

А.А. БУРЦЕВ

**МЕДИЦИНСКИЙ И ПРАВОВОЙ
АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ
АВТОДОРОЖНОГО ТРАВМАТИЗМА,
СВЯЗАННОГО
С ОПЬЯНЕНИЕМ ВОДИТЕЛЯ
ТРАНСПОРТНОГО СРЕДСТВА**

**Москва
2017**

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии им. В.П. Сербского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

А.А. Бурцев

МЕДИЦИНСКИЙ И ПРАВОВОЙ
АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ
АВТОДОРОЖНОГО ТРАВМАТИЗМА,
СВЯЗАННОГО
С ОПЬЯНЕНИЕМ ВОДИТЕЛЯ
ТРАНСПОРТНОГО СРЕДСТВА

Монография

Москва
2017

УДК 656.131
ББК 39.808

Рецензенты:

Сергей Александрович Игумнов – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением психофармакологии НИИ наркологии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П Сербского» Минздрава России;

Олег Жанович Бузик – доктор медицинских наук, заместитель директора Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы.

ISBN 978-5-94385-134-6

Бурцев, А.А. Медицинский и правовой аспекты профилактики автодорожного травматизма, связанного с опьянением водителя транспортного средства : монография // А.А. Бурцев. – М.: Техполиграфцентр, 2017. – 147 с.

В монографии представлены результаты комплексного анализа мирового и российского опыта профилактики автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством (ТС) в состоянии алкогольного опьянения. Сделаны выводы об эффективности государственной антиалкогольной политики в отношении числа случаев управления ТС в состоянии опьянения в России и предложены новые медицинские и правовые пути решения этой проблемы.

Монография предназначена для врачей-психиатров-наркологов, осуществляющих санитарно-просветительную работу по вопросам профилактики управления ТС в состоянии опьянения (приказ Минздрава России от 15.07.2015 № 343н), и медицинских работников, проводящих предрейсовые медицинские осмотры водителей ТС (приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 835н).

ISBN 978-5-94385-134-6

ISBN 978-5-94385-134-6



УДК 656.131
ББК 39.808

© А.А.Бурцев, 2017
© Техполиграфцентр, 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
Глава 1	
ОБЗОР МИРОВОГО ОПЫТА ПРОФИЛАКТИКИ АВТОДОРОЖНОГО ТРАВМАТИЗМА, СВЯЗАННОГО С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ ВОДИТЕЛЕМ.....	7
Глава 2	
ДИНАМИКА ВАЖНЕЙШИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АВТОДОРОЖНОГО ТРАВМАТИЗМА, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫЗВАННОГО ОПЬЯНЕНИЕМ, В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	31
2.1 Общие показатели автодорожного травматизма в Российской Федерации	31
2.2 Сравнительная характеристика основных показателей автодорожного травматизма в Российской Федерации, Центральном федеральном округе, Московской области и г. Москве	40
Глава 3	
ВЛИЯНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АНТИАЛКОГОЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЧИСЛА УПРАВЛЕНИЙ ТРАНСПОРТНЫМ СРЕДСТВОМ В СОСТОЯНИИ ОПЬЯНЕНИЯ И ОТКАЗОВ ОТ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ	49
3.1 Динамика показателя числа отказов от освидетельствования.....	49
3.2 Динамика показателя числа водителей в состоянии опьянения.....	54
3.3 Динамика показателей: числа передач управления транспортным средством лицу в состоянии опьянения, числа повторных управлений в состоянии опьянения и числа управлений в состоянии опьянения без права управления	68
Глава 4	
ХАРАКТЕРИСТИКА СЛОЖИВШЕЙСЯ ПРАКТИКИ УПРАВЛЕНИЯ ТРАНСПОРТНЫМ СРЕДСТВОМ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ В МОСКВЕ	74
4.1 Методология исследования	74
4.2 Социально-демографическая характеристика водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения (гендерный признак, место регистрации, возраст, время суток, день недели)	76
4.3 Характеристики различных возрастных групп водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения	86
Глава 5	
РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ АВТОДОРОЖНОГО ТРАВМАТИЗМА, СВЯЗАННОГО С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ ВОДИТЕЛЕМ	99
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	115
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	128

ВВЕДЕНИЕ

Последствия автодорожного травматизма ежегодно наносят Российской Федерации непоправимый демографический и экономический ущерб. Только за десятилетний период 2004-2013 гг. в России произошло 2,1 млн. дорожно-транспортных происшествий (ДТП), в результате которых погибло 0,3 млн. человек и получили травмы 2,7 млн. человек [59]. Размер социально-экономического ущерба в результате автодорожного травматизма в России за 2004-2011 гг. оценивался в 8,19 трлн. рублей, что сопоставимо с доходами консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации за 2012 год (8 трлн. рублей).

В связи с особой остротой проблемы автодорожного травматизма Правительством России в 2006 г. была утверждена специализированная Федеральная целевая программа (ФЦП) «Повышение безопасности дорожного движения в 2006-2012 годах» [89]. На осуществление ФЦП было затрачено 47,7 млрд. рублей, что привело к снижению ежегодного числа погибших в результате ДТП на 14,5% и числа получивших травмы на 9,4% в 2012 г. по сравнению с 2006 г.

Вместе с тем, одна из основных целей рассматриваемой ФЦП, заключавшаяся в снижении ежегодного показателя летальности в результате автодорожного травматизма в 1,5 раза (до 23 тыс. чел. в год), достигнута не была. По итогам 2012 г. величину рассматриваемого показателя удалось снизить только с 32,7 тыс. чел. в 2006 г. до 28,0 тыс. чел. При этом в 2012 г. 60,5% случаев летальности в результате автодорожного травматизма приходилось на лиц в возрасте от 26 до 60 лет, более половины из которых входили в группу наиболее трудоспособного возраста (26-40 лет). В этом же году было зарегистрировано 20,9 тыс. случаев автодорожного травматизма с участием детей и подростков в возрасте до 16 лет, в результате которых погибли 940 и получили травмы 22 тыс. детей и подростков [59]. Тем не менее, осуществление рассматриваемой ФЦП привело к некоторой позитивной динамике показателей автодорожного травматизма – показатель летальности снизился с 16,9 случаев на 100 тыс. населения в 2008 г. до 13,1 в 2011 г. [65].

Оценивая регистрируемый в России показатель летальности в результате автодорожного травматизма на 100 тыс. населения следует отметить его существенное превышение над аналогичными показателями для стран Европейского Союза (ЕС). Так, в 2010 г. рассматриваемый показатель в России превышал величину аналогичного показателя для Нидерландов в 4,8 раза, для Германии и Дании – в 4 раза. И это с учетом того, что в странах ЕС показатель количества зарегистрированных транспортных средств (ТС) на 1 человека значительно выше аналогичного показателя для России: в 2010 г. на 1 жителя России приходилось только 0,30 ТС, в то время как для Германии – 0,61 ТС, Дании и Нидерландов – по 0,56 ТС [32].

В этих условиях обеспечение безопасности дорожного движения является важной составляющей реализуемых в рамках Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 г. [159] национальных проектов: Концепции демографической политики на период до 2025 г. [158]; Транспортной стратегии на период до 2030 г. [134]; Концепции государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения на период до 2020 г. [135]; Концепции общественной безопасности [64]; Концепции долгосрочного социально-экономического развития на период до 2020 года [133].

Вместе с тем, в 2011-2013 гг. в России регистрировалась негативная тенденция роста количеств ДТП со случаями автодорожного травматизма. Ежегодное количество таких ДТП выросло со 199,9 тыс. в 2011 г. до 204,1 тыс. в 2013 г., число получивших в них травмы увеличилось с 251,9 тыс. чел. до 258,4 тыс. чел. При этом отмечалась негативная тенденция ежегодного роста числа погибших – с 26,1 тыс. чел. в 2009 г. до 28 тыс. чел. в 2012 году [59]. Учитывая имеющиеся негативные тенденции, в 2012 г. Президент России в Указе [160] поставил перед Правительством России задачу обеспечить к

2018 г. снижение смертности в результате автодорожного травматизма до 10,6 случаев на 100 тыс. населения. Осуществление мероприятий по снижению показателя летальности в результате автодорожного травматизма предусмотрено, в том числе, и в рамках начавшейся в 2013 г. ФЦП «Повышение безопасности дорожного движения в 2013-2020 годах» [99]. Снижение смертности в результате автодорожного травматизма до 10 случаев на 100 тыс. населения к 2020 г. также является одной из целей утвержденной Правительством России [136] государственной программы «Развитие здравоохранения» [101].

Важной составляющей имеющихся в России показателей автодорожного травматизма является управление транспортным средством в состоянии опьянения, поскольку каждое четырнадцатое ДТП из 75% всех ДТП, совершенных по причине нарушения водителями транспортных средств Правил дорожного движения [103], связано с состоянием опьянения [174]. Несмотря на наблюдавшееся в 2004-2010 гг. снижение с 13,1% до 7% удельного веса числа управлений транспортным средством в состоянии опьянения в общем количестве правонарушений водителей, выявленных при оформлении ДТП, в последние годы отмечено ухудшение динамики рассматриваемого показателя. Так, в 2011-2012 гг. величина рассматриваемого показателя выросла до 7,2%, а в 2013 г. – до 7,6% [59].

При этом наиболее показательными являются статистические данные за 2014 г., поскольку в течение именно этого года, с одной стороны, произошел «перелом» в негативной тенденции роста общих показателей автодорожного травматизма в России, но, с другой стороны, продолжился рост числа «пьяных» ДТП и их последствий. Так, в 2014 г. в России по сравнению с предыдущим годом:

- общее количество ДТП с получившими травмы и погибшими сократилось на 2,1%, число погибших в этих ДТП снизилось на 0,2%, а число получивших травмы – на 2,6%;
- число водителей, совершивших ДТП в состоянии опьянения, увеличилось на 21,6% и составило 16 517 человек. Число погибших в результате этих ДТП увеличилось на 47,8% (до 3 420 чел.), а число получивших травмы – на 19,9% (до 23 245 чел.).

Рассматриваемый рост числа «пьяных» ДТП в 2014 г. привел к увеличению удельного веса числа управлений транспортным средством в состоянии опьянения в общем количестве правонарушений водителей, выявленных при оформлении ДТП. В итоге в 2014 г. по сравнению с предыдущим годом величина рассматриваемого относительного показателя увеличилась с 7,6% до 9,4% [59].

Приведенные статистические данные позволяют констатировать, что предпринимаемые Правительством Российской Федерации в 2011-2014 гг. меры в области безопасности дорожного движения были позитивны только в отношении общих показателей автодорожного травматизма, в то время как на показатели «пьяных» ДТП и их последствий они не оказывали должного эффекта. Соответственно, обеспечение безопасности дорожного движения, относящееся к приоритетным социально-экономическим и демографическим задачам Российской Федерации, напрямую связано с мерами по снижению медико-социальных последствий употребления алкоголя при управлении транспортным средством.

К настоящему времени в изучении проблематики автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, накоплен весьма обширный мировой опыт. Указанной проблеме посвящено значительное количество материалов Организации Объединенных Наций (ООН) и ее структурных подразделений, среди которых необходимо выделить Всемирную Организацию Здравоохранения (ВОЗ), под патронажем которой проводится научно-исследовательская работа по учету и анализу роли медицинских факторов, повышающих риск возникновения автодорожного травматизма.

Огромное научное значение и в настоящее время имеют результаты исследований, посвященных как взаимосвязи между употреблением алкоголя водителем транспортного

средства и степенью риска возникновения автодорожного травматизма, так и химико-токсикологическим аспектам определения этанола в рамках медицинского освидетельствования на состояние опьянения водителей, проведенных зарубежными учеными в 1960-1990 гг. (Borkenstein F. et al., 1964, 1974; Hurst P.M. et al., 1973, 1983, 1994; McLean A.J. et al., 1981; Connors G.J. et al., 1980; Jones A.W. et al., 1983, 1994; Baylor A.M. et al., 1989; Morrow D. et al., 1990; Oei T.P.S. et al., 1990; Logan B. et al., 1998; Harding P. et al., 1992; Gullberg R. et al., 1992) и 2000-х гг. (Moskowitz H. et al., 2000, 2002; Zador P.L. et al., 2000; Compton R.P. et al., 2002; Delaney A. et al., 2006; Toroyan T. & Peden M., 2007; Broughton J. et al., 2008; Cashman C.M. et al., 2009; Killoran A. et al., 2010; Hels T. et al., 2011; Verstraete A.G. et al., 2012).

Бесспорный вклад в развитие методологических подходов, применяемых и в настоящее время в Российской Федерации в рамках медицинского освидетельствования на состояние опьянения, принадлежит Егорову В.Ф. (1988, 2003) [13; 107] и Зеренину А.Г. (1988, 2001-2002; 2006-2008; 2014).

Экономические аспекты потерь в результате ДТП в Российской Федерации рассматривались в научных работах Ахадова Н.У. (1999) [2] и Сазыкина Ю.Л. (2003) [144]. Юридические аспекты последствий ДТП, совершенных водителями частных легковых автомобилей, приведены в научной работе Чичериной М.П. (2000) [178]. Особенности проведения судебно-психологической экспертизы водителя после ДТП описаны в научной работе Шипшина С.С. (1998) [180]. Различным вариантам психических расстройств, возникающих у водителей-участников ДТП, посвящены научные работы Шемчук Н.В. (2003) [179] и Шпорт С.В. (2007) [182]. До введения в России предельно допустимых концентраций алкоголя при управлении транспортным средством роль алкогольного фактора в формировании потерь здоровья населения в результате ДТП рассматривалась в научной работе Сошникова С.С. (2008) [149].

Химико-токсикологические аспекты исследования кинетики этанола в выдыхаемом воздухе и биологических жидкостях в рамках медицинского освидетельствования на состояние опьянения подробно описаны в научных работах Баринской Т.О., Смирнова А.В. и др. (2005-2007, 2009; 2011; 2014).

Вместе с тем, в России отсутствуют научные исследования, посвященные комплексу медицинских и правовых аспектов разработки профилактических мероприятий по снижению автодорожного травматизма, связанного с употреблением алкоголя водителем транспортного средства. В этих условиях проведение научных исследований по выявлению эпидемиологических и клинических закономерностей употребления алкоголя при управлении транспортным средством с целью разработки современных методов профилактики автодорожного травматизма, связанного с употреблением алкоголя водителем, обладает особой актуальностью и практической значимостью.

Глава 1

ОБЗОР МИРОВОГО ОПЫТА ПРОФИЛАКТИКИ АВТОДОРОЖНОГО ТРАВМАТИЗМА, СВЯЗАННОГО С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ ВОДИТЕЛЕМ

Дорожно-транспортное происшествие (ДТП) – событие, возникшее в процессе движения по дороге транспортного средства и с его участием, при котором погибли или ранены люди, повреждены транспортные средства, сооружения, грузы либо причинен иной материальный ущерб [103]. Первый в истории случай ДТП был зарегистрирован в 1896 г. в Нью-Йорке в результате столкновения автомобиля и велосипедиста – у последнего был зафиксирован перелом ноги и множественные ушибы [36]. Таким образом, на сегодняшний день история автодорожного травматизма насчитывает уже более ста лет.

Увеличение числа транспортных средств в мире в начале прошлого века с учетом роста количества ДТП и, соответственно, показателей автодорожного травматизма привело к необходимости введения единых норм и правил в области безопасности дорожного движения как внутри стран, так и на международном уровне. Первая Международная конференция по проблемам автомобильного транспорта состоялась в Париже в 1909 г., в ее работе также принимали участие представители Российского автомобильного общества. По результатам конференции была принята первая международная конвенция об автомобильном движении – «Международное соглашение об автомобильном движении» [53], на основе которого в 1912 г. в Москве были разработаны и введены «Обязательные постановления о порядке движения по городу Москве автоматических экипажей» — прототип первых отечественных Правил дорожного движения. Согласно указанным правилам, «управляющему автоматическим экипажем вменяется в обязанность устанавливать, сообразуясь с обстоятельствами, такую скорость, которая не могла бы служить причиной несчастных случаев и нарушений уличного движения» [173].

Необходимостью унификации дорожных знаков и требований, предъявляемых к транспортным средствам (ТС), было обусловлено последующее принятие новых международных конвенций и соглашений (табл. 1.1) [53].

Таблица 1.1

Сравнительная характеристика международных конвенций в области безопасности дорожного движения

Название конвенции:	Принятие конвенции вызвано необходимостью:
Конвенция об автомобильном движении и Конвенция о дорожном движении (Париж, 1926 г.)	Унификации некоторых дорожных знаков, предупреждающих водителей об опасности, а также требований, предъявляемых к ТС в Европе
Конвенция об унификации дорожной сигнализации (Женева, 1931 г.)	Введения дополнительных дорожных знаков и сигналов в странах Европы
Конвенция о правилах автомобильного движения между американскими странами (Вашингтон, 1943 г.)	Унификации правил автомобильного движения между американскими странами (проблема дорожных знаков и сигналов в этой региональной конвенции не рассматривалась)
Конвенция о дорожном движении и Протокол о дорожных знаках и сигналах (Женева, 1949 г.)	Унификации правил дорожного движения, дорожных знаков и сигналов в странах Европы и Америки
Конвенция о дорожных знаках и сигналах и Конвенция о дорожном движении (Вена, 1968 г.)	Стандартизации технических спецификаций транспортных средств, а также их оснащения

При этом две вышеуказанные конвенции, принятые в 1968 г. в Вене, и сегодня являются важными правовыми международными инструментами, способствующими не только расширению транспортной деятельности на основе согласованных правил дорожного движения, но и развитию стратегий в области безопасности дорожного движения [53], поскольку именно в Европейской конвенции о дорожном движении 1968 г. впервые была приведена рекомендуемая величина Предельно допустимой концентрации алкоголя (ПДКА) в крови и выдыхаемом воздухе водителя транспортного средства, при равенстве или превышении которой водитель должен отстраняться от управления транспортным средством – 0,80 г чистого алкоголя на литр крови или 0,40 мг на литр выдыхаемого воздуха [29]. В последующем Европейском соглашении, дополнившим рассматриваемую Конвенцию в 1971 г., было зафиксировано решение о том, что величина ПДКА в организме водителя транспортного средства в соответствии с национальным законодательством не должна превышать 0,50 г чистого алкоголя на литр крови или 0,25 мг на литр выдыхаемого воздуха [39].

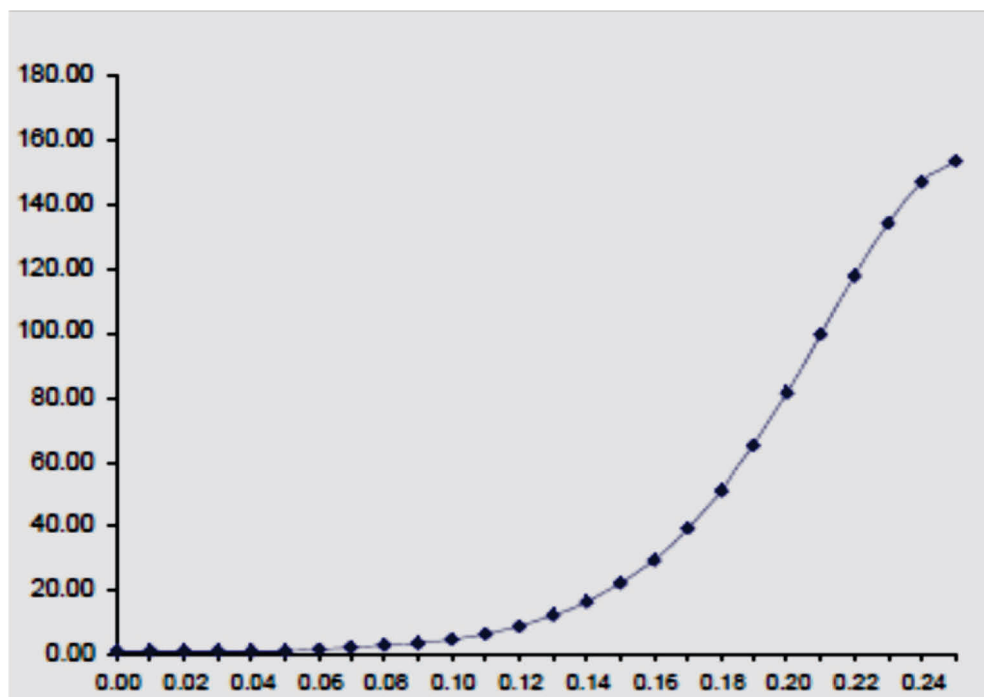
Основанием для введения величины ПДКА в крови и выдыхаемом воздухе водителей транспортных средств послужили как открытие в 1937 г. пропорциональной зависимости между массовой концентрацией этанола в альвеолярной крови и выдыхаемом воздухе с последующим определением коэффициента пересчета [4; 5; 6; 7; 8], так и результаты проведенных в 1960-х годах в г. Гранд-Рэпидс штата Мичиган Соединенных Штатов Америки так называемых «Гранд-Рэпидс исследований» (Grand Rapids study) [183; 186; 187; 214; 245].

В ходе так называемых «Гранд-Рэпидс исследований» было проанализировано 13,5 тыс. случаев ДТП (6 тыс. ДТП с участием водителей при наличии этанола в выдыхаемом воздухе и 7,5 тыс. ДТП (контрольная группа) с участием водителей, у которых этанол в выдыхаемом воздухе отсутствовал). Результаты исследований показали, что для наиболее интолерантных к алкоголю водителей риск возникновения дорожно-транспортного происшествия начинает увеличиваться при концентрации этанола в крови от 0,5 г/л (промилле) и выше, а для толерантных – при концентрации этанола в крови 0,8 г/л и выше. В последующем эти результаты были подтверждены и расширены в исследованиях 1980-х [184; 195] и 1990-х годов [217; 227; 233]. Так, результаты проведенных в 1981 г. в Австралии исследований позволили установить, что при величине ПДКА в крови, равной 0,5 г/л этанола, вероятность ДТП возрастает в 1,83 раза по сравнению с нулевой величиной ПДКА [226]. Результаты повторных исследований, проведенных в г. Гранд-Рэпидс в 1990-х годах, доказали, что риск возникновения ДТП возрастает уже вне зависимости от толерантности к алкоголю при концентрации этанола меньше 0,8 г/л в крови [215].

Проведенное в начале 2000-х годов в г. Лонг-Бич штата Калифорния и г. Форт-Лодердейл штата Флорида обследование 14 985 водителей доказало, что относительный риск возникновения ДТП начинает значительно возрастать с уровня 0,4 г/л (0,04 г/дл) этанола в крови водителя транспортного средства [192; 229; 230; 257]. При содержании этанола в крови 1,0 г/л (0,10 г/дл) риск ДТП со смертельным исходом повысится в 5 раз, при содержании этанола в крови 2,4 г/л (0,24 г/дл) – риск повысится более чем в 140 раз по сравнению с водителем, у которого алкоголь в крови отсутствует (*рис. 1.1*).

Таким образом, полученные в 1980-2000-х годах результаты исследований (*рис. 1.2*) наглядно продемонстрировали необходимость пересмотра и снижения принятых в мире величин ПДКА для водителей транспортных средств.

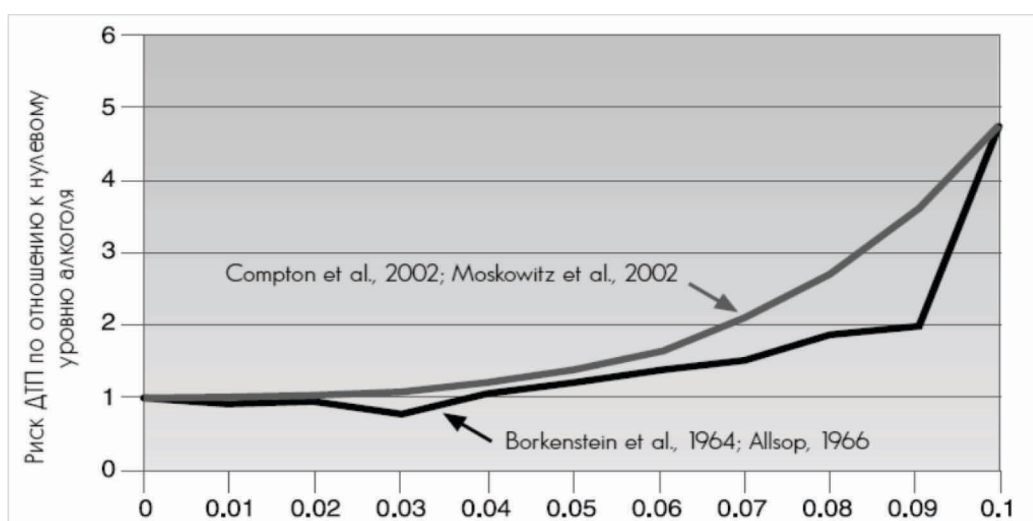
**Относительный риск смертельного исхода в результате ДТП
для водителя при наличии алкоголя в крови
(степень риска при отсутствии алкоголя принимается за 1)**



Концентрация алкоголя в крови водителя в граммах на децилитр

Источник: Compton R.P., Blomberg R.D, Moskowitz H., Burns M., Peck R.C, Fiorentino D. Crash risk of alcohol impaired driving / In: Mayhew D.R., Dussault C. Proceedings of the 16th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Montreal, 4-9 August 2002. Montreal, Societe de l'assurance automobile du Quebec. – 2002 [192].

