемом образце мочи или свидетельствует о том, что их концентрация ниже порогового уровня.

Положительный результат тестирования приводит к появлению только одной розовой полосы в контрольной зоне, что свидетельствует о наличии наркотического (искомого) вещества.

Тест-полоски не предназначены для определения количественного уровня наркотических веществ в моче или определения тяжести наркотического опьянения.

Порядок исследования:

Забор мочи объемом 30 - 50 мл производят в сухой флакон. Анализ проводят сразу же после забора мочи.

С этой целью стрип-полоска или мультитест погружаются вертикально в мочу не выше обозначенной отметки.

Результат считывается не ранее чем через 10 минут и не позднее чем через 15 минут после начала анализа

Результаты тестирования оформляются протоколом