Относительный риск участия водителя в ДТП



Концентрация алкоголя в крови (г/дл)
(степень риска при отсутствии алкоголя принимается за 1)

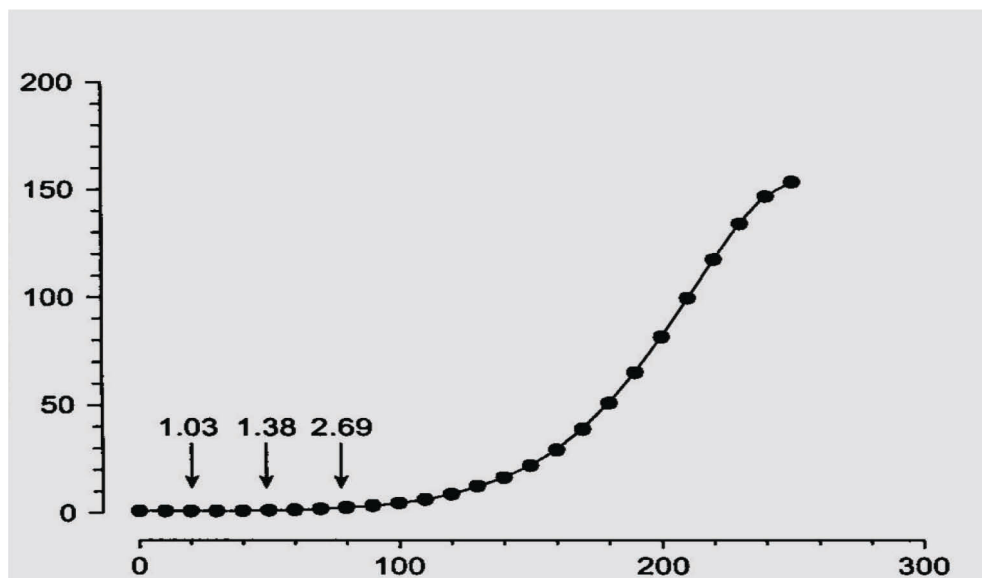
Источник: «Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма: резюме», ВОЗ, 2004 [15].

Согласно материалам Справочника Кларка [191], опубликованного в 2011 г., относительный риск возникновения ДТП возрастает (по сравнению с контрольной группой):

- в 2,69 раза при концентрации этанола в крови водителя 0,8 г/л (80 мг/100 мл);
- в 1,38 раза при концентрации этанола в крови 0,5 г/л;
- в 1,03 раза, т.е. практически отсутствует, при концентрации этанола 0,2 г/л (рис. 1.3).

Рисунок 1.3

Степень риска возникновения ДТП в зависимости от концентрации алкоголя в крови водителя, рассчитанная по результатам анализа выдыхаемого воздуха



Концентрация этанола в крови водителя в миллиграммах на 100 миллилитров
(степень риска при отсутствии алкоголя принимается за 1)

Источник: Clarke's Analysis of Drugs and Poisons in pharmaceuticals, body fluids and postmortem material, Fourth edition, 2011 [191].

По данным других исследователей, алкоголь оказывает значительное влияние на навыки вождения уже при концентрации 0,2 г/л в крови, что приводит к несогласованным действиям при управлении транспортным средством [220; 231].

В материалах «Всемирного доклада о предотвращении дорожно-транспортного травматизма» (2004) [14, С. 86], приведено сравнение риска попадания водителя в ДТП с последующими травмами в результате превышения скорости и в результате употребления алкоголя (табл. 1.2).

Таблица 1.2

Сравнение риска попадания водителя в ДТП с последующими травмами в результате превышения скорости и в результате употребления алкоголя

Скорость (км/час)	Скорость (относительный риск*)	Содержание алкоголя в крови (г/дл)	Содержание алкоголя в крови (относительный риск**)
60	1,0	0,00	1,0
65	2,0	0,05	1,8
70	4,2	0,08	3,2
75	10,6	0,12	7,1
80	31,8	0,21	30,4

Примечание к таблице 1.2:

* - Относительно трезвого водителя, едущего со скоростью 60 км/ч;

** - Относительно езды в трезвом состоянии с нулевым содержанием алкоголя в крови.

Как следует из приведенных данных, превышение скорости на 5 км/ч сверх установленного лимита в 60 км/ч приводит к возрастанию относительного риска возникновения ДТП с получением травм, который сопоставим с уровнем содержания этанола в крови водителя 0,5 г/л (0,05 г/дл).

По мнению российских ученых, даже при очень малых концентрациях алкоголя в крови, когда отсутствуют какие-либо клинические признаки опьянения, мастерство водителей транспортных средств снижается на величину до 32%, при этом степень неадекватности реагирования резко возрастает при сверхвысоких скоростях и в чрезвычайных ситуациях [3; 42: 47. С. 200; 63].

Кроме прямого действия на водителя, алкоголь оказывает и опосредованное воздействие: водители с присутствием алкоголя в крови реже используют ремни безопасности, чаще превышают скорость движения [202; 224].

В 2011 г. были опубликованы результаты проекта DRUID (Управление транспортным средством под влиянием наркотических средств, алкоголя и лекарственных препаратов) [201], проведенного на базе Федерального дорожного научно-исследовательского института в Германии с целью предоставления научно-обоснованных рекомендаций по формированию транспортной политики ЕС для снижения автодорожного травматизма, вызванного употреблением вышеуказанных психоактивных веществ. Полученные в рамках рассматриваемого проекта данные подтвердили результаты предыдущих исследований [213] о том, что уже при концентрации этанола от 0,1 г/л в крови водителя риск получения водителем транспортного средства серьезных травм (вплоть до летального исхода) в результате ДТП увеличивается в 1-3 раза.

Как следует из материалов состоявшейся в 2012 г. в г. Москве Коллегии Международной Ассоциации судебных токсикологов [251], риск летального исхода для водителя транспортного средства в результате ДТП при концентрации алкоголя в крови от 0,1 г/л до 0,5 г/л увеличивается в 1,8-3,3 раза. В соответствии с изложенным, для снижения риска возникновения автодорожного травматизма во многих странах на законодательном уровне для водителей были приняты величины ПДКА в крови (*табл. 1.3*) и выдыхаемом воздухе (*табл. 1.4*) [44, С. 6-7].

Таблица 1.3

Сравнительная характеристика величин ПДКА в крови водителей в странах Европы

<i>Страна</i>	<i>ПДКА (г/л)</i>	<i>Страна</i>	<i>ПДКА (г/л)</i>
Австрия	0,5	Люксембург	0,5
Бельгия	0,5	Нидерланды	0,5
Великобритания	0,8	Норвегия	0,5
Венгрия	0,5	Португалия	0,5
Германия	0,5	Финляндия	0,5
Греция	0,5	Франция	0,5
Дания	0,5	Чешская Республика	0,5
Ирландия	0,8	Швейцария	0,8
Испания	0,5	Швеция	0,2
Италия	0,5	Эстония	0,2

При этом, как следует из опубликованного Европейским региональным бюро ВОЗ (ЕРБ ВОЗ) в 2009 г. доклада «За безопасные дороги и более здоровые транспортные альтернативы» [38], в большинстве стран Европейского региона ВОЗ величина ПДКА в крови для молодых (до 21 года) и неопытных (стаж вождения до 2-х лет), а также для профессиональных и коммерческих водителей (водители общественного транспорта, водители транспортных средств с большой массой и т.д.) является ниже общепринятой, чем для всех остальных категорий водителей или нулевой.

Сравнительная характеристика величин ПДКА в крови и выдыхаемом воздухе водителей в соответствии с законами отдельных стран

<i>Страна</i>	<i>Алкоголь в крови</i>	<i>Алкоголь в выдыхаемом воздухе</i>
Швеция	0,20 г/л	0,1 мг/л
Норвегия	0,50 г/л	0,25 мг/л
Голландия	0,50 г/л	0,22 мг/л
Великобритания	0,8 г/л	0,35 мг/л
США	0,10 г/100 мл	0,10 г/210 мл
Япония	0,50 г/л	0,25 мг/л
Австрия	0,80 г/л	0,40 мг/л

Источник: Зеренин А.Г., Мостовой С.М. Пособие для врачей психиатров-наркологов и врачей общей практики по вопросам медицинского освидетельствования на состояние опьянения [44].

Подобный подход обосновывается двумя аргументами. Во-первых, имеющимися данными о значительных последствиях ДТП с участием общественного транспорта и автомобилей с большой массой. И, во-вторых, тем обстоятельством, что молодые и неопытные водители транспортных средств составляют особую группу риска. Так, у неопытных водителей при концентрации алкоголя в крови 0,5 г/л риск попасть в ДТП в 2,5 раза выше по сравнению с аналогичной группой водителей, имеющих стаж вождения более двух лет; даже при наличии незначительных концентрации алкоголя в крови молодых водителей (в возрасте 16-20 лет) риск возникновения ДТП повышается в 3 раза по сравнению с аналогичной группой водителей старше 30 лет. Риск возникновения ДТП с летальным исходом у молодых водителей при наличии алкоголя в крови в 5 раз выше, чем у водителей в возрасте от 30 лет и старше при той же концентрации алкоголя в крови. Молодые водители с концентрацией алкоголя в крови 0,3 г/л и наличием двух и более пассажиров в салоне автомобиля подвержены риску ДТП в 34 раза больше, чем водители в возрасте 30 лет и старше при наличии аналогичной концентрации алкоголя и с одним пассажиром [14, С. 152-154].

При этом следует отметить, что риск возникновения автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством при наличии этанола в организме водителя, с увеличением возраста снижается. Так, в возрастных группах водителей до 30 лет показатели рассматриваемого риска больше, чем в группе водителей старше 30 лет. Согласно результатам исследований, при концентрации этанола в крови 0,5 г/л риск возникновения ДТП у водителей мужского пола в возрасте 18-24 лет в два раза превышает аналогичный риск для водителей мужского пола в возрасте 25 лет и старше с тем же содержанием этанола в крови [185; 225]. При одинаковых концентрациях этанола в крови риск возникновения ДТП у водителей 20-29 лет в три раза выше, чем у водителей 30 лет и старше [218].

Таким образом, водители в возрасте до 30 лет подвержены значительно большему риску возникновения ДТП, чем водители в возрасте 30 лет и старше при одинаковых концентрациях этанола в организме. Соответственно, при разработке рекомендаций по проведению профилактических мероприятий для снижения автодорожного травматизма, связанного с употреблением алкоголя водителями транспортных средств, необходимо не только выделить группу водителей в возрасте до 30 лет, но и провести исследование характеристик этой группы с целью выявления факторов снижения употребления алкоголя при управлении транспортным средством в указанной группе.

Другую группу повышенного риска возникновения автодорожного травматизма составляют мотоциклисты, поскольку даже относительно низкие концентрации алкоголя в их организме увеличивают вероятность ДТП. Изложенное объясняется тем фактом, что у мотоциклистов на фоне высокой скорости происходит не только замедление реакции,

но и снижение остроты зрения: при концентрации алкоголя в крови 0,5 г/л риск возникновения ДТП увеличивается до 40 раз по сравнению с мотоциклистами, имеющими нулевые значения концентрации алкоголя в крови [212; 253]. Основываясь на приведенных выше данных, эксперты в рассматриваемой области [256], а также Европейский Парламент (2007) и ВОЗ рекомендуют устанавливать для молодых и неопытных водителей нулевой уровень ПДКА в организме.

С момента своего создания в 1948 г. Всемирная организация здравоохранения является координатором в области здравоохранения в рамках системы Организации Объединенных Наций, к компетенции которой также относится научно-исследовательская и методологическая работа по учету и анализу роли медицинских факторов, повышающих риск возникновения автодорожного травматизма. К этим факторам относится в том числе и управление транспортным средством водителем с присутствием алкоголя в организме (табл. 1.5).

Таблица 1.5

Сравнительная характеристика резолюций ВОЗ по автодорожному травматизму

<i>Резолюции:</i>	<i>Рекомендации:</i>
19 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения «Предупреждение дорожно-транспортных происшествий», 1966 [236]	В связи с увеличением в мире числа ДТП необходимо проведение исследований для выявления роли медицинских факторов, вызывающих ДТП.
43 сессии Исполнительного совета ВОЗ «Предупреждение дорожно-транспортных происшествий», 1969 [237]	Рост тяжести последствий автодорожного травматизма в мире свидетельствует о необходимости продолжения исследований для выявления роли медицинских факторов, повышающих риск возникновения ДТП, в том числе - управления ТС водителем с присутствием алкоголя в организме.
27 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения «Предупреждение дорожно-транспортных происшествий», 1974 [238]	Особо отмечено, что употребление алкоголя и ПАВ утяжеляет последствия ДТП. В связи с этим Генеральному директору ВОЗ предложено инициировать исследования по разработке соответствующих стандартов по медицинским аспектам лицензирования водителей, а также создать группу экспертов для изучения влияния алкоголя и ПАВ
57 сессии Исполнительного совета ВОЗ «Предупреждение дорожно-транспортных происшествий», 1976 [239]	Государствам-членам ООН рекомендовано включить профилактику автодорожного травматизма в программы общественного здравоохранения, провести оценку национальной ситуации по автодорожному травматизму, а также подготовить национальную стратегию по профилактике автодорожного травматизма.
57 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения «Дорожная безопасность и здоровье», 2004 [35]	Автодорожный травматизм является одной из главных и нерешенных проблем здравоохранения в мире, которая имеет существенные последствия в плане смертности, заболеваемости и значительных социально-экономических издержек. Странам-членам ВОЗ рекомендовано по результатам проведенной оценки обеспечить необходимые ресурсы и внедрить национальную стратегию профилактики в каждой стране. Всемирная ассамблея здравоохранения обратилась к Генеральному директору ВОЗ, акцентируя внимание на необходимости проведения дальнейших исследований медицинских факторов, повышающих риск возникновения ДТП.
64 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, 2011 [177]: – «По предупреждению детского травматизма», 2008 [255]; – «О молодежи и рисках для здоровья», 2011 [142]	Резолюция обеспечивает платформу для действий по предупреждению детского травматизма (включая автодорожный), который является одной из ведущих причин смертности детей в возрасте старше 5 лет. В настоящее время молодые люди (10-24 года) представляют одну четверть населения мира, и государствам-членам необходимо обратить особое внимание на предотвращение рисков для их здоровья (в том числе вызванных автодорожным травматизмом)

О необходимости рассмотрения проблемы автодорожного травматизма на международном уровне также отмечалось на состоявшемся в 2002 г. Всемирном саммите по устойчивому развитию, где обращалось особое внимание на тот факт, что устойчивое экономическое развитие стран непосредственно связано с решением проблемы последствий автодорожного травматизма [17].

Тем не менее, как это указывалось в Резолюции Генеральной Ассамблеи ООН [20] и Докладе Генерального секретаря ООН [30] в 2003 г., предпринимаемые международным сообществом усилия по снижению уровня автодорожного травматизма являлись недостаточными. Согласно перечисленным документам ООН, в 2000 г. в результате ДТП в мире погибло 1,26 млн. человек и автодорожный травматизм являлся девятой по счету основной причиной смертности и заболеваемости, что привело к значительному оттоку средств, выделяемых на экономические цели (от 1 до 3% Валового внутреннего продукта (ВВП) в год). По подсчетам экспертов затраты, обусловленные автодорожным травматизмом (прямые медицинские расходы, косвенные, а также долгосрочные расходы), составляют в мире 518 млрд. долларов США ежегодно.

При этом в рассматриваемых документах ООН указывалось на необходимость подготовки и последующего введения программ медицинского просвещения, направленных на снижение числа случаев управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, которое не только значительно увеличивает вероятность возникновения ДТП, но и приводит к получению более тяжелых травм. Соответственно, разработка и внедрение программ медицинского просвещения является необходимым средством для снижения имеющихся показателей автодорожного травматизма в мире.

Как следует из материалов Доклада «Предупреждение дорожно-транспортного травматизма: перспективы здравоохранения в Европе» [104], опубликованного Европейским региональным бюро ВОЗ в 2004 г., автодорожный травматизм представляет собой серьезную проблему для здравоохранения 52 стран Европейского региона (ЕР) ВОЗ (в его состав входит и Российская Федерация), поскольку ежегодно на автомобильных дорогах только этого региона ВОЗ погибают около 127 тыс. человек, что эквивалентно населению таких городов, как Гренобль (Франция), Перуджа (Италия) или Норильск (Российская Федерация), и примерно 2,4 млн. человек получают травмы. При этом экономические потери, связанные с автодорожным травматизмом, оцениваются в 2% от ВВП каждой отдельной страны, а общие затраты на медицинскую помощь только в странах ЕС составляют порядка 10 млрд. евро ежегодно [196]. Согласно материалам базы данных ВОЗ «Здоровье в Европе для всех, 2004» [228], Российская Федерация входила в этот период в тройку государств Европейского региона ВОЗ, где регистрировались самые высокие показатели автодорожного травматизма.

В апреле 2004 г. в связи с проведением Всемирного дня здоровья на тему «Безопасные дороги. Результат целенаправленных усилий», ВОЗ и Всемирный банк опубликовали «Всемирный доклад о предотвращении дорожно-транспортного травматизма», в котором были приведены данные, касающиеся несмертельных последствий автодорожного травматизма [14, С. 3-6].

Как следует из материалов указанного Доклада, ежегодно в мире в результате ДТП получают телесные повреждения до 50 млн. человек. Ежедневно в мире от различных травм погибает почти 16 тыс. человек, при этом доминирует автодорожный травматизм. По данным ВОЗ смертность от автодорожного травматизма составляет около 25% от всех случаев смерти в результате полученных травм. При этом показатели смертности в результате автодорожного травматизма в странах с высоким уровнем дохода значительно отличаются от аналогичных показателей в странах с низким и средним уровнем дохода. На страны с низким и средним уровнем дохода приходится до 90% лет жизни, потерянных в результате инвалидности. Указанные различия показателя смертности в результате автодорожного травматизма обусловлены тем фактом, что в странах с низким и средним уровнем дохода от 33% до 69% случаев летальных исходов составляют водите-

ли, употреблявшие алкоголь, а в странах с высоким уровнем доходов — только около 20% [14, С. 92].

Таким образом, рекомендации по проведению профилактических мероприятий автодорожного травматизма, связанного с употреблением алкоголя водителями транспортных средств, для России, которая относится к странам со средним уровнем дохода, являются одной из важнейших составляющих программы по снижению показателя летальности в результате автодорожного травматизма.

Учитывая важную роль медицинских факторов в возникновении автодорожного травматизма, с 2004 г. ВОЗ в рамках ООН выполняет функции координатора по вопросам дорожной безопасности [35]. С целью подчеркнуть важность проблемы автодорожного травматизма в мире, Генеральная Ассамблея ООН в 2005 г. предложила государствам-членам ООН и международному сообществу объявить ежегодный Всемирный день памяти жертв ДТП, который отмечается по предложению Генеральной Ассамблеи ООН ежегодно, начиная с 2005 года, в третье воскресенье ноября [148].

В 2005 г. Совместный комитет по изучению транспорта Организации экономического сотрудничества и развития Европейской конференции министров транспорта учредил рабочую группу для осуществления проекта, направленного на достижение перспективных целей в области безопасности дорожного движения. В результате этой работы ВОЗ представила интерактивную международную базу данных о законодательстве в области безопасности дорожного движения, содержащую сведения об уровнях предельно допустимой концентрации алкоголя (ПДКА) в организме водителей транспортных средств. Согласно рассматриваемой базе данных, в большинстве представленных стран была введена величина ПДКА в крови и выдыхаемом воздухе водителей, однако в России в тот период времени данная норма введена не была. В последующем, на основании указанной международной базы данных о законодательстве в области безопасности дорожного движения, ВОЗ в 2010 г. представила Руководство по безопасности дорожного движения для руководителей и специалистов [52], содержащее рекомендации для прикладного использования информационных систем с целью снижения показателей автодорожного травматизма.

В 2005 г. ВОЗ и Европейская экономическая комиссия (ЕЭК) для фокусирования усилий на рассмотрении ограниченного числа максимально эффективных мер по профилактике автодорожного травматизма, включая ограничение употребления алкоголя водителями транспортных средств, инициировали создание группы «Сотрудничество в рамках Организации Объединенных Наций в области безопасности дорожного движения» (Группа по Сотрудничеству) [148].

Первые результаты работы Группы по Сотрудничеству были представлены серией практических руководств, в одном из которых приведен анализ существующих программ, направленных на снижение числа случаев управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, что получило высокую оценку в Докладе Генерального секретаря ООН [21].

Также в рассматриваемом докладе были отмечены опубликованные в июне 2006 г. в Лондоне материалы исследований Комиссии по вопросам обеспечения безопасности дорожного движения во всем мире «За безопасные автомобильные дороги: новая приоритетная задача для устойчивого развития», в которых отмечается необходимость увеличения объема ресурсов, выделяемых для снижения существующих показателей автодорожного травматизма, а также указывается на целесообразность осуществления системного подхода при обеспечении автодорожной безопасности [222].

Учитывая, что автодорожный травматизм является второй по значимости в мире причиной смертности среди молодежи в возрасте от 10 до 24 лет, и, принимая во внимание, что из 1,2 млн. ежегодных случаев смертности в результате автодорожного травматизма одна треть приходится на молодежь в возрасте до 25 лет, на 60 сессии Генеральной Ассамблеи ООН в октябре 2005 г. была принята Резолюция «Повышение безопасно-

сти дорожного движения во всем мире», в которой указывалось на необходимость проведения Первой Глобальной недели безопасности дорожного движения ООН, посвященной молодым участникам дорожного движения, включая молодых водителей [81].

Вышеуказанная Первая Глобальная неделя безопасности дорожного движения ООН прошла в апреле 2007 г. Ее цель состояла в повышении уровня информированности о социальных последствиях автодорожного травматизма для детей и молодежи, а также в оказании содействия принятию профилактических мер по предотвращению автодорожного травматизма, в том числе вызванного управлением транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения. Главными мероприятиями Недели являлись Всемирная ассамблея молодежи по безопасности дорожного движения и принятие Декларации молодежи по безопасности дорожного движения, в которой содержалось обращение к молодежи никогда не управлять транспортным средством под воздействием алкоголя и наркотических средств [26].

В ходе Недели был представлен доклад Европейского регионального бюро ВОЗ «Дорожная безопасность для детей и молодежи в Европе» с указанием конкретных практических мер, способствующих снижению автодорожного травматизма среди представителей этой группы [34].

Как следует из указанного доклада, в Европейском регионе ВОЗ ежегодно в результате автодорожного травматизма погибает 32 тыс. человек в возрасте до 25 лет, что делает автодорожный травматизм третьей из ведущих причин смертности. Автодорожный травматизм обуславливает значительную часть госпитализированной заболеваемости и инвалидности. По сравнению с общим населением, дети и молодые люди в возрасте 15-24 года чаще погибают в автомобильных (54% всей смертности от автодорожного травматизма по сравнению с 47% среди населения в целом) и мотоциклетных авариях (17% по сравнению с 11% соответственно). Около 75% случаев смерти в результате автодорожного травматизма в возрастной группе 0–24 года приходится на лиц мужского пола.

В возрастной группе до 24 лет риск смерти в результате автодорожного травматизма повышается с возрастом, достигая максимума в период от 20 до 24 лет [248], что обусловлено как возрастающим числом управлений транспортными средствами, так и употреблением алкоголя [256].

В Европейском регионе ВОЗ уровень смертности в результате автодорожного травматизма в возрастной группе 15–24 года примерно в четыре раза выше, чем среди детей от 0 до 14 лет [37]. При этом первое место по уровню смертности в результате автодорожного травматизма в возрастной группе 0–24 года в этот период занимала Российская Федерация (рис. 1.4).

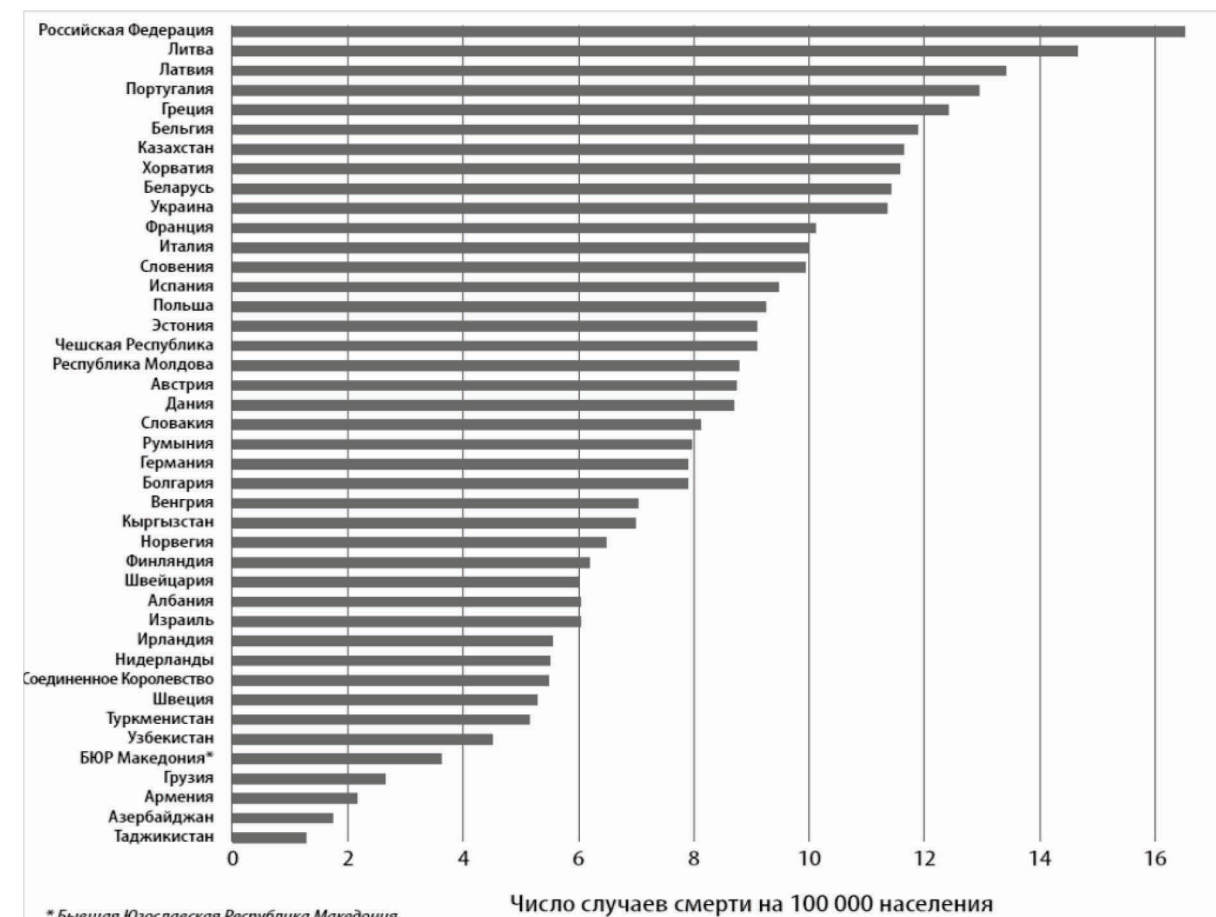
Высокие показатели автодорожного травматизма в возрастной группе 15-24 года обусловлены тем, что молодые люди начинают стремиться к испытанию своих возможностей во взаимодействии с окружающей средой. Это особенно относится к лицам мужского пола, которые чаще управляют транспортными средствами и чаще попадают в серьезные ДТП, в том числе со смертельными исходами [248], при этом водители мужского пола чаще, чем водители женского пола, управляют транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения [249].

Соответственно, поведенческие особенности молодых водителей следует учитывать при анализе воздействующих на них дорожно-транспортных факторов риска, а также при разработке стратегий по профилактике автодорожного травматизма в мегаполисе. В частности, повышенный риск в рассматриваемой возрастной группе в основном обусловлен социальными нормами и образом жизни. Так, например, во многих европейских странах «ночная жизнь» (посещение баров, клубов, дискотек) становится более интенсивной к концу недели, что приводит к увеличению потребления алкоголя, являющегося одним из важнейших факторов риска возникновения ДТП. Именно поэтому пик смертельных случаев в результате ДТП среди лиц в возрасте 15–24 лет приходится в

большинстве стран Европейского Союза на субботу с 16:00 до 24:00 и воскресенье с 00:00 до 8:00. Сезонное увеличение количеств ДТП в ЕС приходится на июль и август, что объясняется путешествиями на транспортных средствах в период летних отпусков или каникул и употреблением алкоголя [188].

Рисунок 1.4

Показатели коэффициента смертности от автодорожного травматизма в возрастной группе 0–24 года в странах Европейского региона ВОЗ



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех», ВОЗ, ЕРБ, 2007 [37].

Согласно материалам указанного выше доклада Европейского регионального бюро ВОЗ «Дорожная безопасность для детей и молодежи в Европе», а также другим источникам, проведение выборочных проверок дорожной полицией содержания алкоголя в выдыхаемом воздухе водителей с высокой экономической эффективностью способствует предотвращению употребления алкоголя при управлении транспортным средством [243], поскольку, по оценочным данным специалистов ЕС, 1 евро, потраченный в этих целях, сохраняет обществу 36 евро [197].

Как следует из опубликованного в декабре 2008 г. ВОЗ и Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) «Всемирного доклада о предотвращении детского травматизма», автодорожный травматизм является второй по распространенности в мире (22,3%) причиной смертельных случаев среди детей (10,7 на 100 тыс. детей в возрасте 0–17 лет). Ежегодно в мире в результате ДТП погибает более 260 тыс. детей, и более 10 млн. детей получают травмы, что также обусловлено тем, что молодые водители управляют транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения [16]. Молодые водители – это особая группа риска. На единицу преодолеваемого расстояния вероятность попадания в ДТП с летальным исходом у 16-летних водителей более чем в два раза выше, чем у водителей 20–24 лет, и в 4 раза выше, чем у водителей 25–29 лет. При одинаковом опыте вождения

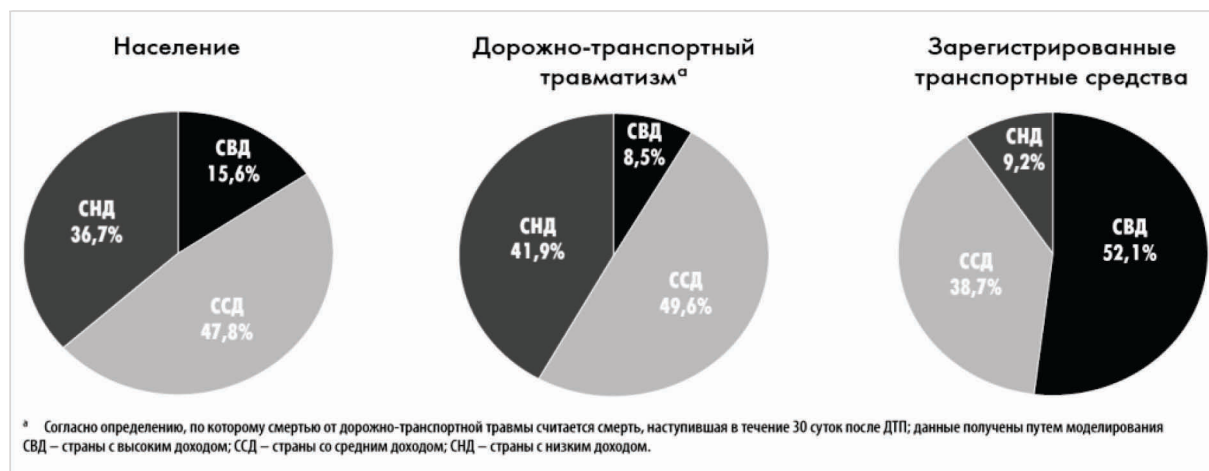
начинающие водители в возрасте 16–19 лет также попадают в аварии чаще, чем начинающие водители старшего возраста, поскольку первые не только чаще управляют транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, но и само алкогольное опьянение сильнее влияет на их способность к управлению транспортным средством. Согласно данным, приведенным в рассматриваемом докладе, проведение выборочных проверок выдыхаемого воздуха водителей транспортных средств на содержание алкоголя ежедневно могло бы спасти жизни по крайней мере 1 000 детей.

В мае 2009 г. Комиссией по безопасности дорожного движения во всем мире был представлен доклад «Безопасность на дорогах: десятилетие действий за безопасность дорожного движения», в котором предложено за счет усиления профилактической работы на уровне стран установить целевой показатель по сокращению к 2020 г. предполагаемого количества смертей в результате ДТП на 50%, что позволило бы в течение десятилетия спасти до 5 млн. жизней и предотвратить 50 млн. случаев серьезного автодорожного травматизма [223].

В июне 2009 г. ВОЗ опубликовала «Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире: время действовать», составленный на основе анализа результатов данных из 178 стран (в том числе и Российской Федерации), на долю которых приходится 98% населения мира [31]. Как следует из рассматриваемого доклада, большинство (91%) смертельных случаев в результате ДТП приходится на страны с низким и средним уровнем дохода, на долю которых, в свою очередь, приходится только 48% всех транспортных средств, зарегистрированных в мире (рис. 1.5).

Рисунок 1.5

Относительные показатели населения, автодорожного травматизма, числа транспортных средств в странах в зависимости от уровня дохода

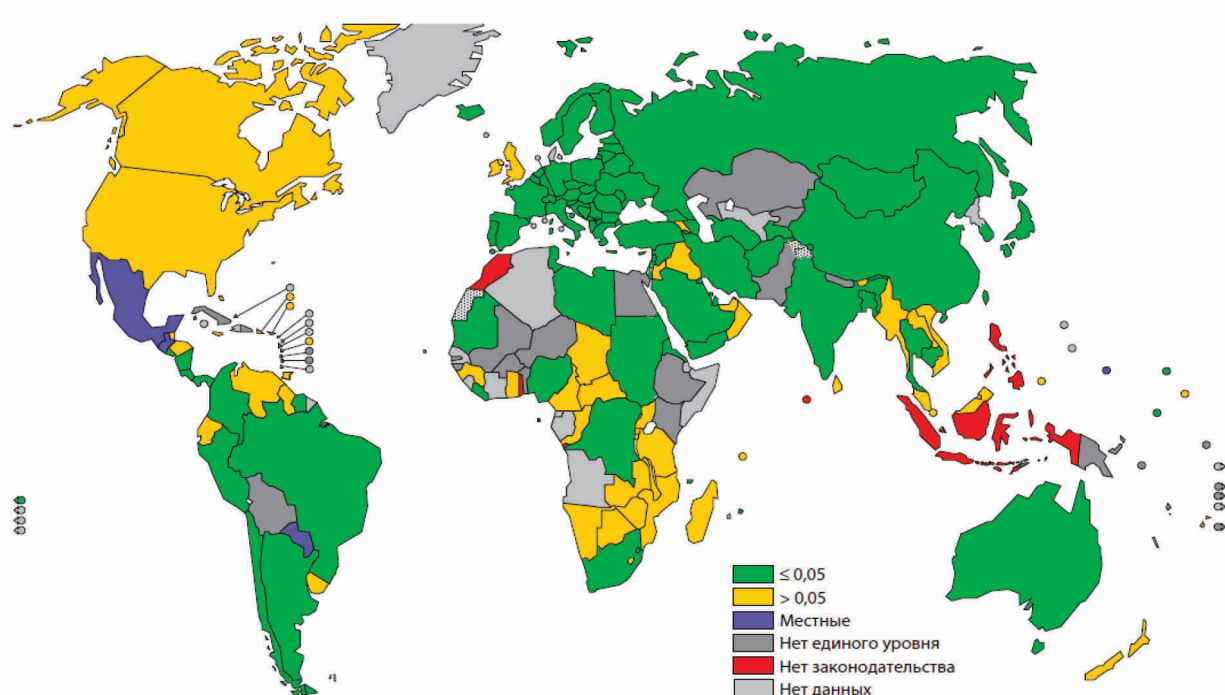


Источник: «Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире: время действовать», ВОЗ, 2009 [31].

При этом около 62% зарегистрированных в мире случаев автодорожного травматизма с летальным исходом происходит только в 10 странах с низким и средним уровнем дохода, в состав которых входит и Российская Федерация.

Как следует из материалов рассматриваемого доклада ВОЗ, 96% (171 страна) стран-участниц в 2009 г. сообщали о наличии национальных или субнациональных законов об управлении транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения (в Российской Федерации предельно допустимой концентрации алкоголя в крови и выдыхаемом воздухе водителей транспортных средств была принята в 2008 г.). И только в 88 странах (49%) имелся закон об управлении транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения с использованием значения предельно допустимой концентрации алкоголя в крови не более 0,5 г/л (0,05 г/дл) (рис. 1.6).

Сравнительная характеристика величин ПДКА в крови водителей, принятых на законодательной основе в мире



Источник: «Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире: время действовать», ВОЗ, 2009 [31].

Тем не менее, по прогнозам экспертов ВОЗ к 2030 г. будет отмечаться рост показателей автодорожного травматизма в мире и в списке основных причин смертности автодорожный травматизм переместится с девятого места, как это было указано в статистических материалах ВОЗ 2004 г., на пятое место (рис. 1.7) [31].

Сравнительная характеристика основных причин смерти в мире в 2004 и 2030 гг.

ВСЕГО В 2004 Г.			ВСЕГО В 2030 Г.		
МЕСТО	ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ	%	МЕСТО	ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ	%
1	Ишемическая болезнь сердца	12,2	1	Ишемическая болезнь сердца	12,2
2	Цереброваскулярные заболевания	9,7	2	Цереброваскулярные заболевания	9,7
3	Инфекции органов дыхания	7,0	3	Хроническая обструктивная болезнь легких	7,0
4	Хроническая обструктивная болезнь легких	5,1	4	Инфекции органов дыхания	5,1
5	Желудочно-кишечные инфекции	3,6	5	Дорожно-транспортный травматизм	3,6
6	ВИЧ/СПИД	3,5	6	Рак трахеи, бронхов, легких	3,5
7	Туберкулез	2,5	7	Сахарный диабет	2,5
8	Рак трахеи, бронхов, легких	2,3	8	Гипертоническая болезнь сердца	2,3
9	Дорожно-транспортный травматизм	2,2	9	Рак желудка	2,2
10	Недоношенность и низкий вес при рождении	2,0	10	ВИЧ/СПИД	2,0
11	Неонатальные инфекции и др.	1,9	11	Нефрит и нефроз	1,9
12	Сахарный диабет	1,9	12	Самоубийство	1,9
13	Малярия	1,7	13	Рак печени	1,7
14	Гипертоническая болезнь сердца	1,7	14	Рак ободочной и прямой кишки	1,7
15	Асфиксия и травмы при рождении	1,5	15	Рак пищевода	1,5
16	Самоубийство	1,4	16	Насилие	1,4
17	Рак желудка	1,4	17	Болезнь Альцгеймера и другие деменции	1,4
18	Цирроз печени	1,3	18	Цирроз печени	1,3
19	Нефрит и нефроз	1,3	19	Рак груди	1,3
20	Рак ободочной и прямой кишки	1,1	20	Туберкулез	1,1

Источник: «Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире: время действовать», ВОЗ, 2009 [31].

Как следует из статистических данных ВОЗ по глобальному бремени болезней, в 2004 г. в результате ДТП погибло свыше 1,27 млн. человек. По оценкам экспертов ВОЗ, к 2030 г. число погибших в результате автодорожного травматизма может составить 2,4 млн. человек в год. Таким образом, последствия автодорожного травматизма по-прежнему остаются серьезной медицинской и социально-экономической проблемой в мире [254].

Согласно статистическим данным ВОЗ, одной из трех основных причин летальности в возрасте от 5 до 44 лет (*рис. 1.8*) является автодорожный травматизм [247], вызванный в том числе и управлением транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, которое повышает как риск возникновения ДТП, так и вероятность того, что оно приведет к смертельной или тяжелой травме [14, С. 91-92].

Рисунок 1.8

Сравнительная характеристика ведущих причин смерти в мире по возрастным группам в 2004-2008 гг.

РЕЙТИНГ	0–4 ГОДА	5–14 ЛЕТ	15–29 ЛЕТ	30–44 ГОДА	45–69 ЛЕТ	СТАРШЕ 70 ЛЕТ	В СРЕДНЕМ
1	Перинатальные причины	Инфекции органов дыхания	Дорожно-транспортные травмы	ВИЧ/СПИД	Ишемическая болезнь сердца	Ишемическая болезнь сердца	Ишемическая болезнь сердца
2	Инфекции органов дыхания	Дорожно-транспортные травмы	ВИЧ/СПИД	Туберкулез	Сердечно-сосудистые заболевания	Сердечно-сосудистые заболевания	Сердечно-сосудистые заболевания
3	Желудочно-кишечные инфекции	Малярия	Туберкулез	Дорожно-транспортные травмы	ВИЧ/СПИД	Хроническая обструктивная болезнь легких	Инфекции органов дыхания
4	Малярия	Утопление	Насилие	Ишемическая болезнь сердца	Туберкулез	Инфекции органов дыхания	Перинатальные причины
5	Корь	Менингит	Самоубийство	Самоубийство	Хроническая обструктивная болезнь легких	Рак трахеи, бронхов, легких	Хроническая обструктивная болезнь легких
6	Врожденные пороки развития	Желудочно-кишечные инфекции	Инфекции органов дыхания	Насилие	Рак трахеи, бронхов, легких	Сахарный диабет	Желудочно-кишечные инфекции
7	ВИЧ/СПИД	ВИЧ/СПИД	Утопление	Инфекции органов дыхания	Цирроз печени	Гипертоническая болезнь сердца	ВИЧ/СПИД
8	Коклюш	Туберкулез	Пожар	Сердечно-сосудистые заболевания	Дорожно-транспортные травмы	Рак желудка	Туберкулез
9	Менингит	Недостаток белка в питании	Войны и конфликты	Цирроз печени	Инфекции органов дыхания	Рак ободочной и прямой кишки	Рак трахеи, бронхов, легких
10	Столбняк	Пожар	Маточное кровотечение	Отравление	Сахарный диабет	Нефрит и нефротический синдром	Дорожно-транспортные травмы
11	Недостаток белка в питании	Корь	Ишемическая болезнь сердца	Маточное кровотечение	Самоубийство	Болезнь Альцгеймера и другие виды деменции	Сахарный диабет
12	Сифилис	Лейкемия	Отравление	Пожар	Рак желудка	Туберкулез	Малярия
13	Утопление	Врожденные пороки развития	Аборт	Нефрит и нефротический синдром	Рак печени	Рак печени	Гипертоническая болезнь сердца
14	Дорожно-транспортные травмы	Трипаносомоз	Лейкемия	Утопление	Рак груди	Рак пищевода	Самоубийство
15	Пожар	Падения	Сердечно-сосудистые заболевания	Рак груди	Гипертоническая болезнь сердца	Цирроз печени	Рак желудка
16	Туберкулез	Эпилепсия	Желудочно-кишечные инфекции	Войны и конфликты	Нефрит и нефротический синдром	Мيو-эндокардиты	Цирроз печени
17	Расстройства эндокринной системы	Лейшманиоз	Падения	Падения	Рак пищевода	Рак груди	Нефрит и нефроз
18	Инфекции верхних дыхательных путей	Насилие	Менингит	Желудочно-кишечные инфекции	Рак ободочной и прямой кишки	Рак предстательной железы	Рак ободочной и прямой кишки
19	Железодефицитная анемия	Войны и конфликты	Нефрит и нефротический синдром	Рак печени	Отравление	Падения	Рак печени
20	Эпилепсия	Отравление	Малярия	Рак трахеи, бронхов, легких	Рак глотки и ротовой полости	Дорожно-транспортные травмы	Насилие

Источник: «Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире: время действовать», ВОЗ, 2009 [31].

Вместе с тем, согласно данным экспертов ВОЗ:

- после принятия в нескольких странах законов, устанавливающих более низкие величины предельно допустимой концентрации алкоголя (ПДКА) для молодых и неопытных водителей в крови (от 0 до 0,2 г/л), произошло снижение количества ДТП на величину от 4% до 24% [219; 243; 244];
- создание контрольных пунктов дорожно-патрульной службы полиции с обязательным выборочным проведением исследований выдыхаемого воздуха водителями

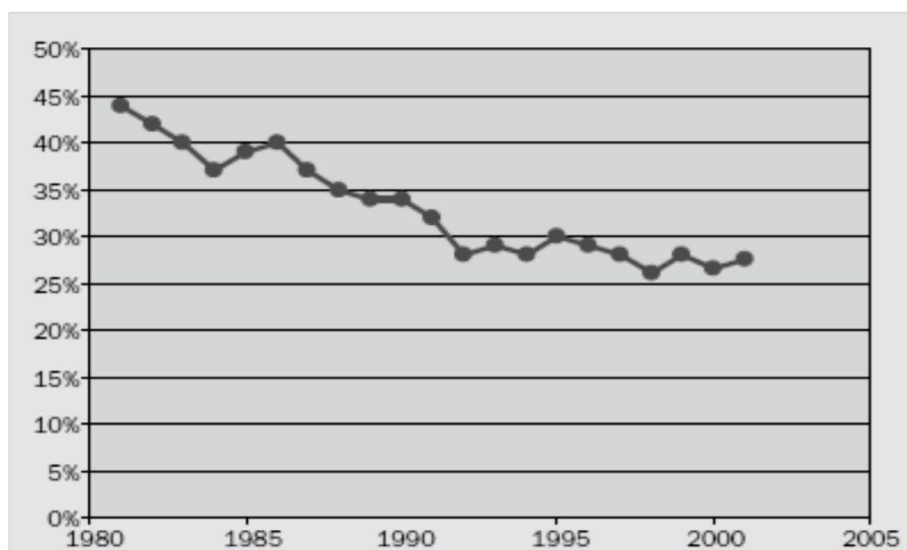
транспортных средств на содержание алкоголя привело к снижению количества ДТП, связанных с употреблением алкоголя, примерно на 20%, что является экономически высокоэффективной мерой [189; 190; 204; 234; 241; 246].

В 2007 г. Группой по Сотрудничеству было опубликовано руководство «Управление автотранспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения» [200], в котором содержатся предназначенные для стран рекомендации относительно применения уже имеющихся эффективных методов профилактики управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения. В частности, рекомендуется на законодательном уровне для всех категорий водителей первоначально установить более высокую величину ПДКА в крови или выдыхаемом воздухе, а затем ее постепенно и планомерно снижать.

В качестве примера в рассматриваемом Руководстве приводится Австралия, где в 1980-х годах в некоторых штатах была снижена величина ПДКА в крови водителей с 0,8 г/л до 0,5 г/л и проведена большая рекламная компания, целью которой было доведение информации о повышении риска ДТП при употреблении алкоголя. В процессе осуществления этих мероприятий было достигнуто два важных результата. Во-первых, произошло сокращение общего количества дорожно-транспортных происшествий с участием находившихся в алкогольном опьянении водителей во всех штатах (*рис. 1.9*). И, во-вторых, в обществе резко изменилось отношение к управлению транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения.

Рисунок 1.9

Динамика процентного соотношения летальных исходов у водителей при наличии алкоголя в крови (0,5 г/л и выше) в Австралии в 1981-2001 гг.



Источник: Drinking and Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioners, Global Road Safety Partnership, Geneva, 2007 [200].

Как следует из рассматриваемого Руководства, для проведения профилактических мероприятий в мегаполисе в отношении водителей, в организме которых присутствует алкоголь, необходимо определить группы риска и составить кросс-таблицы, которые включают день недели и время суток. В качестве примера приводятся результаты исследования, проведенного в крупном мегаполисе Австралии, согласно которым процентное соотношение водителей с выявленным алкогольным опьянением по отношению ко всем освидетельствованным водителям распределялись следующим образом в течение дня: менее 1% — с 09:00 до 15:00; 2-4% с 15:00 до 21:00; 12-16% с 21:00 до 03:00 и 3-7% с 03:00 до 09:00. При этом максимальные количества выявленных в алкогольном опьянении водителей среди недели регистрировались по четвергам, пятницам и субботам. На

основании полученных результатов был разработан план профилактических мероприятий по выявлению водителей транспортных средств в состоянии алкогольного опьянения, ориентированный на время суток и день недели, когда было выявлено максимальное число водителей в алкогольном опьянении.

Другим видом профилактических мероприятий является дифференцированный подход при осуществлении правоприменительных санкций за превышение величины ПДКА водителями. Например, в Южной Корее, где законом установлена величина ПДКА в крови 0,5 г/л, за превышение указанной величины: до 0,9 г/л алкоголя в крови – водители отстраняются от управления транспортным средством на срок до ста дней; от 0,9 до 1,0 г/л – у водителей изымаются права на один год; от 1,0 до 3,6 г/л – водители подвергаются аресту, также производится арест водителя при определении в крови концентрации алкоголя от 0,5 до 1,0 г/л дважды в течение трех лет или три раза в течение 5 лет.

Кроме дифференцированного подхода при вынесении наказания за повторное управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, в мировой практике используется обязательное прохождение такими водителями реабилитационных программ. В настоящее время имеется достаточно доказательств того, что прохождение реабилитационных программ принесло положительный эффект [207; 208; 252]. По мнению некоторых исследователей, посещение реабилитационных программ снижает на 7-9% возможность повторного управления транспортным средством после употребления алкоголя [206].

Тем не менее, принятое в большинстве стран законодательство в части проведения выборочных проверок выдыхаемого воздуха водителями на содержание алкоголя не является эффективным, поскольку имеющаяся правоприменительная практика во многих странах остается недостаточной. В связи с этим в Докладе Генерального секретаря ООН «О повышении безопасности дорожного движения во всем мире» в августе 2009 г. государствам-членам рекомендовалось строже применять существующее законодательство, касающееся роли основных факторов риска возникновения автодорожного травматизма, в том числе в отношении управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения [22].

Кроме высоких показателей смертности в результате автодорожного травматизма необходимо учитывать, что ежегодно 20-50 млн. человек в мире получают несмертельные травмы в результате ДТП, о чем указывалось в Резолюции «Повышение безопасности дорожного движения во всем мире» Генеральной Ассамблеи ООН в марте 2010 года [83].

В 2009 г. были опубликованы материалы доклада Международного транспортного форума, в состав которого входит и Российская Федерация, Организации экономического сотрудничества и развития «Стремление к нулю: амбициозные задачи в области обеспечения безопасности дорожного движения и системный подход к обеспечению безопасности» [152], а также международной конференции «Безопасность дорожного движения в действии», состоявшейся в 2009 г. в Вашингтоне США [232; 240].

Как следует из указанных материалов, одним из способов снижения существующих показателей автодорожного травматизма, связанного с употреблением алкоголя водителями, является обязательная установка на грузовые и пассажирские транспортные средства (в том числе школьные автобусы), а также иные транспортные средства водителей, ранее выявленных в состоянии алкогольного опьянения, специальных алкотестеров в цепь стартера автомобиля - Interlock XT; Drager; Alcolock V3; Алкогран АМ-2065 [1]. Перед тем, как завести двигатель транспортного средства, водитель должен пройти исследование выдыхаемого воздуха на содержание алкоголя. В случае обнаружения алкоголя блокируется запуск двигателя. В контрольном блоке алкоблокиратора хранится вся информация, связанная с его использованием, которая может быть легко перенесена на персональный компьютер. Рассматриваемая мера рекомендуется мировым сообществом.

вом для использования в странах с высоким уровнем дохода, в которых имеется высокий уровень правоприменительной практики. Тем не менее, нельзя исключать применение алкоблораторов и в странах со средним уровнем дохода при условии разработки дополнительных требований контроля по его применению.

Поиску путей снижения существующих высоких показателей автодорожного травматизма в 2009 г. также были посвящены Декларация, принятая на первой Всемирной конференции по безопасности дорожного движения в Москве 19-20 ноября [78] и подготовленный ВОЗ «Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире: время действовать» [31]. Как следует из рассматриваемых материалов, только в относительно небольшом числе государств имеется достаточное законодательство по ключевым факторам риска безопасности дорожного движения, включая управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения. Также в 2009 г. был опубликован доклад Европейского регионального бюро ВОЗ о состоянии безопасности дорожного движения «За безопасные дороги и более здоровые транспортные альтернативы» [38].

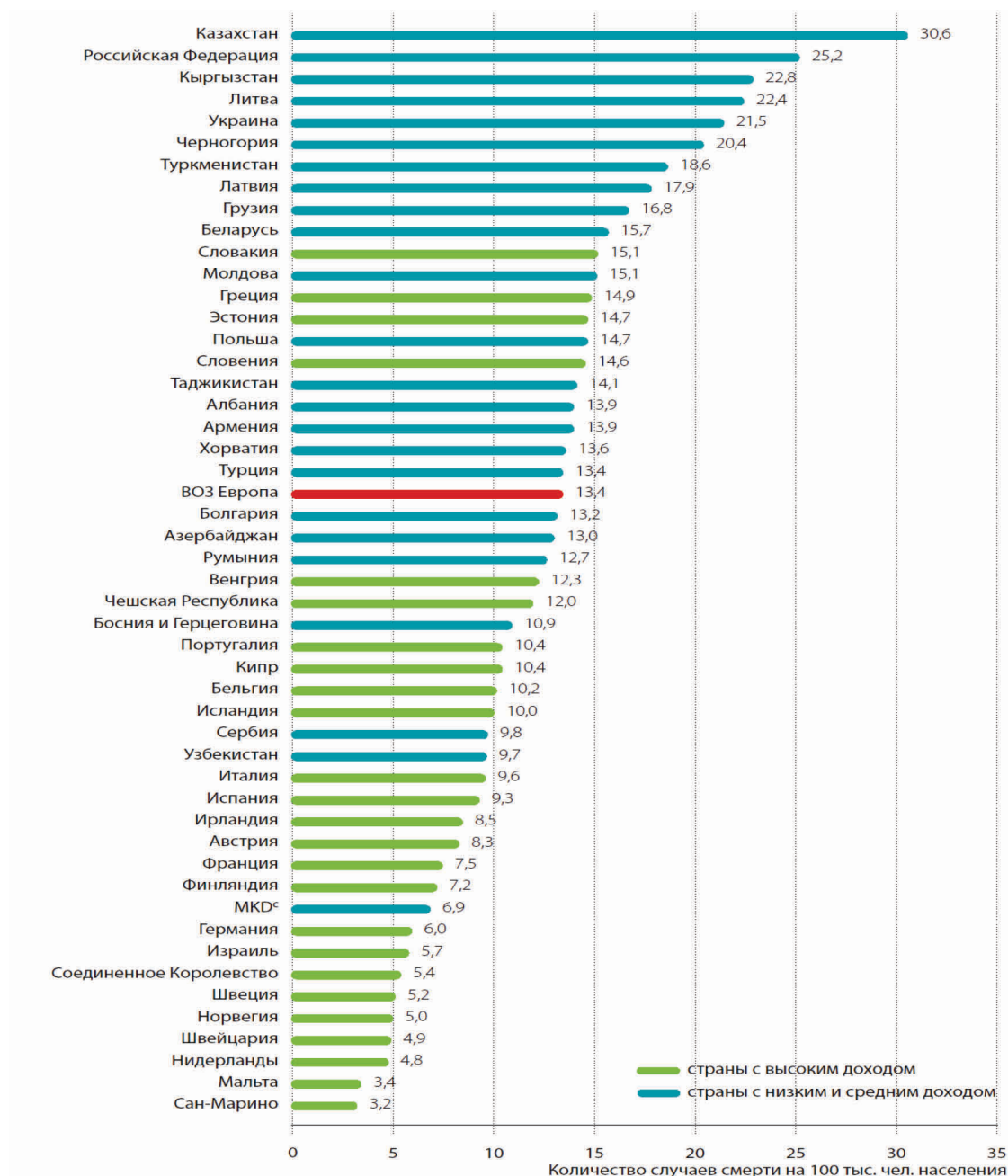
Как следует из материалов указанного доклада Европейского регионального бюро ВОЗ, ДТП на дорогах региона ежегодно приводят к 120 тыс. случаев смерти, 2,4 млн. травм и значительным экономическим потерям (до 3% ВВП стран). Средний показатель смертности в результате автодорожного травматизма в Европейском регионе ВОЗ составляет 13,4 на 100 тыс. всего населения, что ниже общемирового уровня, равного 18,8 на 100 тыс. чел. Тем не менее, в странах с низким и средним уровнем дохода рассматриваемый показатель составляет 18,7 на 100 тыс. чел. населения, что вдвое превышает показатели стран с высоким уровнем доходов (7,9 на 100 тыс. чел.). Страны Северной Европы характеризуются одним из самых низких в регионе и мире уровней смертности в результате автодорожного травматизма (в среднем 5,7 на 100 тыс. чел. населения). В странах Союза Независимых Государств (СНГ) средний уровень смертности в результате автодорожного травматизма почти в четыре раза выше (21,8 на 100 тыс. чел.). Самый высокий показатель в Европейском регионе ВОЗ в этот период регистрировался в Казахстане (30,6 на 100 тыс. чел.) и Российской Федерации (25,2 на 100 тыс. чел.) (рис. 1.10).

Ежегодно в Европейском регионе ВОЗ 2,4 млн. человек получают травмы в результате ДТП, при этом на каждый случай смерти приходится примерно 20 полученных травм. Оценивая рассматриваемые показатели автодорожного травматизма в ЕР ВОЗ, следует учитывать употребление алкоголя водителями как фактор риска возникновения ДТП.

В отношении указанного фактора риска следует отметить, что в соответствии с приведенными в рассматриваемом Европейском докладе профилям стран, характеризующим текущее состояние безопасности дорожного движения в 49 странах, в Российской Федерации качество принудительного исполнения законодательства, направленного на снижение числа случаев управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, оценивалось на тот период только в 6 баллов из 10 возможных, что свидетельствовало о неиспользованном потенциале в этой области профилактики автодорожного травматизма.

Профилактике употребления водителями алкоголя также уделяется особое внимание в рамках планируемого ВОЗ Десятилетия действий по обеспечению безопасности дорожного движения в 2011-2020 гг. [24]. Основной посыл Глобального плана осуществления Десятилетия действий по обеспечению безопасности дорожного движения в 2011–2020 гг. состоит в рекомендации ввести и добиваться соблюдения законов и основанных на фактических данных стандартов и правил в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения.

**Показатели смертности от автодорожного травматизма на 100 тыс. чел. населения
в странах Европейского региона ВОЗ**



Источник: «За безопасные дороги и более здоровые транспортные альтернативы», ВОЗ, ЕРБ, 2009 [38].

Итоги научной и координационной работы мирового сообщества по профилактике автодорожного травматизма в 2009-2011 гг. были приведены в Докладе Генерального секретаря «Повышение безопасности дорожного движения во всем мире» на 66 сессии Генеральной Ассамблеи ООН в сентябре 2011 г. [23]. Как следует из рассматриваемого Доклада, Европейским советом по транспортной безопасности был опубликован пятый доклад об индексе эффективности мер по обеспечению безопасности на дорогах [242], содержащий прежде всего законодательные аспекты политики по обеспечению безопасности дорожного движения.

Также в 2010 г. Группой по Сотрудничеству было опубликовано руководство «Информационные системы: руководство по безопасности дорожного движения для руко-

дителей и специалистов» [52], содержащее практические рекомендации по созданию базы данных, на основе которой возможна реализация системного подхода при оценке масштабов проблемы автодорожного травматизма в стране и проведение практических мероприятий по снижению числа управлений транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения. В соответствии с рекомендациями, указанными в рассматриваемом руководстве, в августе 2011 г. Европейская экономическая комиссия опубликовала бюллетень по статистике ДТП, в котором были представлены данные о причинах, видах и последствиях ДТП в Европе, Центральной Азии, Канаде и США [150]. Данные классифицировались следующим образом: характер ДТП и сопутствующие обстоятельства; ДТП в результате управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения; число погибших или пострадавших; категории пользователей дорог и возрастные группы, что является важной статистической информацией для специалистов, занимающихся профилактикой автодорожного травматизма.

Оценивая существующие показатели автодорожного травматизма, связанного с употреблением алкоголя водителями, необходимо отметить важность профилактической работы по сокращению употребления алкоголя населением, поскольку существует прямая зависимость между количеством употребляемого населением алкоголя и числом управлений транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, что подтверждается данными, приведенными в научном исследовании Сошникова С.С. о наличии функциональной корреляционной связи между динамикой показателей заболеваемости алкоголизмом в России и ДТП по вине водителей в состоянии алкогольного опьянения, рассчитанной за период 2000-2005 гг. [149].

Согласно материалам опубликованной ВОЗ в 2010 г. Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя [19], употребление алкоголя является пятым по значимости фактором риска преждевременной смерти и инвалидности в мире, что также обусловлено управлением транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения. Употребление алкоголя оборачивается издержками для здравоохранения и общества. Медицинские и социальные последствия затрагивают в наибольшей степени социальные группы, находящиеся в менее благоприятном положении, и способствуют возникновению различий в состоянии здоровья между странами и внутри стран.

Как следует из материалов Европейского плана действий по сокращению вредного употребления алкоголя в 2012-2020 гг. [205], наибольший относительный риск попасть в ДТП в результате управления транспортным средством при наличии в крови алкоголя угрожает молодым людям, тем не менее, в абсолютных цифрах случаи управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения с обусловленными этим фактором случаями автодорожного травматизма и летальными исходами больше распространены среди людей среднего (работоспособного) возраста. С учетом изложенного в большинстве стран одной из составляющих государственной политики по снижению потребления алкоголя является профилактика автодорожного травматизма, связанного с употреблением алкоголя водителями транспортных средств (*табл. 1.6*).

Применение только некоторых из вышеперечисленных мер в ряде стран позволило резко снизить показатели автодорожного травматизма в результате управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения [198]. Для практического применения комплекса рассматриваемых мер во многих странах были приняты соответствующие нормативные акты и усилена правоприменительная практика в отношении водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения. Результаты этой работы получили положительную оценку в резолюции «Повышение безопасности дорожного движения во всем мире» Генеральной Ассамблеи ООН в 2012 г. [84].

Сравнительная характеристика документов ВОЗ по сокращению вредного употребления алкоголя с рекомендациями по профилактике управления транспортным средством в состоянии опьянения

<i>Название документа ВОЗ</i>	<i>Рекомендации</i>
«Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ» (ВОЗ, ЕРБ, 2006) [76]	Для снижения числа смертей в результате ДТП необходимо снижение величины ПДКА для всех категорий водителей и проведение максимально частых выборочных проверок на содержание алкоголя в выдыхаемом воздухе
Глава 5.6 «Меры против управления автотранспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения» Второго доклада Комитета экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя (ВОЗ, 2006) [18]	Для снижения показателей автодорожного травматизма следует: - в каждой стране принять законодательство, ограничивающее минимальный возраст граждан, дающий право на покупку алкоголя; - разработать и применять так называемые «программы ответственного обслуживания», заключающиеся в подготовке обслуживающего персонала заведений, где продается алкоголь, по отказу в обслуживании лиц с выраженным алкогольным опьянением, или не достигших установленного возраста
«Справочник практических мер по снижению вреда, связанного с употреблением алкоголя» (ВОЗ, ЕРБ, 2009) [210]	Необходимо устанавливать алкоблокираторы на замки зажигания транспортных средств профессиональных водителей, ранее превышавших установленную законом величину предельно допустимой концентрации алкоголя в крови или выдыхаемом воздухе
«Политика и контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения» Европейского плана действий по сокращению вредного употребления алкоголя в 2012– 2020 гг. [205]	Повторное совершение нарушений или неоднократные случаи очень высокого уровня алкоголя в крови водителей могут указывать на наличие заболевания алкоголизмом, и таким водителям должна предоставляться возможность лечения и прохождения реабилитационных программ

Вместе с тем, как следует из Послания Генерального секретаря ООН по случаю начала Десятилетия действий по обеспечению безопасности дорожного движения в 2011–2020 гг., ежегодно в результате ДТП гибнут 1,3 млн. человек и несколько миллионов получают травмы или остаются инвалидами на всю жизнь. При этом вождение в состоянии опьянения и прочие опасности могут лишить человека жизни за считанные секунды. Сегодня партнеры во всем мире составляют национальные или городские планы на Десятилетие. Сейчас нам необходимо вывести эту кампанию на качественно новый уровень и взять курс на обеспечение безопасности на дорогах. Вместе мы можем спасти миллионы жизней» [85].

В 2013 г. ВОЗ в рамках 17-го заседания Группы по Сотрудничеству представила «Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире. Поддержать Десятилетие действий» [32] с целью выявить имеющиеся системные недостатки в законодательстве по безопасности дорожного движения на национальном уровне в странах-членах ВОЗ для определения приоритетных направлений деятельности. В докладе приведены профили 182 стран, на долю которых приходится 6,8 млрд. человек, что составляет 98,6% населения мира.

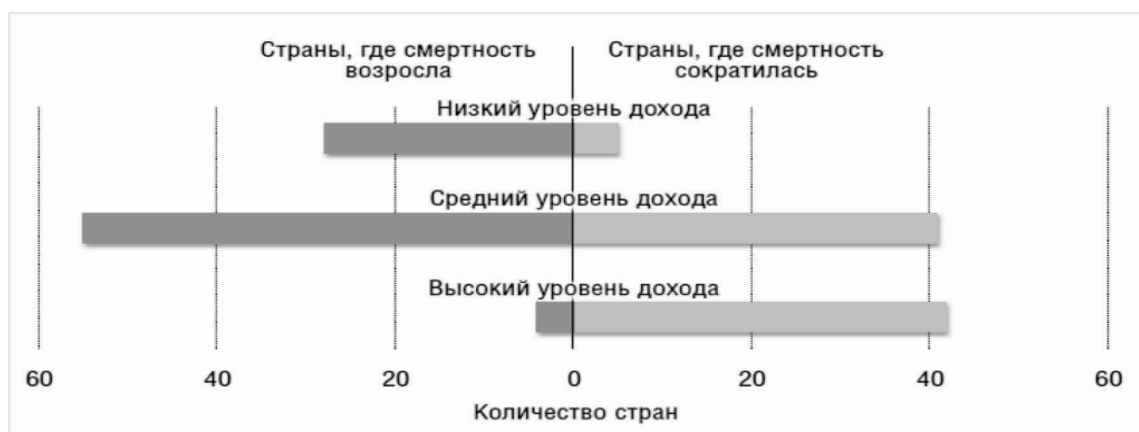
Согласно материалам рассматриваемого доклада, общее число смертельных исходов в результате ДТП в мире с 2007 г. не сокращается и составляет около 1,24 млн. случаев, что с учетом 15% роста числа транспортных средств в мире дает основание в целом расценивать прилагаемые международным сообществом усилия по снижению уровня

летальности в результате автодорожного травматизма как эффективные. При этом в странах с высоким уровнем дохода показатели автодорожного травматизма снижаются, а в странах с низким и средним уровнем дохода регистрируется их рост. Указанные тенденции подтверждают прогнозы экспертов ВОЗ о том, что последствия автодорожного травматизма к 2030 г. будут на 5 месте среди основных причин смертности с высоким коэффициентом диспропорции между странами с различным уровнем дохода.

Тем не менее, в 2007-2010 гг. произошло снижение показателя смертности в результате автодорожного травматизма в восьмидесяти восьми странах, сорок две из которых относятся к странам с высоким уровнем дохода, сорок одна – к странам со средним уровнем дохода и пять – к странам с низким уровнем дохода (рис. 1.11).

Рисунок 1.11

Динамика изменения показателя смертности в результате автодорожного травматизма в 2007-2010 гг. в зависимости от уровня дохода стран



Источник: «Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире», ВОЗ, 2013 [32].

Общий показатель смертности в результате автодорожного травматизма в мире на 100 тыс. всего населения составляет 18 случаев. В странах со средним уровнем дохода рассматриваемый показатель является максимальным и составляет 20,1 случаев, в странах с низким уровнем дохода – 18,3 случаев, а в странах с высоким уровнем дохода – 8,7 случаев (рис. 1.12).

Рисунок 1.12

Сравнительная характеристика показателя смертности в результате автодорожного травматизма в странах с разным уровнем дохода



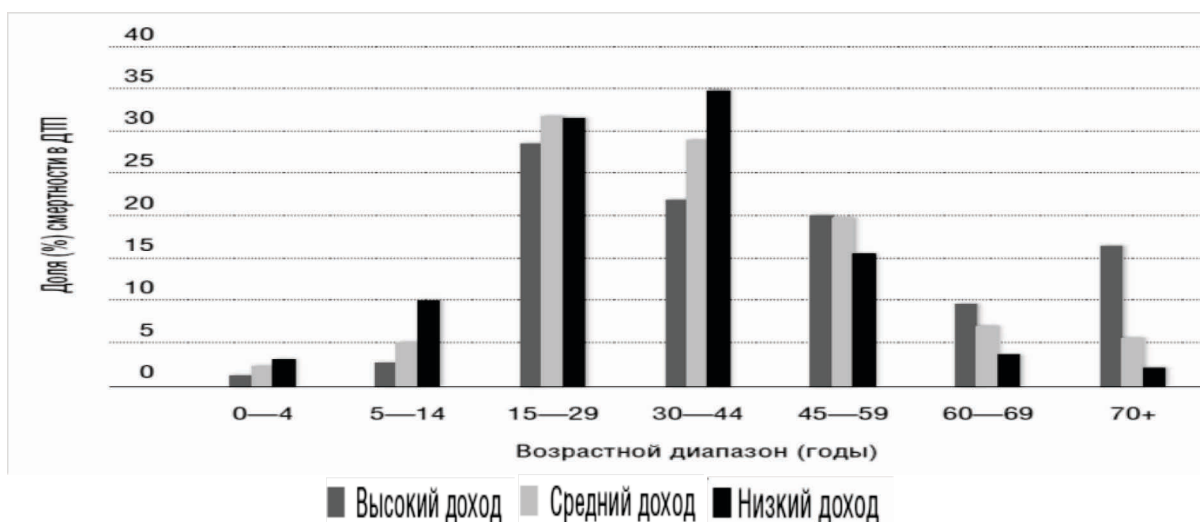
Источник: «Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире», ВОЗ, 2013 [32].

Около 80% случаев летальных исходов в результате автодорожного травматизма приходится на страны со средним уровнем дохода, на долю которых приходится 72% населения мира и только 52% зарегистрированных в мире транспортных средств. Средние показатели смертности в результате автодорожного травматизма по регионам ВОЗ также значительно отличаются – от 10,3 (в Европейском регионе ВОЗ) до 24,1 случаев (в Африканском регионе ВОЗ) на 100 тыс. населения, что объясняется соотношением числа стран с разным уровнем дохода в каждом регионе.

Несмотря на то, что в Европейском регионе ВОЗ средний показатель смертности в результате автодорожного травматизма составляет 10,3 случаев на 100 тыс. населения, в странах региона имеются значительные различия в рассматриваемом показателе: в странах с высоким уровнем дохода – 6,3 случаев на 100 тыс. населения, в странах с низким уровнем дохода – 18,6 случаев на 100 тыс. населения. На лиц мужского пола приходится 77% случаев летальных исходов в результате автодорожного травматизма в мире. При этом на возрастную группу 15-44 года приходится 59% общемирового показателя смертности в результате автодорожного травматизма (рис. 1.13).

Рисунок 1.13

Сравнительная характеристика показателя смертности в результате автодорожного травматизма по возрастным группам в странах с разным уровнем дохода



Источник: «Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире», ВОЗ, 2013 [32].

Как следует из материалов рассматриваемого доклада ВОЗ, с 2008 г. десять стран (в том числе и Российская Федерация) в соответствии с рекомендациями ВОЗ улучшили свое законодательство об управлении транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения путем принятия величины предельно допустимой концентрации алкоголя в крови (выдыхаемом воздухе) водителей, равной или ниже 0,5 г/л, что, по мнению экспертов ВОЗ, позволило защитить 168 млн. человек.

Согласно оценкам специалистов ВОЗ, наличие законов против управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения защищает почти 70% населения мира. Таким образом, с 2008 г. в 89 странах мира, на долю которых приходится 66% населения (4,55 млрд. человек) действует законодательство, устанавливающее величины ПДКА в организме водителя, равные или ниже 0,5 г/л в крови.

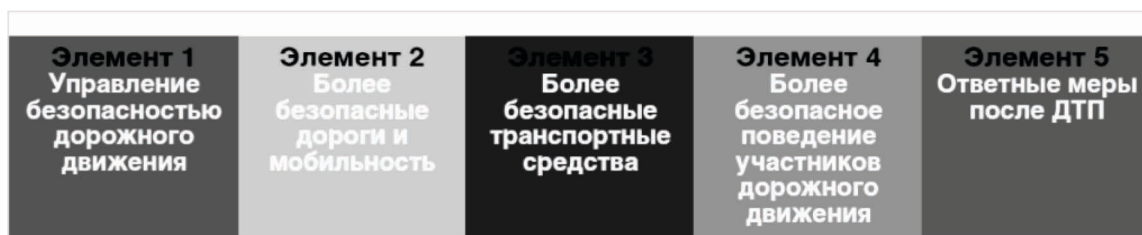
По мнению экспертов ВОЗ [190; 204], правоприменительная практика законодательства о проведении исследований выдыхаемого воздуха на содержание алкоголя наиболее эффективна при наличии двух условий: при тестировании работниками дорожной полиции всех водителей, а не только подозреваемых в приеме алкоголя, и при осуществлении тестирования в тех местах и в то время, когда управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения наиболее вероятно [235].

Указанные мероприятия осуществляются в 88% стран с высоким уровнем дохода, в 77% стран со средним уровнем дохода и в 45% стран с низким уровнем дохода. Тем не менее, только в 39% стран эффективность подобной правоприменительной практики оценивается как хорошая (восемь баллов и выше по шкале от нуля до десяти баллов), что свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования законодательной базы и существующей правоприменительной практики во многих странах мира.

Одним из пяти основных приоритетов государственной деятельности по снижению уровня последствий автодорожного травматизма стран-членов ВОЗ является безопасное поведение участников дорожного движения, включающее в себя в том числе снижение числа водителей, управляющих транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения (рис. 1.14).

Рисунок 1.14

Элементы национальной деятельности по снижению уровня автодорожного травматизма



Источник: «Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире», ВОЗ, 2013 [32].

Планомерное осуществление перечисленных элементов на государственном уровне должно позволить в рамках текущего Десятилетия действий по обеспечению безопасности дорожного движения в 2011-2020 гг. снизить число летальных исходов в результате автодорожного травматизма на 5 млн. случаев в мире (рис. 1.15).

Рисунок 1.15



Источник: «Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире», ВОЗ, 2013 [32].

Вместе с тем, в рассматриваемом докладе ВОЗ особо отмечено, что последствия автодорожного травматизма остаются одной из главных и нерешенных проблем мирового здравоохранения.

В Российской Федерации профилактике автодорожного травматизма также уделяется большое внимание. С 2006 г., с началом действия первой Федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006-2012 годах», в России

осуществляется программно-целевой подход для оценки имеющихся показателей автодорожного травматизма и последующей разработки мероприятий по их снижению.

В отношении автодорожного травматизма в Классе XX «Внешние причины заболеваемости и смертности» Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) приведено 13 блоков (V01-V99, Y85-Y89) [71]. В 2011 г. Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации были разработаны рекомендации по кодированию травм в результате ДТП в соответствии с МКБ-10 [80].

В 2008 г. впервые на законодательном уровне в Российской Федерации была введена величина предельно допустимой концентрации алкоголя в выдыхаемом воздухе и крови для всех категорий водителей, равенство или превышение которой являлось основанием для отстранения водителя от управления транспортным средством. С 2010 г. в Российской Федерации введен так называемый «нулевой порог» содержания алкоголя в выдыхаемом воздухе водителей, а с 2013 г. в рамках действующего «нулевого порога» унифицирована суммарная погрешность средств измерения концентрации алкоголя в выдыхаемом воздухе водителей.

Также в 2013 г. были внесены существенные изменения в нормативные акты, в результате которых был усовершенствован порядок обязательного медицинского освидетельствования водителей (кандидатов в водители, водителей в связи с заменой водительского удостоверения после истечения срока его действия или в связи с возвратом водительского удостоверения после истечения срока лишения права на управление транспортным средством) и уточнен порядок проведения обязательных предрейсовых и послерейсовых (при выполнении работ, связанных с перевозками пассажиров или опасных грузов) медицинских осмотров водителей [171].

Как это было отмечено ранее, в 2009 г. Европейское региональное бюро ВОЗ оценило качество принудительного исполнения законодательства Российской Федерации, направленного на снижение числа случаев управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, в 6 баллов из 10 возможных [38].

Введение в Российской Федерации рассматриваемых мер позволило оценить ВОЗ в 2013 г. качество принудительного исполнения законодательства Российской Федерации, направленного на снижение числа случаев управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, уже в 7 баллов из 10 возможных [32]. Тем не менее, имеющиеся сегодня в Российской Федерации показатели автодорожного травматизма в сравнении с аналогичными показателями в целом по Европейскому региону ВОЗ остаются высокими.

В 2012 г. Президент Российской Федерации поставил перед Правительством Российской Федерации задачу обеспечить к 2018 г. снижение показателя смертности в результате автодорожного травматизма до 10,6 случаев на 100 тыс. населения [160]. Также снижение смертности в результате автодорожного травматизма к 2020 г. до 10 случаев на 100 тыс. населения является одной из целей государственной программы «Развитие здравоохранения» [101; 136].

По мнению большинства авторитетных исследователей, существенный вклад в структуру алкоголь-ассоциированной летальности в России вносят ДТП, происходящие по вине «пьяных» водителей и пешеходов. При этом значимость проблемы автодорожного травматизма с летальным исходом в результате алкогольного опьянения водителей для населения Российской Федерации трудно переоценить [72, С. 166-167].

Таким образом, для осуществления цели по снижению основных показателей автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии опьянения, необходимо не только адаптировать применяемые мировым сообществом эффективные универсальные меры профилактики автодорожного травматизма, но и провести собственные углубленные исследования с целью разработки практических рекомендаций для снижения существующих в России высоких показателей автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии опьянения.

Глава 2

ДИНАМИКА ВАЖНЕЙШИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АВТОДОРОЖНОГО ТРАВМАТИЗМА, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫЗВАННОГО ОПЬЯНЕНИЕМ, В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

2.1 Общие показатели автодорожного травматизма в Российской Федерации

В настоящее время в России предпринимаются серьезные шаги для снижения уровня автодорожного травматизма: совершенствуется законодательство, реализуется комплекс мер, цель которых состоит в том, чтобы сделать дорожное движение безопасным и удобным для всех категорий пользователей дорог [105].

В то же время, в последнее десятилетие в России наблюдается высокий уровень автодорожного травматизма. Так, по данным экспертов ВОЗ [32], оценочный показатель смертности в результате автодорожного травматизма на 100 тыс. населения в России в 2010 г. составил 18,6 случаев, в то время как в США – 11,4, в Германии – 4,7, во Франции – 6,4, в Великобритании – 3,7. Только за десятилетний период 2004-2013 гг. в России произошло 2,1 млн. ДТП, в результате которых погибло 0,3 млн. и получили травмы 2,7 млн. человек [59] (табл. 2.1.1).

Таблица 2.1.1

Абсолютные и относительные (в процентах) показатели ДТП, числа получивших в их результате травмы и погибших в России в 2004-2013 гг.

Год	ДТП		Погибло**		Получили травмы***	
	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*
2004	208 558	2,1	34 506	-3,2	251 386	3,0
2005	223 342	6,6	33 957	-1,6	274 864	8,5
2006	229 140	2,5	32 724	-3,8	285 362	3,7
2007	233 809	2,0	33 308	1,8	292 206	2,3
2008	218 322	-7,1	29 936	-11,3	270 883	-7,9
2009	203 603	-7,2	26 084	-14,8	257 034	-5,4
2010	199 431	-2,1	26 567	1,8	250 635	-2,6
2010	199 431	-2,1	26 567	1,8	250 635	-2,6
2011	199 868	0,2	27 953	5,0	251 848	0,5
2012	203 597	1,8	27 991	0,1	258 618	2,6
2013	204 068	0,2	27 025	-3,5	258 437	-0,1
Всего:	2 123 738		300 051		2 651 273	

Примечание к таблице 2.1.1:

* - Отрицательный прирост отображен со знаком «-»;

** - До 2009 г. в разделе «Погибшие» регистрировались только летальные случаи в течение семи суток после ДТП [86]. С 2009 г. порядок учета погибших в ДТП был изменен — срок статистического наблюдения за получившими травмы в ДТП был увеличен с 7 до 30 суток [93]. Тем не менее, в 2009 г. была зафиксирована меньшая смертность по сравнению с предыдущим годом;

*** - В число получивших травма входят только лишившиеся трудоспособности.

Как следует из представленных данных, в 2004-2007 гг. в России наблюдался неуклонный рост количества ДТП и числа получивших в них травмы. При этом в 2007 г. были зафиксированы максимальные значения данных показателей за рассматриваемый десятилетний период (233,8 тыс. ДТП и 292,2 тыс. получивших травмы). Рост показателей автодорожного травматизма в значительной степени был обусловлен отсутствием про-

граммно-целевого подхода при обеспечении безопасности дорожного движения, который начал реализовываться только в 2006-2007 гг. с началом действия первой Федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006-2012 годах» (ФЦП). В результате осуществления рассматриваемой ФЦП, в 2012 г. по сравнению с 2006 г. было зарегистрировано снижение показателей как количеств ДТП (на 11,1% с 229,1 тыс. до 203,6 тыс. случаев), так и числа получивших в них травмы (на 9,4% с 285,4 тыс. до 258,6 тыс. чел.).

В рамках осуществляемого в России программно-целевого подхода по обеспечению безопасности дорожного движения, с учетом важности имеющегося в ООН и ее структурных подразделениях практического опыта по профилактике автодорожного травматизма, Правительство России в марте 2008 г. предложило ООН провести в 2009 г. в Москве первую Всемирную конференцию по безопасности дорожного движения. Генеральная Ассамблея ООН приняла предложение Правительства Российской Федерации [82].

В сентябре 2008 г. Комиссия по безопасности дорожного движения во всем мире провела в Санкт-Петербурге совещание, посвященное проведению компании «За безопасные дороги», на котором было принято предложение о провозглашении десятилетия 2011-2020 гг. Десятилетием действий за безопасность дорожного движения [22]. В рамках указанной компании Россия была включена в состав 10 стран, на территории которых осуществлялся проект «Безопасность дорожного движения в 10 странах» (RS-10), проводимый национальными партнерами при технической поддержке консорциума в области безопасности дорожного движения – ВОЗ, Глобальное партнерство по безопасности дорожного движения (GRSP), Международный исследовательский центр травматизма при Университете Джонса Хопкинса и Всемирный банк [33].

Целью проекта являлась реализация ряда практических мер с привлечением в проект преподавателей и слушателей автошкол: проведение обучающих семинаров по оказанию первой медицинской помощи пострадавшим в ДТП; заключение Общественных договоров с водителями транспортных средств «Я не превышаю скорость» с размещением наклеек на автомобилях с эмблемой акции и последующим вручением ценных призов (видеорегистраторов, навигаторов); проведение акции для водителей и пешеходов «Смотри, чтобы жить!». Мониторинг результатов проводимых акций осуществлялся еженедельно работниками ГИБДД МВД России совместно с представителями средств массовой информации. В результате выявления нарушений Правил дорожного движения водителям транспортных средств вручали специально подготовленные брошюры и показывали видеоролики и видеосюжеты о последствиях автодорожного травматизма. Для руководства проектом в России были сформированы национальные межсекторальные комитеты. Оценка предварительных результатов их работы свидетельствует об уменьшении числа случаев нарушений Правил дорожного движения водителями транспортных средств [9].

В 2007 г. в России был организован экспертный центр «Движение без опасности». В этом же году центр начал реализацию проекта «Пристегнись, или пристегнут Вас». В рамках проекта была заложена база плодотворного сотрудничества между «Движением без опасности», Госавтоинспекцией МВД России и Российским союзом автостраховщиков. Уже в 2009 г. экспертный центр «Движение без опасности» являлся ключевым партнером по организации и проведению в Москве Первой всемирной министерской конференции по безопасности дорожного движения «Время действовать». С 2010 г. центром было реализовано более 15 федеральных проектов в области дорожной безопасности, организованы крупнейшие международные конференции, многочисленные консультативные проекты, проведены тренинги и специальные занятия по вопросам дорожной безопасности для различных аудиторий [55].

Результатом комплексных усилий по повышению безопасности дорожного движения стало снижение количеств ДТП и числа получивших в них травмы в России в 2008-

2010 гг. Вместе с тем, отмеченные позитивные сдвиги в последующем сменились негативной тенденцией умеренного роста важнейших показателей автодорожного травматизма. Так, в 2011-2013 гг. наблюдалось повышение общего количества ДТП, в 2010-2012 гг. – числа погибших, а в 2011-2012 гг. – числа получивших в них травмы (табл. 2.1.1).

Сравнение показателей автодорожного травматизма в 2013 г. и в 2004 г. свидетельствует о том, что за рассматриваемый десятилетний период общее количество ДТП в России, несмотря на все предпринятые меры, сократилось только на 2,1%, число погибших – на 21,7%, в то время как число получивших в ДТП травмы возросло на 3%.

В 2012 г. закончилось действие первой ФЦП, целью которой было снижение смертности в результате ДТП в 1,5 раза (до 23 тыс. чел. в год). За время действия ФЦП ежегодное число погибших удалось снизить только с 32,7 тыс. в 2006 г. до 28,0 тыс. чел. в 2012 г. Таким образом, несмотря на имеющиеся позитивные результаты, основная цель ФЦП достигнута не была.

Следует, однако, отметить, что планируемые результаты действовавшей в 2006-2012 гг. ФЦП не были достигнуты в значительной степени в результате роста числа участников дорожного движения, который был недооценен при определении целевых индикаторов программы. Так, в 2004-2013 гг. произошло значительное увеличение числа зарегистрированных в России транспортных средств (с 35 млн. до 53 млн. единиц), что также было сопряжено с ростом числа неопытных водителей, получивших право управления транспортным средством.

При этом в рассматриваемый десятилетний период максимальные показатели количеств ДТП и числа получивших в их результате травмы были зарегистрированы в 2007 г. Именно в этом году были зафиксированы и максимальные темпы роста количества транспортных средств (ТС) (прирост на 7,8% в сравнении с предыдущим годом) [57; 131] и числа водителей, получивших право управления транспортным средством (количество выданных прав на управление ТС возросло на 22,5% по сравнению с предыдущим годом) [58; 132] (табл. 2.1.2).

Таблица 2.1.2

Абсолютные и относительных (в процентах) показатели зарегистрированных ТС и выданных прав на управление ТС в России в 2004-2013 гг.

Год	Кол-во зарегистрированных ТС		Кол-во выданных прав	
	абс.	прирост в % к пред. году	абс.	прирост в % к пред. году*
2004	35 039 527	–	1 938 147	–
2005	36 944 411	5,4	1 895 513	–2,2
2006	37 903 162	2,6	2 087 897	10,1
2007	40 844 626	7,8	2 558 174	22,5
2008	43 451 457	6,4	2 815 488	10,1
2009	44 393 890	2,2	2 469 917	–12,3
2008	43 451 457	6,4	2 815 488	10,1
2009	44 393 890	2,2	2 469 917	–12,3
2010	45 721 798	3,0	2 201 877	–10,9
2011	47 952 120	4,9	2 173 579	–1,3
2012	50 512 132	5,3	2 313 653	6,4
2013	53 321 510	5,6	2 239 794	–3,2

Примечание к таблице 2.1.2:

* - отрицательный прирост отображен со знаком «–».

Вместе с тем, имевшаяся в рассматриваемый период динамика относительных показателей автодорожного травматизма (в расчете на 1 тыс. зарегистрированных ТС) демонстрировала наличие позитивных тенденций после начала реализации ФЦП в 2006 г. (табл. 2.1.3).

Таблица 2.1.3

Основные относительные (в расчете на 1 000 зарегистрированных ТС) показатели автодорожного травматизма в России в 2004-2012 гг.

<i>Год</i>	<i>Количество ДТП</i>	<i>Число получивших травмы в ДТП</i>	<i>Число погибших в ДТП</i>
2004	595	717	98
2005	605	744	92
2006	605	753	86
2007	572	715	82
2008	502	623	69
2009	459	579	59
2010	436	548	58
2011	417	525	58
2012	403	512	55

Как следует из представленных данных, в 2007-2013 гг. в России наблюдалось ежегодное сокращение количеств ДТП, числа погибших и получивших травмы в результате ДТП на 1 тыс. зарегистрированных транспортных средств. Таким образом, приведенные данные подтверждают, что рост числа транспортных средств (соответственно, с увеличением числа неопытных водителей) выступает в качестве важнейшего фактора, препятствующего снижению показателей автодорожного травматизма в России в последнее десятилетие. Действие указанного фактора универсально для стран, находящихся на среднем уровне экономического развития. Так, именно увеличение количества транспортных средств в настоящее время признано одной из ведущих причин роста показателей автодорожного травматизма в странах со средним уровнем дохода [32].

Следует отметить, что в странах с высоким уровнем дохода увеличение количества транспортных средств и числа водителей, получивших право управления транспортным средством, не оказывают значимого влияния на показатели автодорожного травматизма, что объясняется несколькими обстоятельствами. Во-первых, число транспортных средств, приходящихся на одного человека, в этих странах фактически достигло порога насыщения, соответственно, темпы роста числа транспортных средств имеют значительно меньший масштаб, чем в странах с более низким уровнем дохода. Во-вторых, в этих странах за несколько десятилетий сложился высокий уровень автодорожной инфраструктуры, отвечающий современным требованиям безопасности дорожного движения. Кроме того, в странах с высоким уровнем дохода возможность управления транспортным средством рассматривается как привилегия, которой может быть лишен любой гражданин страны, ставший под угрозу жизни других участников автодорожного движения. При этом правоприменительная практика вынесения наказаний за нарушение правил автодорожной безопасности в этих странах носит неотвратимый характер.

Например, в США получение водительских прав не является всеобщим конституционным правом (как, например, записанное в первой поправке к Конституции право на владение оружием), а рассматривается как индивидуально предоставляемая государством привилегия. В качестве такой «привилегии» водительские права в Америке вручаются или изымаются фактически в бесспорном порядке. Общий смысл практически любого решения судьи по дорожным спорам оказывается всегда предельно простым – в

любой момент бывает необходимо в интересах общества лишить этой привилегии отдельно взятого водителя, если эта мера будет принята в интересах безопасности остальных участников дорожного движения. Полицейский офицер всегда прав в этой области юридических процедур. Это ясно судье до начала слушания, в отличие от любых иных дел в суде. Задача судьи «traffic court» состоит в том, чтобы в деле не было моментов злоупотреблений, личных мотивов и пр. Во всех иных случаях офицер дорожной полиции прав «по определению», а свою функцию в процессе судья видит в том, чтобы дополнительно разъяснить водителю реальную ситуацию с его личными обязанностями на дороге и теми жесткими условиями, на которых государство готово сохранять за ним ранее выданную ему привилегию на управление автомобилем [25].

Как следует из материалов Доклада ВОЗ о состоянии безопасности дорожного движения в мире в 2013 г. [32], в Австрии, относящейся к странам с высоким уровнем дохода, на одного гражданина страны в 2010 г. приходилось 0,73 единицы транспортного средства. При этом оценочный показатель смертности в результате автодорожного травматизма составлял 6,6 случаев на 100 тыс. населения. В России, относящейся к странам со средним уровнем дохода, на 1 гражданина страны в 2010 г. приходилось 0,32 единицы транспортного средства и оценочный показатель смертности в результате автодорожного травматизма составлял 18,6 случаев на 100 тыс. населения. Изложенные факты дают основания в кратко- и среднесрочной перспективе прогнозировать рост количества ДТП и числа получивших травмы при условии дальнейшего роста численности транспортных средств в России. При этом следует отметить, что рассматриваемое негативное влияние увеличения числа транспортных средств на показатели автодорожного травматизма в России также отягощается рядом других важных факторов.

В частности, особую обеспокоенность вызывает широкое распространение в России практики управления транспортными средствами в состоянии опьянения (табл. 2.1.4), что существенно повышает вероятность возникновения автодорожного травматизма.

Таблица 2.1.4

Основные абсолютные и относительные (в процентах) показатели автодорожного травматизма с участием водителей в состоянии опьянения в России в 2004-2013 гг.

Год	Абсолютные показатели количеств ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения			Удельный вес ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, в общем числе зарегистрированных ДТП (в %)		
	ДТП	Погибло	Получили травмы	ДТП (%)	Погибло (%)	Получили травмы (%)
2004	21 569	3 645	30 444	10,3	10,6	12,1
2005	19 567	3 170	28 327	8,8	9,3	10,3
2006	17 017	2 673	24 837	7,4	8,2	8,7
2007	15 593	2 555	22 703	6,7	7,7	7,8
2008	13 611	2 383	19 887	6,2	8,0	7,3
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	7,6

Как следует из представленных данных, в 2004-2013 гг. управление транспортным средством в состоянии опьянения вносило весьма значительный вклад в общие показатели автодорожного травматизма. При этом с точки зрения динамики основных показателей автодорожного травматизма с участием водителей, находившихся в состоянии опьянения, рассматриваемое десятилетие (2004-2013) можно разделить на 2 периода.

Так, в 2004-2010 гг. наблюдалась позитивная тенденция снижения абсолютных и относительных (в общем числе ДТП) показателей ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения. С 2004 г. по 2010 г. ежегодное общее количество ДТП сократилось на 45% (с 21,6 тыс. до 11,8 тыс. случаев), число получивших в них травмы – на 43,2% (с 30,4 тыс. до 19,4 тыс. чел.), число погибших – на 46,4% (с 3,6 тыс. до 2,3 тыс. чел.). Одновременно сократился удельный вес ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, в общем числе зарегистрированных ДТП (с 10,3% до 5,9%), а также доли погибших и получивших травмы в результате указанного вида ДТП от общего числа погибших и получивших травмы в результате ДТП (с 10,6% до 7,4% и с 12,1% до 6,9% соответственно).

После 2010 г. позитивная тенденция сменилась последующим ростом в 2011-2013 гг. абсолютных и относительных (в общем числе ДТП) показателей ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения. Так, в 2013 г. по сравнению с 2010 г. общее число ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, возросло на 14,7%, число погибших в результате этих ДТП – на 18,4%, а число получивших травмы – на 12,2%. Удельный вес ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, в общем числе ДТП в России увеличился с 5,9% в 2010 г. до 6,7% в 2013 г.; доля погибших и получивших травмы в результате указанных ДТП от общего числа погибших и получивших травмы в ДТП – с 7,4% до 8,6% и с 6,9% до 7,5% соответственно. Фактически значения абсолютных показателей количества ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, в 2013 г. в Российской Федерации находились на уровне 2008 г., а вклад данного вида ДТП в общие показатели автодорожного травматизма – примерно на уровне 2007 г.

При оценке рассмотренных тенденций необходимо учитывать, что на протяжении рассматриваемого десятилетия 2004-2013 гг. в России произошло два ужесточения критериев определения алкогольного опьянения при управлении транспортным средством, а фактически – административной ответственности за управление транспортным средством в состоянии опьянения. Так, с 1 июля 2008 г. было осуществлено снижение допустимой («разрешенной») концентрации алкоголя при управлении транспортным средством, а с 31 октября 2010 г. вступил в силу так называемый «нулевой порог» содержания алкоголя в организме водителей. Данные обстоятельства являются важными факторами, определяющими динамику показателей автодорожного травматизма в России и ее территориальных субъектах с участием водителей, находившихся в состоянии алкогольного опьянения.

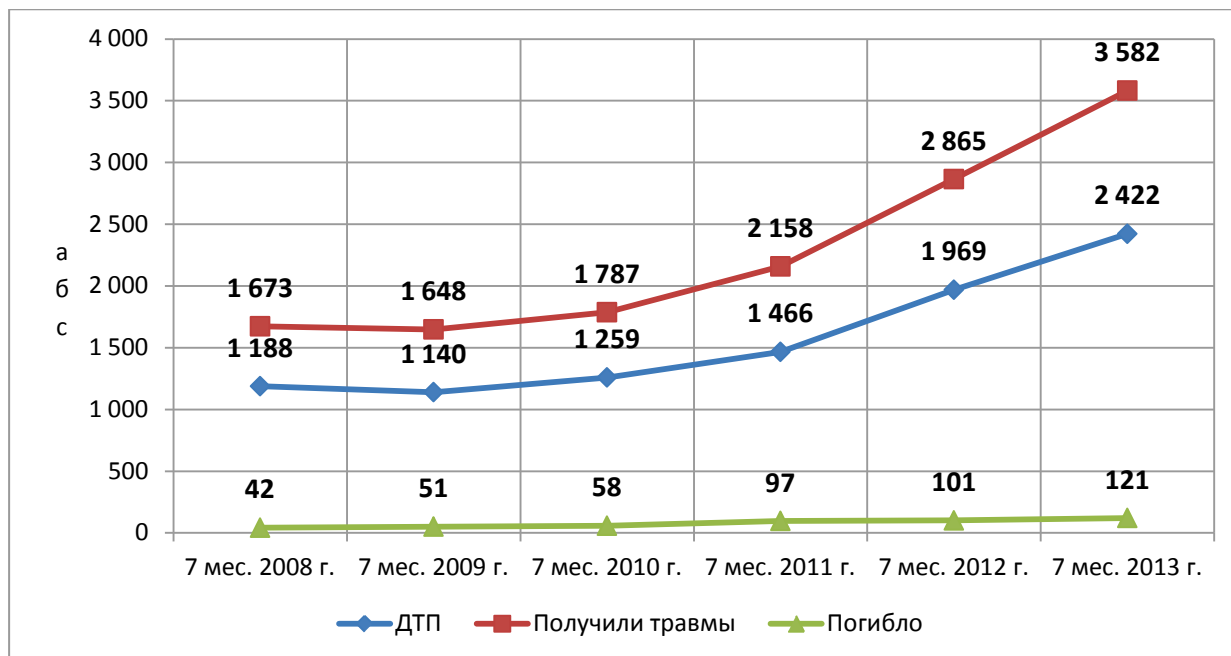
Таким образом, в определенной степени рост абсолютных и относительных (в общем числе ДТП) показателей ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения в 2011 году, был связан с ужесточением критериев определения алкогольного опьянения при управлении транспортным средством. Между тем, принятие так называемого «нулевого порога» в конце 2010 г. не может объяснить последующую длительную негативную динамику относительных показателей «пьяных» ДТП в 2012-2013 гг. в России. Следовательно, имеющиеся статистические данные свидетельствуют прежде всего о недостаточности принятых на тот момент мер административного регулирования, направленных на снижение уровня автодорожного травматизма в результате ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения.

При анализе масштабов негативного воздействия употребления алкоголя при управлении транспортным средством на показатели автодорожного травматизма в России следует также учитывать, что после принятия в 2010 г. так называемого «нулевого порога» содержания алкоголя в выдыхаемом воздухе водителей произошло увеличение количества ДТП с участием водителей, отказавшихся от прохождения освидетельствования на состояние опьянения, а также числа погибших и получивших травмы в этих ДТП [147] (рис. 2.1.1). Соответственно, оценка динамики показателей автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии опьянения, в обя-

зательном порядке должна учитывать тенденции автодорожного травматизма, вызванного группой водителей, отказавшихся от освидетельствования.

Рисунок 2.1.1

Динамика основных абсолютных показателей ДТП с участием водителей, отказавшихся от освидетельствования, в России за период январь-июль 2008-2013 гг.



Согласно представленным данным, с 2010 г. в России отмечается стойкая негативная тенденция роста количеств ДТП с участием водителей, отказавшихся от освидетельствования на состояние опьянения, числа погибших и получивших в них травмы. Так, в январе-июле 2013 г. по сравнению с аналогичным периодом 2008 г. количество ДТП рассматриваемой категории возросло в 2 раза, число получивших травмы и погибших – в 2,1 и 2,9 раза соответственно. Одновременно происходило и увеличение удельного веса таких ДТП от всех ДТП «по вине» водителей. Так, величина рассматриваемого показателя составляла: в 2008 г. – 1,2%, в 2009 г. – 1,3%, в 2010 г. – 1,4%, в 2011 г. – 1,7%, в 2012 г. – 2,1% и в 2013 г. – 2,6%.

Таким образом, имеющиеся данные позволяют констатировать наличие в 2010-2013 гг. в России как негативной тенденции увеличения основных показателей автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии опьянения, так и недостаточность применяемых мер профилактики указанного вида травматизма.

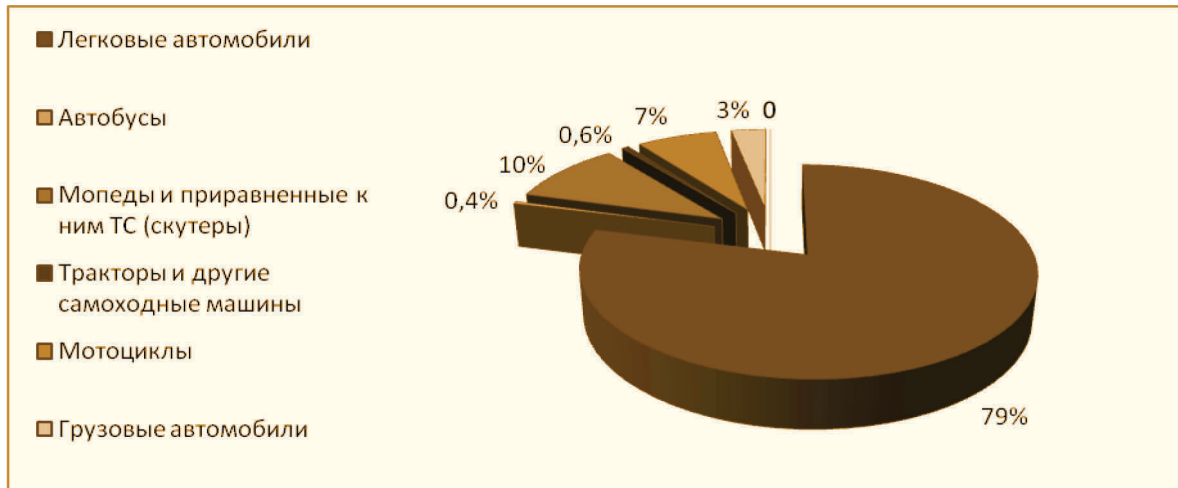
В контексте проблемы роста основных показателей ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, следует отметить, что увеличение числа транспортных средств в России происходило прежде всего за счет увеличения количества легкового транспорта (на 14,9 млн. единиц или 62,7% с 2004 г. по 2012 г.) [29]. Именно легковые автомобили, которые в подавляющем большинстве случаев принадлежат физическим лицам (до 80%), составляют основную часть автотранспортного парка в России (76,7% по данным за 2012 г.). При этом подавляющее число случаев ДТП с участием водителей, находившихся в состоянии опьянения, приходится на легковые автомобили [28] (рис. 2.1.2).

Рассматриваемая тенденция объясняется тем, что предрейсовые медицинские осмотры водителей с целью выявления противопоказаний к управлению транспортным средством (в том числе опьянения) в обязательном порядке проводятся только в случае принадлежности транспортного средства юридическому лицу [161]. Так, за допуск к

управлению водителя, находящегося в состоянии опьянения, работодатель несет административную ответственность, предусмотренную статьей 12.32 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях (Кодекс) [151]. Таким образом, при управлении порядка 80% парка легковых автомобилей, принадлежащих физическим лицам, возможность управления транспортным средством в состоянии опьянения находится на усмотрении только его владельца.

Рисунок 2.1.2

Относительный показатель (в процентах) количеств ДТП с участием водителей в состоянии опьянения по типам транспортных средств

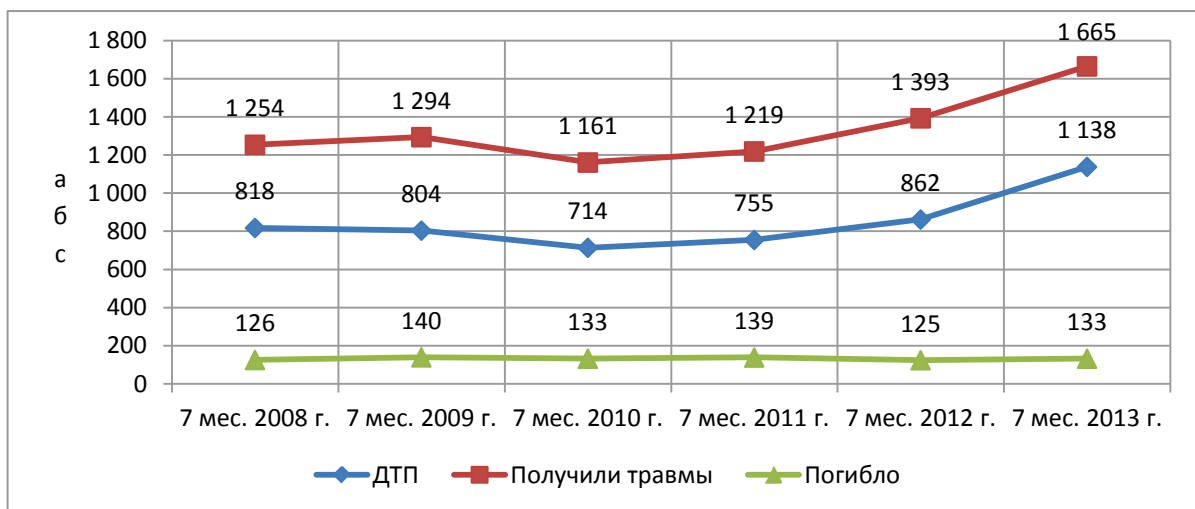


Источник: официальный сайт Госавтоинспекции Министерства внутренних дел РФ [28].

Особую обеспокоенность вызывает тот факт, что негативная тенденция роста показателей автодорожного травматизма в России в 2011-2013 гг., помимо прочего, была обусловлена повышением количества ДТП, совершенных в состоянии опьянения неопытными (стаж до 3-х лет) (рис. 2.1.3) и молодыми (в возрасте до 21 года) (рис. 2.1.4) водителями [147].

Рисунок 2.1.3

Динамика основных абсолютных показателей ДТП с участием неопытных водителей в состоянии опьянения в России за период январь-июль 2008-2013 гг.

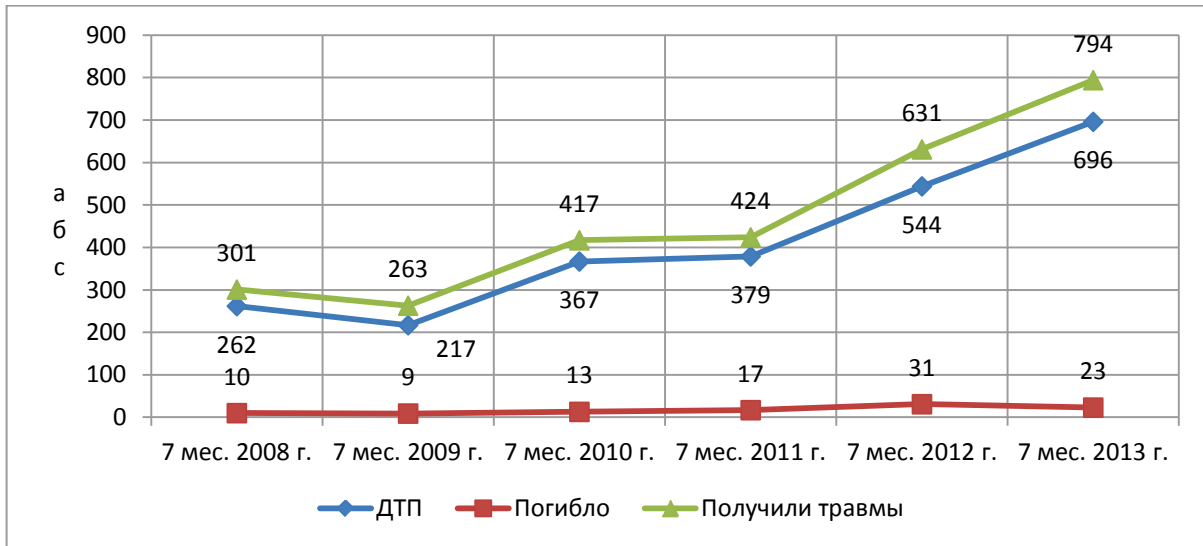


Как следует из представленных данных, в январе-июле 2013 г. по сравнению с аналогичным периодом 2010 г. количество ДТП, совершенных неопытными водителями в

состоянии опьянения, возросло на 59,4% (с 0,7 тыс. до 1,1 тыс. случаев), число получивших в их результате травмы увеличилось на 43,4% (с 1,2 тыс. до 1,7 тыс. чел.), а число погибших не изменилось и составляло 133 человека. Одновременно наблюдался рост удельного веса количеств ДТП, совершенных неопытными водителями в состоянии опьянения, от всех ДТП «по вине водителя» – значение указанного показателя возросло с 11,2% в 2008 г. до 16,4% в 2013 г.

Рисунок 2.1.4

Динамика основных абсолютных показателей ДТП с участием молодых водителей в состоянии опьянения в России за январь-июль 2008-2013 гг.



Сравнение данных за 7 месяцев 2013 г. и 2008 г. показывает, что в течение пяти лет произошло существенное увеличение показателей автодорожного травматизма в результате управления молодыми водителями мопедов и приравненных к ним транспортных средств в состоянии опьянения. Так, в 2,7 раза возросло количество ДТП рассматриваемой категории (с 262 до 696 случаев); в 2,6 раза – число получивших травмы (с 301 до 794 чел.); в 2,3 раза – число погибших (с 10 до 23 чел.). При этом возросла и величина удельного веса рассматриваемого вида ДТП от всех ДТП «по вине водителя» с 7,8% в 2008 г. до 10,9% в 2013 г.

Соответственно, сокращение числа случаев управления транспортным средством в состоянии опьянения выступает одним из важнейших условий снижения существующих в России показателей автодорожного травматизма. Отдельное внимание при решении этой задачи должно быть уделено снижению масштабов употребления алкоголя при управлении транспортными средствами молодыми и неопытными водителями. Между тем, достижение поставленных целей в данной области возможно только при использовании комплексных мер, включающих как улучшение качества подготовки водителей при получении права на управление транспортным средством, так и совершенствование правоприменительной практики, пропаганду отказа от употребления алкоголя в обществе.

Осуществление мероприятий по снижению показателя летальности в результате автодорожного травматизма в России предусмотрено, в том числе, и в рамках новой ФЦП «Повышение безопасности дорожного движения в 2013-2020 годах». Принятие указанной ФЦП свидетельствует о продолжении применения программно-целевого метода управления сферой обеспечения безопасности дорожного движения. Оценка достижений целей по годам реализации ФЦП будет осуществляться на основании анализа динамики следующих системных целевых индикаторов и показателей Программы: числа лиц, погибших в ДТП; числа детей, погибших в ДТП; социального риска (числа лиц, по-

гибших в ДТП на 100 тыс. населения); транспортного риска (числа лиц, погибших в ДТП на 10 тыс. транспортных средств); тяжести последствий (числа лиц, погибших в ДТП на 100 пострадавших). Одной из важнейших целей рассматриваемой ФЦП является также снижение числа ДТП с участием неопытных водителей.

Таким образом, проведенный анализ общих показателей автодорожного травматизма в Российской Федерации позволяет резюмировать следующее:

- Планируемые результаты действовавшей в 2006-2012 гг. ФЦП «Повышение безопасности дорожного движения» не были достигнуты в значительной степени в результате роста как числа транспортных средств, так и неопытных водителей, что было недооценено при определении целевых индикаторов ФЦП;
- Рост числа транспортных средств с увеличением числа неопытных водителей выступает в качестве важнейшего фактора, препятствующего снижению показателей автодорожного травматизма в России в последнее десятилетие. При этом действие указанного фактора универсально для стран со средним уровнем дохода (ВОЗ, 2013), к которым относится и Российская Федерация;
- Регистрируемая в России в 2011-2013 гг. негативная тенденция роста основных показателей ДТП отягощается широким распространением практики управления транспортным средством в состоянии опьянения, включая группы водителей повышенного риска автодорожного травматизма – молодых и неопытных водителей. Соответственно, отдельное внимание в разрабатываемых профилактических программах по снижению уровня автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии опьянения, должно быть направлено на группу молодых и неопытных водителей;
- В действующей ФЦП «Повышение безопасности дорожного движения в 2013-2020 годах» отсутствуют системные целевые индикаторы, характеризующие распространенность автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии опьянения, что не позволяет оценить масштабы проблемы автодорожного травматизма, вызванного группами водителей, как отказавшихся от освидетельствования, так и выявленных в состоянии опьянения (молодых и неопытных водителей, повторно выявленных в состоянии опьянения, передавших управление транспортным средством лицу в состоянии опьянения и т.д.).

2.2 Сравнительная характеристика основных показателей автодорожного травматизма в Российской Федерации, Центральном федеральном округе, Московской области и г. Москве

В настоящей работе использовался метод сравнительного анализа динамики основных показателей автодорожного травматизма в различных территориальных субъектах за десятилетний период 2004-2013 гг.: в целом по Российской Федерации, Центральном федеральном округе (ЦФО), Московской области (МО) и г. Москве (*табл. 2.2.1-2.2.7*) [59].

Проведенный анализ позволяет констатировать, что динамика показателей автодорожного травматизма в 2004-2010 гг. по всей России, в ЦФО, МО и Москве в целом совпадает. Так, до 2007 г. в рассматриваемых территориальных субъектах (в МО – до 2006 г.) наблюдалась негативная тенденция роста количеств ДТП с получившими травмы и погибшими. Максимальное значение указанного показателя в целом по России, в ЦФО и Москве было зарегистрировано в 2007 г., в МО пик автодорожного травматизма пришелся на 2006 г. В 2008-2010 гг. во всех рассматриваемых территориальных субъектах наблюдалась позитивная тенденция снижения количеств ДТП с погибшими или получившими травмы.

Таблица 2.2.1

Абсолютные и относительные (в процентах) показатели ДТП (с получившими травмы и погибшими) в России, ЦФО, МО и Москве в 2004-2013 гг.

Год	Россия		ЦФО		МО		г. Москва	
	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*
2004	208 558	–	55 816	–	13 949	–	9 172	–
2005	223 342	6,6	63 785	14,3	14 280	2,4	14 018	52,8
2006	229 140	2,5	66 406	4,1	14 778	3,5	14 850	5,9
2007	233 809	2,0	68 487	3,1	14 377	–2,7	14 939	0,6
2008	218 322	–7,1	61 974	–9,5	12 520	–12,9	13 306	–10,9
2009	203 603	–7,2	57 505	–7,2	11 343	–9,4	12 445	–6,5
2010	199 431	–2,1	55 532	–3,4	10 659	–6,0	11 757	–5,5
2011	199 868	0,2	55 031	–0,9	10 267	–3,7	11 827	0,6
2012	203 597	1,8	54 493	–1,0	9 241	–10,0	12 010	1,5
2013	204 068	0,2	53 410	–2,0	9 299	0,6	11 319	–5,8

Примечание к таблице 2.2.1: * – отрицательный прирост отображен со знаком «–».

Вместе с тем, в 2011-2013 г. динамика показателей автодорожного травматизма в целом по России, в ЦФО, в МО и Москве демонстрирует различия. Так, если в отношении ЦФО и МО можно констатировать сохранение позитивной тенденции сокращения уровня автодорожного травматизма в 2011-2012 гг. (в ЦФО и в 2013 г.), то в целом по России и Москве в этот период наблюдалось некоторое ухудшение рассматриваемых показателей. Как следует из представленных данных, статистика автодорожного травматизма в Москве в 2011-2013 гг. отражает общероссийские тенденции в большей степени, чем данные по ЦФО и МО. С другой стороны, с точки зрения динамики показателей автодорожного травматизма, Москва остается «проблемным» субъектом в рамках ЦФО, что указывает на необходимость активизации усилий по повышению безопасности дорожного движения именно в мегаполисе.

Сделанный вывод подтверждается результатами сравнения количеств ДТП с наличием пострадавших или погибших в рассматриваемых территориальных субъектах в 2013 г. и в 2004 г. Так, в целом по России число указанных ДТП в 2013 г. по сравнению с 2004 г. сократилось на 2,2% (с 208,6 тыс. до 204 тыс.), в ЦФО – на 4,3% (с 55,8 тыс. до 53,4 тыс.), в МО – на 33,3% (с 13,9 тыс. до 9,3 тыс.), в то время как в Москве возросло на 23,4% (с 9,2 тыс. до 11,3 тыс.), что объясняется как резким увеличением данного показателя в 2005 г. (в 1,5 раза) в связи с существенным увеличением числа транспортных средств в мегаполисе, так и проявлением негативных тенденций в 2011-2012 гг. Динамика числа получивших травмы в результате ДТП в России, ЦФО, МО и Москве в 2004-2013 гг. в целом демонстрирует те же тенденции, что и динамика количеств ДТП с наличием пострадавших или погибших (табл. 2.2.2).

Согласно представленным данным, в рассматриваемый десятилетний период максимальные показатели числа получивших травмы среди взрослого населения в результате ДТП в МО и Москве были зарегистрированы в 2006 г., в целом по России и в ЦФО – в 2007 г. В последующем наблюдалась позитивная тенденция снижения числа получивших травмы в ЦФО в 2008-2013 гг., в МО в 2007-2012 гг., в Москве в 2007-2010 гг. и в целом по России в 2008-2010 гг.

Таблица 2.2.2

Абсолютные и относительные (в процентах) показатели получивших травмы в результате ДТП в России, ЦФО, МО и Москве в 2004-2013 гг.

Год	Россия		ЦФО		МО		г. Москва	
	абс.	в % к пред. году*	абс.	в % к пред. году*	абс.	в % к пред. году*	абс.	в % к пред. году*
2004	251 386	–	66 413	–	16 660	–	9 772	–
2005	274 864	8,5	78 242	17,8	17 717	6,3	16 184	65,6
2006	285 362	3,7	82 369	5,3	18 640	5,2	17 104	5,7
2007	292 206	2,3	85 102	3,3	17 682	–5,1	17 022	–0,5
2008	270 883	–7,9	76 034	–10,7	15 139	–14,4	15 114	–11,2
2009	257 034	–5,4	72 342	–4,9	14 199	–6,2	14 341	–5,1
2010	250 635	–2,6	69 613	–3,8	13 407	–5,6	13 592	–5,2
2011	251 848	0,5	68 665	–1,4	12 714	–5,2	13 610	0,1
2012	258 618	2,6	68 270	–0,6	11 434	–10,1	14 000	2,9
2013	258 437	–0,1	66 615	–2,4	11 533	0,9	12 951	–7,5

Примечание к таблице 2.2.2: * – отрицательный прирост отображен со знаком «–».

Тем не менее, величина зарегистрированного в 2013 г. числа получивших травмы в результате ДТП по сравнению с аналогичным показателем 2004 г. возросла: в России на 2,8%, в ЦФО – на 0,3% и в Москве было зарегистрировано максимальное увеличение числа получивших травмы в результате ДТП на 32,5%. Значительный рост величины рассматриваемого показателя в Москве являлся следствием главным образом его резкого увеличения в 2005 г. (почти в 1,7 раза), а также в 2012 г. ввиду расширения границ города за счет территорий МО [146]. При этом следует отметить, что только в МО зарегистрированное в 2013 г. число получивших автодорожные травмы было меньше на 44,5% аналогичного показателя 2004 г., что в определенной степени также было обусловлено значительным (на 10,1%) его снижением в 2012 г. в связи с сокращением площади данного субъекта Федерации ввиду расширения Москвы. Динамика числа погибших в результате ДТП в России, ЦФО, МО и Москве в 2004-2013 гг. также отражает рассмотренные ранее тенденции (табл. 2.2.3).

Таблица 2.2.3

Абсолютные и относительные (в процентах) показатели погибших в результате ДТП в России, ЦФО, МО и Москве в 2004-2013 гг.

Год	Россия		ЦФО		МО		г. Москва	
	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*
2004	34 506	–	9 959	–	2 994	–	1 195	–
2005	33 957	–1,6	9 612	–3,5	2 812	–6,1	1 103	–7,7
2006	32 724	–3,8	9 553	–0,6	2 821	0,3	1 184	7,3
2007	33 308	1,8	9 780	2,4	2 866	1,6	1 161	–1,9
2008	29 936	–11,3	8 286	–15,3	2 247	–21,6	865	–25,5
2009	26 084	–14,8	7 128	–14,0	1 899	–15,5	746	–13,8
2010	26 567	1,8	7 021	–1,5	1 844	–2,9	763	2,3
2011	27 953	5,0	7 494	6,7	1 840	–0,2	772	1,2
2012	27 991	0,1	7 305	–2,5	1 706	–7,3	810	4,9
2013	27 025	–3,5	6 913	–5,4	1 585	–7,1	841	3,8

Примечание к таблице 2.2.3: * – отрицательный прирост отображен со знаком «–».

Как следует из представленных данных, начиная с 2010 г. в целом по России и в Москве наметилась тенденция роста числа погибших в результате ДТП, сменившая по-

зидитивный тренд в предшествующие годы. Тем не менее, число погибших, зарегистрированное в 2013 г., оказалось меньше аналогичного показателя 2004 г. во всех рассматриваемых территориальных субъектах (в целом по России – на 21,7%, в ЦФО – на 30,6%, в МО – на 47,1% и в Москве – на 29,6%). Вместе с тем, число погибших в результате автодорожного травматизма в 2013 г. превысило показатель 2009 г. в целом по России на 3,6% и в Москве – на 12,7%. Таким образом, данные о числе погибших в результате автодорожного травматизма в последние годы в рассматриваемых территориальных субъектах подтверждают сделанный ранее вывод о том, что с точки зрения динамики автодорожного травматизма Москва выступает одним из наиболее проблемных регионов в рамках ЦФО.

Для оценки показателей автодорожного травматизма в России, помимо абсолютных показателей, также используются следующие относительные показатели: количества ДТП на 10 тыс. транспортных средств (для анализа показателей автодорожного травматизма с учетом общего количества зарегистрированных транспортных средств); числа получивших травмы в ДТП на 100 тыс. всего населения (для анализа показателей автодорожного травматизма с учетом всего населения); тяжести последствий ДТП (числа погибших в 100 ДТП).

Одним из наиболее информативных относительных показателей автодорожного травматизма является показатель тяжести последствий ДТП (табл. 2.2.4).

Таблица 2.2.4

**Относительный показатель тяжести последствий ДТП в России, ЦФО,
МО и Москве в 2004-2013 гг.**

Год	Россия	ЦФО	МО	г. Москва
2004	12,1	13,0	15,2	10,9
2005	11,0	10,9	13,7	6,4
2006	10,3	10,4	13,1	6,5
2007	10,2	10,3	13,9	6,4
2008	10,0	9,8	12,9	5,4
2009	9,2	9,0	11,8	4,9
2010	9,6	9,2	12,1	5,3
2011	10,0	9,8	12,6	5,4
2012	9,8	9,7	13,0	5,5
2013	9,5	9,4	12,1	6,1

Представленные данные в целом свидетельствуют о положительной тенденции снижения величины рассматриваемого показателя в период с 2004 г. по 2013 г.: по всей России – с 12,1 до 9,5; в ЦФО – с 13,0 до 9,4; в МО – с 15,2 до 12,1 и в Москве – с 10,9 до 6,1 погибших в результате 100 ДТП. Вместе с тем, в 2010-2011 гг. наблюдался рост числа погибших в результате 100 случаев ДТП в целом по России и в ЦФО, а в 2007 г. и 2010-2012 гг. – в МО. При этом только в Москве, несмотря на низкие (в сравнении с общероссийскими) значения рассматриваемого показателя, с 2010 г. наметилась устойчивая тенденция роста числа погибших в результате 100 случаев ДТП.

Сравнение динамики показателей автодорожного травматизма с участием водителей, находившихся в состоянии опьянения, в 2004-2013 гг. в целом по России, в ЦФО, МО и Москве также позволяет выявить ряд важных тенденций (табл. 2.2.5 и табл. 2.2.6).

Таблица 2.2.5

Основные абсолютные показатели автодорожного травматизма в результате ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, в России, ЦФО, МО и Москве в 2004-2013 гг.

Год	Количество ДТП				Число погибших				Число получивших травмы			
	Россия	ЦФО	МО	Москва	Россия	ЦФО	МО	Москва	Россия	ЦФО	МО	Москва
2004	21 569	5 362	931	276	3 645	817	143	36	30 444	7 530	1 339	352
2005	19 567	5 088	791	277	3 170	756	120	21	28 327	7 401	1 130	400
2006	17 017	4 370	674	258	2 673	542	68	28	24 837	6 470	957	346
2007	15 593	4 146	577	219	2 555	583	70	18	22 703	6 127	857	299
2008	13 611	3 502	432	213	2 383	522	39	14	19 887	5 142	632	299
2009	12 327	3 145	337	222	2 217	492	46	15	18 207	4 728	510	294
2010	11 845	2 894	268	234	1 954	439	15	15	17 280	4 268	414	321
2011	12 252	2 897	243	234	2 103	478	38	33	17 900	4 271	371	314
2012	12 843	2 894	222	234	2 103	489	42	38	18 679	4 134	308	318
2013	13 581	3 177	525	243	2 314	485	44	23	19 385	4 491	775	330

Как следует из представленных данных, в 2004-2010 гг. в целом по России, в ЦФО и МО наблюдалась тенденция неуклонного снижения количеств ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения. В результате, в 2010 г. по сравнению с 2004 г. число ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, в целом по России сократилось в 1,8 раза (с 21,6 тыс. до 11,8 тыс.), в ЦФО – в 1,9 раза (с 5,4 тыс. до 2,9 тыс.) и в МО – в 3,5 раза (с 0,9 тыс. до 0,3 тыс. случаев).

Аналогично в указанных территориальных субъектах было зафиксировано и снижение доли таких ДТП в общем числе зафиксированных ДТП (табл. 2.2.6). Так, значение рассматриваемого показателя снизилось в 2010 г. по сравнению с 2004 г.: в целом по России с 10,3% до 5,9%, в ЦФО – с 9,6% до 5,2% и в МО – с 6,7% до 2,5% соответственно.

Таблица 2.2.6

Основные относительные (в процентах) показатели автодорожного травматизма в результате ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, в России, ЦФО, МО и Москве в 2004-2013 гг.

Год	Количество ДТП (%)				Число погибших (%)				Число получивших травмы (%)			
	РФ	ЦФО	МО	Москва	РФ	ЦФО	МО	Москва	РФ	ЦФО	МО	Москва
2004	10,3	9,6	6,7	3,0	10,6	8,2	4,8	1,2	12,1	11,3	8,0	3,6
2005	8,8	8,0	5,5	2,0	9,3	7,9	4,3	0,7	10,3	9,5	6,4	2,5
2006	7,4	6,6	4,6	1,7	8,2	5,7	2,4	1,0	8,7	7,9	5,1	2,0
2007	6,7	6,1	4,0	1,5	7,7	6,0	2,4	0,6	7,8	7,2	4,8	1,8
2008	6,2	5,7	3,5	1,6	8	6,3	1,7	0,6	7,3	6,8	4,2	2,0
2009	6,1	5,5	3,0	1,8	8,5	6,9	2,4	0,8	7,1	6,5	3,6	2,1
2010	5,9	5,2	2,5	2,0	7,4	6,3	0,8	0,8	6,9	6,1	3,1	2,4
2011	6,1	5,3	2,4	2,0	7,5	6,4	2,1	1,8	7,1	6,2	2,9	2,3
2012	6,3	5,3	2,4	1,9	7,5	6,7	2,5	2,2	7,2	6,1	2,7	2,3
2013	6,7	5,9	5,6	2,1	8,6	7,0	2,8	1,5	7,5	6,7	6,7	2,5

Одновременно в целом по России, в ЦФО и МО происходило сокращение абсолютных и относительных показателей числа погибших и получивших травмы в результате ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения. Так, число погибших в 2010 г. по сравнению с 2004 г. в России уменьшилось на 46,4%, в ЦФО – на 46,3%, в МО – на 89,5%, а число пострадавших – на 43,2%, 43,3% и 69,1% соответственно.

Вместе с тем, в Москве данная позитивная тенденция прослеживалась только до 2008 г., в то время как в 2009-2010 гг. наблюдалось незначительное повышение абсолютных и относительных показателей ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения. В результате в 2010 г. по сравнению с 2004 г. число ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, в Москве сократилось только на 15,2%, а удельный вес таких ДТП в общем числе ДТП – на 1 процентный пункт (с 3% до 2%). Таким образом, если в целом по России, в ЦФО и МО снижение с 1 июля 2008 г. допустимой концентрации содержания алкоголя в организме водителей не привело к увеличению зарегистрированного количества ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, то в Москве результатом ужесточения критериев определения алкогольного опьянения при управлении транспортным средством стало ухудшение рассматриваемого показателя.

В противоположность периоду 2004-2010 гг., в 2011-2013 гг. в целом по России и в ЦФО наблюдался рост абсолютных и относительных показателей автодорожного травматизма в результате ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения. Причины указанной негативной динамики заслуживают отдельного рассмотрения.

В данном контексте следует отметить, что с 31 октября 2010 г. в России был введен в действие так называемый «нулевой порог» содержания алкоголя в организме водителей. На практике ужесточение критериев определения алкогольного опьянения при управлении транспортным средством в ряде случаев может рассматриваться как повышение точности выявления опьянения и фактически приводить к локальному повышению значений абсолютных (и, следовательно, относительных) показателей автодорожного травматизма, связанного с алкогольным опьянением, в течение года, следующего за годом рассматриваемого ужесточения. В то же время, в случае эффективности указанной меры, ее введение должно было привести к снижению уровня автодорожного травматизма, связанного с алкогольным опьянением водителей транспортных средств, в перспективе 2-3 лет. Таким образом, анализ динамики основных показателей автодорожного травматизма в результате ДТП, совершенных водителями в состоянии алкогольного опьянения, должен в обязательном порядке учитывать возможное воздействие ужесточения критериев определения алкогольного опьянения при управлении транспортным средством в 2010 г.

В 2011 г. по сравнению с 2010 г. количество ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, в целом по России возросло на 3,4% (с 11,8 тыс. до 12,3 тыс. случаев), число получивших в них травмы – на 3,6% (с 17,3 тыс. до 17,9 тыс. чел.), а число погибших – на 7,6% (с 2,0 тыс. до 2,1 тыс. чел.) (*табл. 2.2.5*). При этом удельный вес «пьяных» ДТП в общем числе зарегистрированных ДТП в целом по России повысился с 5,9% в 2010 г. до 6,1% в 2011 г. (*табл. 2.2.6*). В ЦФО значение рассматриваемых показателей практически не изменилось. Так, в 2011 г. по сравнению с 2010 г. количество ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, увеличилось всего на 3 случая (до 2 897 случаев), число получивших в них травмы – на 3 человека (до 4 271 чел.), а число погибших – на 39 человек (до 478 чел.) (*табл. 2.2.5*). В МО число «пьяных» ДТП незначительно сократилось – на 21 случай (до 243 случаев), а в Москве вообще не изменилось (234 случая). При этом в течение рассматриваемого периода 2010-2011 гг. доля ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, в общем числе зарегистрированных ДТП также практически не изменилась: в ЦФО – 5,2% и 5,3%, в МО – 2,5% и 2,4%, а в Москве – 2% и 2% соответственно (*табл. 2.2.6*).

В 2012 г. по сравнению с 2011 г. в целом по России, в ЦФО, МО и Москве основные рассматриваемые показатели автодорожного травматизма, связанного с употребле-

нием алкоголя водителями транспортных средств, демонстрировали относительную стабильность. Так, удельный вес ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, в общем числе зарегистрированных ДТП в целом по России составлял 6,1% и 6,3%, в ЦФО и МО не изменился и составлял 5,3% и 2,4%, а в Москве 2% и 1,9% соответственно (табл. 2.2.6).

В 2013 г. по сравнению с 2012 г. произошло ухудшение абсолютных и относительных показателей автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии опьянения, во всех рассматриваемых территориальных субъектах. Так, в целом по России доля ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, в общем числе зарегистрированных ДТП возросла с 6,3% до 6,7%, в ЦФО – с 5,3% до 5,9%, в МО – с 2,4% до 5,4%, а в Москве практически не изменилась – 1,9% и 2% соответственно (табл. 2.2.6). Следует, однако, отметить, что резкое повышение рассматриваемого показателя в МО было, среди прочего, обусловлено передачей наиболее урбанизированных территорий из МО Москве в 2012 г.

В целом за период 2011-2013 гг. количество ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, возросло в 2013 г. по сравнению с 2010 г.: в России на 14,7% (с 11,8 тыс. до 13,6 тыс.), в ЦФО на 9,8% (с 2,9 тыс. до 3,2 тыс.), в МО – почти в 2 раза (с 268 до 525), в Москве – на 3,8% (с 234 до 243 случаев). При этом число получивших травмы в результате ДТП с участием водителей в состоянии опьянения увеличилось в 2013 г. по сравнению с 2010 г.: в России на 12,2% (с 17,3 тыс. до 19,4 тыс. чел.), в ЦФО – на 5,2% (с 4,3 тыс. до 4,5 тыс. чел.), в МО – на 87,2% (с 414 до 775 чел.) и в Москве – на 2,8% (с 321 до 330 чел.). Одновременно число погибших в ДТП с участием водителей в состоянии опьянения возросло в 2013 г. по сравнению с 2010 г.: в России на 18,4% (с 2 тыс. до 2,3 тыс. чел.), в ЦФО – на 10,5% (с 439 до 485 чел.), в МО – в 2,9 раза (с 15 до 44 чел.) и в Москве – в 1,5 раза (с 15 до 23 чел.) (табл. 2.2.5).

Удельный вес ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, в общем числе зарегистрированных ДТП в 2013 г. по сравнению с 2010 г. в целом по России повысился с 5,9% до 6,7%, в ЦФО – с 5,2% до 5,9%, в МО – с 2,5% до 5,6% и в Москве – с 2% до 2,1%.

При этом доля погибших в ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, от общего числа погибших в ДТП возросла в 2013 г. по сравнению с 2010 г.: в России с 7,4% до 8,6%, в ЦФО – с 6,3% до 7%, в МО – с 0,8% до 2,8% и в Москве – с 0,8% до 1,5%. Относительный показатель числа получивших травмы в результате автодорожного травматизма в 2013 г. по сравнению с 2010 г. увеличился: в России с 6,9% до 7,5%, в ЦФО – с 6,1% до 6,7%, в МО – с 3,1% до 6,7% и в Москве – с 2,4% до 2,5%.

Таким образом, анализ имеющихся статистических данных не выявил значимого позитивного влияния введения в конце 2010 г. в России так называемого «нулевого порога» содержания алкоголя в организме водителей транспортных средств на показатели автодорожного травматизма в результате ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, как в целом по России, так и в ЦФО, МО и Москве в 2011-2013 г.

Вместе с тем, для оценки эффективности применения ужесточения критериев определения алкогольного опьянения при управлении транспортным средством в 2008-2010 гг. в рассматриваемых территориальных субъектах, целесообразным представляется сравнение показателей автодорожного травматизма в 2008 и 2013 гг. в результате управлений транспортными средствами в состоянии опьянения (табл. 2.2.7).

Как следует из представленных данных, в период 2008-2013 гг. только в МО и Москве в 2013 г. показатели автодорожного травматизма с участием водителей в состоянии опьянения превышали аналогичные показатели 2008 г. Так, количество ДТП, число получивших травмы и погибших возросло, соответственно, в МО на 21,5%, 22,6% и 12,8%, а в Москве – на 14,1%, 10,4% и 64,3%. При этом в Москве был зарегистрирован максимальный показатель роста (на 64,3%) летальности в результате «пьяных» ДТП.

Сравнительная характеристика основных абсолютных и относительных (в процентах) показателей ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, в России, ЦФО, МО и Москве в 2008 г. и 2013 г.

Количества дорожно-транспортных происшествий								
Год	Россия		ЦФО		МО		г. Москва	
	абс.	прирост в % к 2008 г.*	абс.	прирост в % к 2008 г.*	абс.	прирост в % к 2008 г.	абс.	прирост в % к 2008 г.
2008	13 611	–	3 502	–	432	–	213	–
2013	13 581	–0,2	3 177	–9,3	525	21,5	243	14,1
Число получивших травмы								
2008	19 887	–	5 142	–	632	–	299	–
2013	19 385	–2,5	4 491	–12,7	775	22,6	330	10,4
Число погибших								
2008	2 383	–	522	–	39	–	14	–
2013	2 314	–2,9	485	–7,1	44	12,8	23	64,3

Примечание к таблице 2.2.7: * – отрицательный прирост отображен со знаком «–»

Москва выделяется среди рассматриваемых территориальных субъектов относительно низким уровнем автодорожного травматизма, связанного с употреблением алкоголя водителями. Между тем, динамика имеющихся в Москве в 2011-2013 гг. показателей отражает общероссийские тенденции в большей степени, чем данные по ЦФО и МО. При этом, с точки зрения динамики основных показателей автодорожного травматизма, связанного с опьянением водителя транспортного средства, Москва остается «проблемным» субъектом в рамках ЦФО. Так, сравнение статистики автодорожного травматизма в целом по России, в ЦФО, МО и Москве показывает, что только в Москве наблюдались:

- превышение на 23,4% зарегистрированного в 2013 г. по сравнению с 2004 г. количества ДТП, в результате которых погибло или получило автодорожные травмы население;
- неуклонный рост числа погибших в ДТП в 2010-2013 гг. (на 12,7% в 2013 г. по сравнению с 2009 г.);
- неуклонный рост относительного показателя тяжести последствий ДТП в 2010-2013 гг. (с 4,9 в 2009 г. до 6,1 в 2013 г.);
- максимальное увеличение (на 64,3%) среди сравниваемых территориальных субъектов числа погибших в ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения.

Оценивая общероссийские показатели автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии опьянения, за 2014 г. следует отметить, что в этом году, с одной стороны, произошел «перелом» в негативной тенденции роста общих показателей автодорожного травматизма в России, но, с другой стороны, продолжился рост числа «пьяных» ДТП и их последствий. Так, в 2014 г. по сравнению с предыдущим годом общее количество ДТП с получившими травмы и погибшими сократилось на 2,1% (до 199,7 тыс. случаев), число погибших снизилось незначительно (до 27 тыс. чел.), а число получивших травмы в этих ДТП уменьшилось на 2,6% (до 251,8 тыс. чел.).

За 2014 г. в России по сравнению с предыдущим годом число водителей, совершивших ДТП в состоянии опьянения, увеличилось на 21,6% и составило 16,5 тыс. человек. Рассматриваемый рост привел к тому, что в 2014 г. величина удельного веса числа управлений транспортными средствами в состоянии опьянения в общем количестве правонарушений водителей, выявленных при оформлении ДТП, составляла уже 9,4%, в то время как в 2013 г. только 7,6%. При этом в 2014 г. отмечался рост числа погибших в результате «пьяных» ДТП на 47,8% (до 3,4 тыс. чел.) и получивших травмы на 19,9% (до 23,2 тыс. чел.) [59].

Таким образом, проведенный анализ сравнительных характеристик показателей автодорожного травматизма в Российской Федерации, Центральном федеральном округе, Московской области и Москве позволяет резюмировать следующее:

- Несмотря на имеющиеся различия в динамике показателей автодорожного травматизма в России, ЦФО, МО и Москве, в целом можно сделать вывод о превалировании общих тенденций в период 2004-2013 гг., что свидетельствует о системном характере проблемы автодорожного травматизма, в том числе связанного с употреблением алкоголя водителями транспортных средств. Соответственно, основные причины, вызывающие увеличение (или уменьшение) рассматриваемых показателей являются универсальными как для России в целом, так и для ЦФО, МО и Москвы;
- В конце 2010 г. в России был введен так называемый «нулевой порог» содержания алкоголя в организме водителей. В случае эффективности указанной меры, ее введение должно было привести к снижению уровня автодорожного травматизма, связанного с алкогольным опьянением водителя транспортного средства, в перспективе 2-3 последующих лет. Вместе с тем, анализ имеющихся статистических данных не выявил значимого позитивного влияния в 2011-2014 гг. так называемого «нулевого порога» на показатели автодорожного травматизма в результате ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, как в целом по России, так и в ЦФО, МО и Москве;
- Сложившаяся в Москве ситуация в области безопасности дорожного движения в определенной степени связана с исчерпанием потенциала снижения количеств ДТП по мере достижения ими достаточно низких (в сравнении с общероссийскими) уровней. Вместе с тем, динамика рассматриваемых данных по Москве в 2011-2013 гг. отражает общероссийские тенденции в большей степени, чем данные по ЦФО и МО. При этом, с точки зрения динамики показателей автодорожного травматизма, Москва остается «проблемным» субъектом в рамках ЦФО. В этих условиях проведение углубленных научных исследований в Москве с целью выявления факторов автодорожного травматизма, связанного с употреблением алкоголя водителями, позволит на основании полученных результатов создать профилактическую программу, эффективную как на федеральном, так и на региональном уровне, с учетом специфики крупных мегаполисов.

Глава 3

ВЛИЯНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АНТИАЛКОГОЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЧИСЛА УПРАВЛЕНИЙ ТРАНСПОРТНЫМ СРЕДСТВОМ В СОСТОЯНИИ ОПЬЯНЕНИЯ И ОТКАЗОВ ОТ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

3.1 Динамика показателя числа отказов от освидетельствования

В СССР административные санкции за управление транспортным средством в состоянии опьянения, передачу управления транспортным средством лицу в состоянии опьянения и уклонение от прохождения освидетельствования на состояние опьянения (освидетельствование), регламентировались требованиями Указа Президиума Верховного Совета СССР, утвержденного Законом СССР.

Согласно последнему в СССР в данной области Указу (Указ от 1983 г.), за уклонение от освидетельствования водитель подвергался штрафу в размере 200 рублей или лишению права управления всеми видами транспортных средств на срок от 1 до 3 лет [155]. При этом следует отметить, что редакцией этого Указа предусматривалась дифференцированная ответственность за отказ водителя от освидетельствования в зависимости от наличия или отсутствия у последнего права управления транспортным средством, которая в последующем, с 2002 г., в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях (Кодекс) включена не была [56].

С 2002 г. требованиями статьи 12.26 Кодекса за отказ водителя от освидетельствования предусматривался штраф от 10 до 20 минимальных размеров оплаты труда (МРОТ) или лишение права управления транспортными средствами только на срок 1 года, что обусловило негативную тенденцию роста в 2002-2004 гг. числа отказавшихся от освидетельствования водителей. В этих условиях в редакцию статьи 12.26 Кодекса были внесены изменения, предусматривающие за отказ от освидетельствования полную отмену штрафа и увеличение срока лишения права управления транспортными средствами с 1 года до 1,5–2 лет [164]. Тем не менее, в 2005-2007 гг. рост числа отказов от освидетельствования в России продолжился.

Так, в 2007 г. по сравнению с 2004 г. число отказов от освидетельствования в целом по России возросло в 2,1 раза (с 233 тыс. до 490,8 тыс.), в Центральном федеральном округе (ЦФО) – в 2 раза (с 50,4 тыс. до 99,4 тыс.), в Московской области (МО) – в 1,7 раза (с 9,8 тыс. до 16,3 тыс. случаев). При этом в Москве был зарегистрирован максимальный рост числа отказов водителей от освидетельствования – в 2,3 раза (с 7,4 тыс. до 16,7 тыс. случаев). Рассматриваемая негативная тенденция явилась следствием того, что статья 12.26 Кодекса фактически не распространялась на водителей, не имеющих или лишенных права управления транспортными средствами и отказавшихся от освидетельствования. В итоге, редакция статьи 12.26 Кодекса была дополнена частью 2 в отношении водителей, не имеющих или лишенных права управления транспортными средствами [166]. Таким образом, с 01.01.2008 частью 1 статьи 12.26 Кодекса предусмотрена ответственность для водителей, имеющих право управления транспортными средствами и отказавшихся от освидетельствования, а частью 2 статьи – для водителей, не имеющих или лишенных этого права и отказавшихся от освидетельствования.

Поскольку в 2005-2007 гг. рост числа отказов от освидетельствования осуществлялся прежде всего за счет водителей, не имевших или лишенных права управления транспортными средствами, то в отношении водителей, имевших указанное право и отказавшихся от освидетельствования, срок лишения права управления транспортными средствами (от 1,5 до 2 лет) в новой редакции статьи 12.26 Кодекса не изменился. В отношении водителей, не имевших или лишенных права управления транспортными средствами, в новой редакции статьи 12.26 Кодекса предусматривались административные

санкции в виде ареста (до 15 суток) или штрафа (в размере 5 тыс. руб. для лиц, в отношении которых в соответствии с Кодексом не может применяться арест).

Рассматриваемая дифференциация водителей, отказавшихся от освидетельствования, привела к позитивной тенденции последующего снижения в 2009-2011 гг. как числа водителей, имевших право управления транспортными средствами (ТС) и отказавшихся от освидетельствования (табл. 3.1.1), так и числа водителей, не имевших права управления транспортными средствами или лишенных этого права и отказавшихся от освидетельствования (табл. 3.1.2).

Таблица 3.1.1

Абсолютные и относительные (в процентах) показатели водителей, имевших право управления ТС и отказавшихся от освидетельствования, в России, ЦФО, МО и Москве в 2008-2012 гг.

Год	Россия		ЦФО		МО		г. Москва	
	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*
2008	345 252	–	78 525	–	14 887	–	12 731	–
2009	259 204	–24,9	63 149	–19,6	14 050	–5,6	11 639	–8,6
2010	223 332	–13,8	48 243	–23,6	12 007	–14,5	9 347	–19,7
2011	195 222	–12,6	41 070	–14,9	10 399	–13,4	7 249	–22,4
2012	210 065	7,6	47 106	14,7	15 930	53,2	8 546	17,9

Примечание к таблице 3.1.1: * – отрицательный прирост отображен со знаком «–».

Согласно представленным данным, позитивная тенденция сокращения числа водителей, имевших право управления транспортными средствами и отказавшихся от освидетельствования, наблюдавшаяся в 2009-2011 гг., сменилась ростом данного показателя в 2012 г. Тем не менее, зарегистрированное в 2012 г. число водителей рассматриваемой категории сократилось по сравнению с 2008 г.: в целом по России – в 1,6 раза (с 345,3 тыс. до 210 тыс. чел.), в ЦФО – в 1,7 раза (с 78,5 тыс. до 47,1 тыс. чел.), в Москве – в 1,5 раза (с 12,7 тыс. до 8,5 тыс. чел.). При этом только в МО был зарегистрирован незначительный рост рассматриваемого показателя на 7% (с 14,9 тыс. до 15,9 тыс. чел.).

Таблица 3.1.2

Абсолютные и относительные (в процентах) показатели водителей, не имевших или лишенных права управления ТС и отказавшихся от освидетельствования, в России, ЦФО, МО и Москве в 2008-2012 гг.

Год	Россия		ЦФО		МО		г. Москва	
	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*
2008	118 967	–	21 594	–	2 322	–	1 122	–
2009	90 481	–23,9	16 344	–24,3	2 409	3,7	1 229	9,5
2010	80 239	–11,3	12 835	–21,5	2 088	–13,3	1 164	–5,3
2011	72 804	–9,3	10 936	–14,8	1 735	–16,9	800	–31,3
2012	81 127	11,4	12 507	14,4	2 779	60,2	1 012	26,5

Примечание к таблице 3.1.2: * – отрицательный прирост отображен со знаком «–».

Как следует из приведенных данных, результаты сравнения числа водителей, не имевших или лишенных права управления транспортными средствами и отказавшихся от освидетельствования, в 2012 г. по сравнению с 2008 г. свидетельствуют о сокращении числа водителей рассматриваемой категории: на 31,8% в целом по России (с 119 тыс. до 81,1 тыс. чел.), на 42,1% в ЦФО (с 21,6 тыс. до 12,5 тыс. чел.) и на 9,8% в Москве (с 1 122 до 1 012 чел.). В МО в 2012 г. по сравнению с 2008 г. был зарегистрирован рост (на 19,7%) величины рассматриваемого показателя (с 2,3 тыс. до 2,8 тыс. чел.). Таким обра-

зом, среди указанных территориальных субъектов только в МО число водителей, отказавшихся от освидетельствования, в 2012 г. превышало аналогичный показатель 2008 г.

Представленные данные (табл. 3.1.1 и табл. 3.1.2) свидетельствуют о том, что дифференциация водителей по признаку наличия (или отсутствия) права управления транспортными средствами с 01.01.2008 зарекомендовала себя как в целом эффективная мера административной ответственности только в краткосрочной перспективе, поскольку в 2012 г. во всех рассматриваемых территориальных субъектах произошел рост числа водителей, отказавшихся от освидетельствования, вне зависимости от наличия или отсутствия права управления транспортными средствами.

При оценке абсолютных показателей числа водителей, отказавшихся от освидетельствования, следует отметить, что в 2008 г. во всех рассматриваемых субъектах наблюдалось превышение числа водителей, имевших право управления транспортными средствами и отказавшихся от освидетельствования, над числом водителей, имевших право управления транспортными средствами и выявленных в состоянии алкогольного опьянения, однако в последующие годы подобная ситуация отмечалась только в Москве (в 2009-2010 гг. и 2012 г.) (табл. 3.1.3).

Таблица 3.1.3

Абсолютные показатели водителей при наличии права управления ТС, отказавшихся от освидетельствования (отказ), выявленных в состоянии алкогольного опьянения (АО) в России, ЦФО, МО и Москве в 2008-2012 гг.

Год	Россия		ЦФО		МО		г. Москва	
	отказ (абс.)	АО (абс.)	отказ (абс.)	АО (абс.)	отказ (абс.)	АО (абс.)	отказ (абс.)	АО (абс.)
2008	345 252	340 752	78 525	73 357	14 887	14 315	12 731	9 889
2009	259 204	389 556	63 149	81 297	14 050	15 951	11 639	9 038
2010	223 332	352 058	48 243	72 714	12 007	14 479	9 347	6 917
2011	195 222	347 756	41 070	69 669	10 399	12 693	7 249	7 766
2012	210 065	364 085	47 106	74 400	15 930	18 416	8 546	7 140

Указанное различие между Москвой и другими рассматриваемыми территориальными субъектами объясняется следующими обстоятельствами. В Москве удельный вес числа управлений транспортными средствами в состоянии опьянения в результате употребления наркотических средств и психотропных веществ в общем числе управлений транспортными средствами в состоянии опьянения значительно превышал аналогичный показатель в сравниваемых субъектах (табл. 3.1.4).

Таблица 3.1.4

Абсолютные и относительные (в процентах) показатели водителей при наличии права управления ТС, выявленных в состоянии опьянения, вызванного употреблением наркотических средств и психотропных веществ, в России, ЦФО, МО и Москве в 2008-2012 гг.

Год	Россия		ЦФО		МО		Москва	
	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)
2008	24 361	6,7	4 611	5,9	2 095	12,8	1 708	14,7
2009	15 135	3,7	3 661	4,3	1 388	8,0	1 541	14,6
2010	12 164	3,3	2 923	3,9	750	4,9	1 379	16,6
2011	8 820	2,5	2 522	3,5	849	6,3	1 023	11,6
2012	7 569	2,0	2 090	2,7	745	3,9	839	10,5

Согласно представленным данным, в 2008-2012 гг. в Москве были зарегистрированы максимальные среди сравниваемых территориальных субъектов показатели удельно-

го веса числа водителей, имевших право управления транспортными средствами и выявленных в состоянии наркотического опьянения, от всех выявленных в состоянии опьянения водителей.

В соответствии с действующим в Москве порядком [125], полученные в результате медицинского освидетельствования сведения о водителях, в биологических объектах которых были выявлены наркотические средства и психоактивные вещества, передаются в наркологические диспансеры г. Москвы. Указанная информация о водителях, зарегистрированных в Москве, в соответствии с требованиями «Инструкции о порядке диспансерного учета больных хроническим алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями и профилактического наблюдения лиц, злоупотребляющих алкоголем, замеченных в немедическом потреблении наркотических и других одурманивающих средств без клинических проявлений заболевания» [123] является основанием для осуществления профилактического наблюдения.

Соответственно, одной из причин зарегистрированного в Москве в 2008-2012 гг. превышения числа водителей, имевших право управления транспортными средствами и отказавшихся от освидетельствования, над числом водителей, имевших указанное право и выявленных в состоянии алкогольного опьянения, является нежелание водителей, употребляющих наркотические средства и психотропные вещества, пройти медицинское освидетельствование, по результатам которого может быть получено подтверждение факта употребления указанных средств и веществ.

Вышеприведенные данные о росте в 2012 г. в России числа отказов водителей от освидетельствования послужили основанием для ужесточения административных санкций. В итоге, Законом [170] были внесены изменения в редакцию статьи 12.26 Кодекса, предусматривающие следующее усиление административной ответственности в отношении водителей, отказавшихся от освидетельствования:

1. При наличии права управления транспортными средствами – дополнительное наложение административного штрафа в размере 30 тыс. руб.;

2. При отсутствии права управления транспортными средствами – минимальный срок административного ареста был продлен до 10 суток и размер штрафа увеличен с 5 тыс. до 30 тыс. руб. в отношении лиц, к которым в соответствии с Кодексом не может применяться административный арест.

Рассматриваемое ужесточение административного законодательства уже в 2013 г. привело к снижению в России, ЦФО и МО числа водителей, имевших право управления транспортными средствами и отказавшихся от освидетельствования, а также позволило замедлить в целом по России темпы роста числа водителей, не имевших или лишенных права управления транспортными средствами и отказавшихся от освидетельствования. Так, в 2013 г. по сравнению с предыдущим годом число водителей, имевших право управления транспортными средствами и отказавшихся от освидетельствования, снизилось: в целом по России – на 6,2% (с 210 тыс. до 196,9 тыс. чел.), в ЦФО – на 4,5% (с 47,1 тыс. до 45 тыс. чел.) и в МО – на 31,7% (с 15,9 тыс. до 11 тыс. чел.). При этом только в Москве отмечался рост на 21,8% (с 8,5 тыс. до 10,4 тыс.) числа водителей, имевших право управления транспортными средствами и отказавшихся от освидетельствования.

Также в 2013 г. по сравнению с предыдущим годом в России замедлились темпы роста числа водителей, не имевших или лишенных права управления транспортными средствами и отказавшихся от освидетельствования. Так, темпы прироста указанного показателя в 2013 г. составили только 2,4% (с 81,1 тыс. до 83 тыс. чел.) по сравнению с 11,4% в 2012 г. (табл. 3.1.2). Также в 2013 г. произошло снижение числа водителей рассматриваемой категории в ЦФО на 2,3% (с 12,5 до 12,2 тыс. чел.) и в МО на 38,4% (с 2,7 тыс. до 1,7 тыс. чел.). При этом в Москве в 2013 г. отмечалось значительное увеличение на 44,6% (с 1 тыс. до 1,5 тыс. чел.) числа водителей, не имевших права управления транспортными средствами или лишенных этого права и отказавшихся от освидетельствования.

Отмеченные тенденции могут объясняться ранее существовавшим недостатком в редакции статьи 12.26 Кодекса, который заключался в том, что административное наказание в отношении водителей за отказ от освидетельствования (как имеющих право управления транспортными средствами, так и не имеющих указанного права или лишенных этого права) являлось равнозначным административному наказанию за первичное выявление водителя в состоянии опьянения (с соответствующей градацией при наличии или отсутствии права управления транспортными средствами). При этом отсутствовала дифференциация водителей по признаку повторности отказа от освидетельствования.

В результате сложилась ситуация, при которой, с одной стороны, статьей 12.26 Кодекса предусмотрены санкции в виде наложения административного штрафа в размере 30 тыс. руб. с лишением права управления транспортными средствами на срок от 1,5 до 2 лет в отношении водителей, имеющих право управления транспортными средствами и отказавшихся от освидетельствования, а, с другой стороны, частью 4 статьи 12.8 «Управление транспортным средством водителем, находящимся в состоянии опьянения, передача управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения» Кодекса за повторное управление транспортным средством водителем, имеющим право управления и находящимся в состоянии опьянения, предусмотрено наложение административного штрафа в размере 50 тыс. руб. с лишением права управления транспортными средствами на срок 3 года.

Таким образом, водитель, фактически повторно управлявший транспортным средством в состоянии опьянения, имел возможность, на тот момент, отказаться от освидетельствования и избежать санкций, предусмотренных за повторное управление транспортным средством в состоянии опьянения, получив меньший штраф и меньший срок лишения права управления, предусмотренный за отказ от освидетельствования.

В отношении правоприменительной практики предусмотренных частью 2 статьи 12.26 Кодекса административных санкций (ареста или штрафа) в отношении водителей, не имевших права управления транспортными средствами или лишенных этого права и отказавшихся от освидетельствования, следует отметить следующее (табл. 3.1.5).

Таблица 3.1.5

Относительные (в процентах) показатели числа административных арестов и штрафов за отказ от освидетельствования водителей, не имевших или лишенных права управления ТС, в России, ЦФО, МО и Москве в 2008-2013 гг.

Год	Россия		ЦФО		МО		г. Москва	
	Арест (%)	Штраф (%)	Арест (%)	Штраф (%)	Арест (%)	Штраф (%)	Арест (%)	Штраф (%)
2008	91,4	8,6	92,1	7,9	88,7	11,3	93,4	6,6
2009	91,6	8,4	92,3	7,7	90,4	9,6	93,1	6,9
2010	91,4	8,6	92,7	7,3	93,4	6,6	91,7	8,3
2011	93,1	6,9	93,0	7,0	94,5	5,5	91,4	8,6
2012	93,9	6,1	94,2	5,8	93,3	6,7	96,0	4,0
2013	93,7	6,3	93,7	6,3	93,2	6,8	90,8	9,2

Как следует из представленных данных, только в Москве в течение 2008-2013 гг. наблюдался рост удельного веса числа водителей, в отношении которых были вынесены судебные решения о наложении административного штрафа, от всего числа вынесенных судебных решений об административном аресте и штрафе. Согласно действующей редакции Кодекса, судебные решения о наложении административного штрафа выносятся только в отношении лиц, к которым в соответствии с нормами Кодекса не может применяться административный арест. Как следует из редакции части 2 статьи 3.9 «Административный арест» Кодекса, административный арест не может применяться: «к беременным женщинам, женщинам, имеющим детей в возрасте до 14 лет, лицам, не достигшим

возраста восемнадцати лет, инвалидам I и II групп, военнослужащим, гражданам, призванным на военные сборы, а также к имеющим специальные звания сотрудникам органов внутренних дел, органов и учреждений уголовно-исполнительной системы, Государственной противопожарной службы, органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ и таможенных органов» [165].

На основании изложенного возможно предположить, что только в Москве (среди рассматриваемых территориальных субъектов) в 2008-2013 гг. наблюдался рост относительного показателя водителей вышеперечисленных категорий, которые отказывались от прохождения освидетельствования, что, в свою очередь, свидетельствует о необходимости проведения дополнительных исследований с целью рассмотрения более конкретных характеристик этой группы водителей.

Также следует отметить, что среди рассматриваемых территориальных субъектов в 2008-2013 гг. только в Москве были зарегистрированы следующие закономерности:

- превышение числа водителей, имевших право управления транспортными средствами и отказавшихся от освидетельствования, над числом водителей, имевших право управления и выявленных в состоянии алкогольного опьянения, в 2009-2010 гг., а также в 2012 г.;
- рост в 2013 г. числа водителей, имевших право управления транспортными средствами и отказавшихся от освидетельствования;
- максимальное увеличение (на 44,6%) в 2013 г. числа водителей, не имевших или лишенных права управления транспортными средствами и отказавшихся от освидетельствования.

Таким образом, проведенный анализ нормативного регулирования санкций, предусмотренных Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях в 2002-2013 гг. за отказ водителя от освидетельствования, а также динамики числа вынесенных судебных решений в отношении водителей рассматриваемой категории в целом по России, в ЦФО, МО и Москве в 2004-2013 гг. позволяет резюмировать следующее:

- Применение только мер усиления административной ответственности (2005, 2007, 2013) в отношении рассматриваемой категории водителей обладает краткосрочной эффективностью (2-3 года);
- Общее число водителей, отказавшихся от освидетельствования, в значительной мере зависит от доли водителей, управляющих транспортными средствами в состоянии опьянения, вызванного употреблением наркотических средств и психотропных веществ;
- Одной из причин относительно низкой за рассматриваемый период эффективности статьи 12.26 Кодекса являлся тот факт, что указанной статьей не была предусмотрена дифференциация ответственности водителей по признаку повторности отказа от освидетельствования. В итоге водитель, повторно управляющий транспортным средством в состоянии опьянения, имел возможность отказаться от освидетельствования и избежать санкций, предусмотренных за повторное управление транспортным средством в состоянии опьянения, получив меньший штраф и меньший срок лишения права управления транспортным средством, предусмотренный за отказ от освидетельствования.

3.2 Динамика показателя числа водителей в состоянии опьянения

Одной из важнейших вех реализации в России государственной политики по предотвращению случаев автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, являлась ратификация [156] в 1974 г. Венской конвенции о безопасности дорожного движения (1968 г.), содержащей рекомендацию о введении величины предельно допустимой концентрации алкоголя (ПДКА) в организме водителей транспортных средств [62].

Согласно последнему в СССР Указу Верховного Совета СССР от 15 марта 1983 г. «Об административной ответственности за нарушение правил дорожного движения» [155], водители, в отношении которых имелись достаточные основания полагать, что они находятся в состоянии опьянения, подлежали освидетельствованию. Порядок направления и проведения освидетельствования водителей в СССР определялся по согласованию Министерствами внутренних дел, здравоохранения и юстиции. Во исполнение этого требования, 29 июня 1983 г. приказами МВД СССР (№ 45) Минздрава СССР (№ 06-14/14) и Минюста СССР (№ К-8-347) была утверждена «Инструкция о порядке направления граждан на освидетельствование для установления состояния опьянения и проведения освидетельствования» [51], вступившая в силу с 1 сентября 1983 г. и просуществовавшая до 2005 г. [106].

Как следует из рассматриваемой Инструкции, обязательному направлению на медицинское освидетельствование подлежали водители-участники ДТП при наличии пострадавших или существенного материального ущерба, а также водители при подозрении на наличие заболевания, внешние проявления которого сходны с признаками алкогольного опьянения или травматических повреждений. При этом работник Государственной автомобильной инспекции (ГАИ) СССР имел право доставлять водителя, находящегося в состоянии средней или тяжелой степени алкогольного опьянения, в медицинский вытрезвитель. Наличие этого положения в Инструкции может косвенно свидетельствовать о распространенности управления транспортными средствами в состоянии средней и тяжелой степени алкогольного опьянения в СССР.

Всем остальным категориям водителей освидетельствование проводилось работниками ГАИ в присутствии двух свидетелей с использованием индикаторных трубок «Контроль трезвости» (или других специальных технических средств). При согласии водителя с выявленным у него состоянием алкогольного опьянения последний привлекался к ответственности за управление транспортным средством в нетрезвом состоянии, при несогласии – водитель направлялся на освидетельствование в медицинское учреждение. Также рассматриваемая Инструкция интересна тем, что в ее редакции впервые была введена норма, ограничивающая время доставления водителя к месту проведения освидетельствования (не позднее двух часов), обусловленная естественным выведением алкоголя из организма человека. По всей видимости, указанное положение Инструкции было продиктовано антикоррупционной составляющей.

Учитывая, что процесс медицинского освидетельствования в силу отсутствия достоверных инструментальных методов определения концентрации алкоголя в организме водителя в рассматриваемый период в значительной мере носил субъективный характер, пунктом 24 рассматриваемой Инструкции была предусмотрена возможность повторного медицинского освидетельствования другим врачом при несогласии водителя с выявленным у него алкогольным опьянением.

Как следовало из пункта 19 рассматриваемой Инструкции, «клиническое обследование лиц, подлежащих освидетельствованию для установления состояния опьянения, производится в порядке, установленном Минздравом СССР». Во исполнение этого положения, Минздравом СССР 1 сентября 1988 г. за номером 06-14/33-14 была утверждена «Временная инструкция о порядке медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения» [13] для всех категорий граждан, которая действовала до 2016 г. в части освидетельствования иных (кроме водителей) лиц. Легитимность применения Временной инструкции в Российской Федерации в этот период была косвенно подтверждена решением Верховного Суда Российской Федерации в 2010 году [137].

Временная инструкция 1988 года, как и предыдущие нормативные акты Минздрава СССР, предусматривали возможность вынесения заключения о наличии алкогольного опьянения для всех категорий граждан на основании выявленной клинической картины, подтвержденной положительными результатами определения этанола в выдыхаемом

воздухе и биологических объектах (крови и моче). При отсутствии выраженной клинической картины алкогольного опьянения и обнаружении этанола в выдыхаемом воздухе (биологических пробах) в соответствии с требованиями Временной инструкции выносилось заключение о факте употребления алкоголя. Указанный вид заключения не выносился только в отношении водителей, поскольку Временной инструкцией предусматривалась необходимость констатации наличия (или отсутствия) алкогольного опьянения при управлении транспортным средством.

Алкогольное опьянение и его клинические проявления были неоднократно описаны в отечественной и зарубежной медицинской литературе. При этом большинство специалистов отмечали, что клиническая картина алкогольного опьянения выявляется при концентрации этанола в крови выше 0,8-1,0 промилле (г/л) [43; 44. С. 17; 45; 47. С. 694; 48; 66]. С учетом изложенного, в утвержденных Минздравом СССР в 1988 г. «Методических указаниях «Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения» рекомендовалось при вынесении заключения о наличии алкогольного опьянения для всех категорий граждан руководствоваться именно этими величинами. Согласно рассматриваемым Методическим указаниям, под термином «алкогольное опьянение» следует понимать «развернутый синдром воздействия алкоголя на организм, возникновение которого свидетельствует о выраженном нарушении способности индивидуума контролировать свое поведение в обычных условиях, который включает в себя патологические изменения в психической сфере и поведении, расстройства в системе вегетативно-сосудистой регуляции, двигательные нарушения, запах алкоголя изо рта и положительные химические реакции на этиловый спирт» [70].

Соответственно, при проведении освидетельствования в первую очередь требовалось выявление клинически развернутого синдрома алкогольного опьянения, наличие (или отсутствие) которого определялось врачом (фельдшером) и в той или иной мере носило субъективный характер, особенно при выявлении относительно небольших концентраций алкоголя в организме водителя.

Принятая в 1999 г. в Российской Федерации Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10) содержит более структурированное и универсальное определение термина «Острая интоксикация /F1x.0/» – «преходящее состояние вслед за приемом психоактивного вещества, заключающееся в расстройствах сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения или других психофизиологических функций и реакций, статики, координации движений, вегетативных и других функций». При этом в рассматриваемом определении приведены диагностические критерии в части, касающейся расстройства статики и координации движений, что имеет важное диагностическое значение при вынесении заключения о наличии опьянения в отношении водителя, поскольку при возникновении аварийной ситуации водитель вынужден в течение десятых долей секунды принимать необходимое решение для предотвращения ДТП или снижения тяжести его последствий.

По результатам медицинского заключения (при наличии опьянения) водитель отстранялся от управления транспортным средством уполномоченным на то должностным лицом в соответствии с действующим законодательством. В связи с необходимостью регламентирования всех процессуальных норм выявления опьянения у водителя, его направления на медицинское освидетельствование и последующего рассмотрения административного правонарушения с принятием решения, положениями Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях (Кодекс) водители транспортных средств были выделены в отдельную категорию освидетельствуемых.

В соответствии с частью 6 статьи 27.12 Кодекса, медицинское освидетельствование водителя транспортного средства на состояние опьянения и оформление его результатов осуществляются в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. Во исполнение требования Закона, Правительство России своим постановлением от 26 декабря 2002 г. № 930 утвердило «Правила медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством, и оформления его ре-

зультатов» [88]. Поскольку редакцией рассматриваемых Правил предусматривалось, что медицинское освидетельствование на состояние опьянения водителей проводится в соответствии с нормативными правовыми актами Минздрава России, то Министерство своим приказом в 2003 г. установило требуемый порядок проведения медицинского освидетельствования и оформления его результатов [107].

Таким образом, в соответствии с требованиями Закона с 2003 г. в России водители транспортных средств были выделены в отдельную категорию освидетельствуемых. Тем не менее, методологические подходы при вынесении заключения о наличии алкогольного опьянения оставались прежними и базировались на выявлении клинической картины алкогольного опьянения, подтвержденной положительными результатами определения алкоголя в выдыхаемом воздухе и биологических объектах.

Положениями Указа от 1983 г. [155] за управление транспортным средством в состоянии опьянения предусматривалось наложение штрафа (200 руб.) или лишение права управления всеми видами транспортных средств на срок от 1 до 3 лет. В новом Российском законодательстве (с 2002 г.) за аналогичное правонарушение предусматривается административная ответственность статьей 12.8 Кодекса. Также запрет на управление транспортным средством в состоянии опьянения содержится в пункте 2.1 Главы IV «Основные требования по обеспечению безопасности дорожного движения» Закона от 10 декабря 1995 г. № 196-ФЗ «О безопасности дорожного движения» [161] и в пункте 2.7 Правил дорожного движения Российской Федерации [103].

С 2002 г. в первоначальной редакции частью 1 статьи 12.8 Кодекса за управление транспортным средством водителем в состоянии опьянения предусматривалось наложение штрафа (от 10 до 20 МРОТ) или лишение права управления транспортными средствами на срок одного года. При этом рассматриваемая длительность административных санкций в части лишения права управления (сроком на 1 год) в новом Российском законодательстве была менее продолжительной, чем в СССР (1-3 года). Указанное ослабление административной ответственности привело к негативной тенденции роста в России в 2002-2003 гг. числа водителей, выявленных в состоянии опьянения. В связи со сложившейся ситуацией, в 2004 г. Законом были внесены изменения в редакцию части 1 статьи 12.8 Кодекса, предусматривающие исключение штрафа и увеличение срока лишения права управления транспортными средствами от 1,5 до 2 лет вместо 1 года [163]. Рассматриваемое ужесточение административной ответственности привело к позитивной тенденции последующего снижения в 2005-2007 гг. числа водителей, выявленных в состоянии опьянения (табл. 3.2.1).

Таблица 3.2.1

**Абсолютные и относительные (в процентах) показатели числа водителей в состоянии опьянения в России, ЦФО, МО и Москве в 2004-2007 гг.
(см. текст в предыдущей редакции)**

Год	Россия		ЦФО		МО		г. Москва	
	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*
2004	745 425	–	173 585	–	35 147	–	25 062	–
2005	565 491	–24,1	125 690	–27,6	24 943	–29,0	18 094	–27,8
2006	495 360	–12,4	107 423	–14,5	21 827	–12,5	18 844	4,1
2007	436 154	–12,0	92 010	–14,3	18 507	–15,2	16 962	–10,0

Примечание к таблице 3.2.1: * – отрицательный прирост отображен со знаком «–».

Как следует из представленных данных, в 2007 г. по сравнению с 2004 г. число водителей, выявленных в состоянии опьянения, снизилось: в целом по России – на 41,5% (с 745,4 тыс. до 436,2 тыс. чел.), в Центральном федеральном округе на 47% (со 173,6 тыс. до 92 тыс. чел.), в Московской области – на 47,3% (с 35,1 тыс. до 18,5 тыс. чел.) и в Москве – на 32,3% (с 25 тыс. до 17 тыс. чел.). Среди рассматриваемых территориальных субъектов наименьшее снижение (на 32,3%) числа управлений транспортными средст-

вами в состоянии опьянения было зарегистрировано в Москве. При этом только в Москве в 2006 г. отмечался рост величины рассматриваемого показателя на 4,1% (с 18 тыс. до 18,8 тыс. чел.). Данное обстоятельство объясняется тем, что в 2005 г. в Москве был зарегистрирован рекордный рост показателей автодорожного травматизма, в том числе связанного с алкогольным опьянением водителей транспортных средств. Так, в 2005 г. по сравнению с 2004 г. число ДТП с получившими травмы и погибшими в Москве возросло на 52,8% (с 9,2 тыс. до 14 тыс. чел., табл. 2.2.1), а число получивших травмы в результате ДТП с участием водителей, находившихся в состоянии опьянения, повысилось на 13,6% (с 352 до 400 чел., табл. 2.2.5). В этих условиях, как представляется, в 2006 г. был ужесточен контроль со стороны дорожной полиции, в результате чего число водителей, направленных инспекторами дорожной полиции на освидетельствование, увеличилось на 32,3% по сравнению с предыдущим годом. Следовательно, достоверность статистических сведений о распространенности числа управлений транспортными средствами в состоянии опьянения напрямую зависит от частоты и качества мероприятий, осуществляемых дорожной полицией, по выявлению водителей в состоянии опьянения.

Вместе с тем, несмотря на отмеченную позитивную тенденцию снижения в 2005-2007 гг. числа водителей, выявленных в состоянии опьянения, в 2007 г. по сравнению с предыдущим годом в ЦФО и МО отмечался рост числа погибших в результате ДТП с участием водителей в состоянии опьянения, на 7,6% (с 542 до 585 чел.) и 2,9% (с 68 до 70 чел.) соответственно.

При оценке тенденций в области безопасности дорожного движения, связанных с управлением транспортным средством в состоянии опьянения, следует учитывать не только число водителей, выявленных в состоянии опьянения, но и число водителей, отказавшихся от освидетельствования (табл. 3.2.2 и рис. 3.2.1).

Таблица 3.2.2

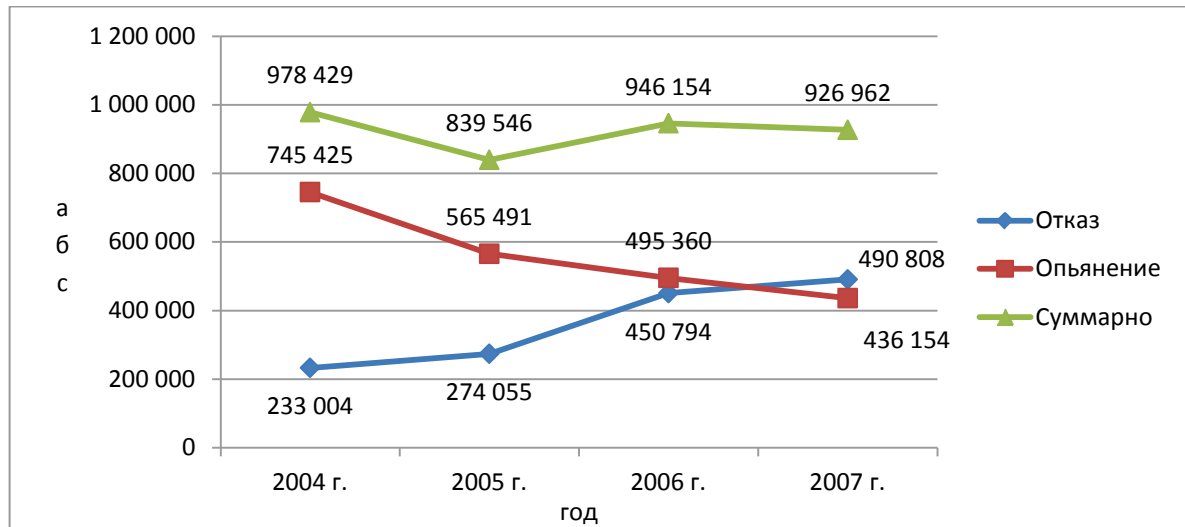
Абсолютные и относительные (в процентах) показатели суммарного числа водителей в состоянии опьянения и отказавшихся от освидетельствования, в России, ЦФО, МО и Москве в 2004-2007 гг.

Год	Россия		ЦФО		МО		Москва	
	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*
2004	978 429	–	223 947	–	44 955	–	32 459	–
2005	839 546	–14,2	181 010	–19,2	32 905	–26,8	28 776	–11,3
2006	946 154	12,7	196 686	8,7	36 729	11,6	32 756	13,8
2007	926 962	–2,0	191 440	–2,7	34 853	–5,1	33 625	2,7

Примечание к таблице 3.2.2: * – отрицательный прирост отображен со знаком «–».

Как следует из представленных данных, в 2007 г. по сравнению с 2004 г. в России суммарное число водителей, выявленных в состоянии опьянения, а также отказавшихся от освидетельствования, снизилось только на 5,3% (с 978,4 тыс. до 927 тыс. чел.), в ЦФО снижение составило 14,5% (с 223,9 тыс. до 191,4 тыс. чел.), в МО – 22,5% (с 45 тыс. до 34,9 тыс. чел.). При этом только в Москве величина рассматриваемого суммарного показателя, зарегистрированного в 2007 г. (33,6 тыс. чел.), превышала величину аналогичного показателя 2004 г. (32,5 тыс. чел.).

Динамика абсолютных показателей суммарного числа водителей, выявленных в состоянии опьянения и отказавшихся от освидетельствования, водителей в состоянии опьянения, водителей, отказавшихся от освидетельствования, в России в 2004-2007 гг.



В 2007 г. в Российской Федерации были зарегистрированы максимальные за период 2004-2013 гг. ежегодные показатели количеств ДТП и числа получивших в них травмы. Поскольку важной составляющей возникновения автодорожного травматизма является управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, то в 2007-2008 гг. были внесены существенные изменения в законодательные и нормативные акты Российской Федерации, регламентирующие как порядок определения состояния алкогольного опьянения, так и административную ответственность за управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения. В частности, в часть 6 статьи 27.12 Кодекса Закона были внесены изменения, предусматривающие возможность проведения (кроме медицинского освидетельствования) освидетельствования на состояние алкогольного опьянения водителей уполномоченными на то должностными лицами (в том числе инспекторами дорожной полиции) в порядке, установленном Правительством России [166].

Во исполнение указанного требования Закона Правительство России признало утратившим силу ранее действовавшее постановление [88] и утвердило новые «Правила 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» (Правила) [92].

Новые Правила, вступившие в силу с 01.07.2008, наделяли в том числе работников дорожной полиции правом проведения освидетельствования на состояние алкогольного опьянения водителей на месте остановки транспортного средства в присутствии двух понятых. В соответствии с новыми Правилами водитель подлежал направлению на медицинское освидетельствование в следующих случаях:

- при отказе от освидетельствования на состояние алкогольного опьянения у инспектора дорожной полиции;
- при несогласии с результатами проведенного инспектором дорожной полиции освидетельствования на состояние алкогольного опьянения;

- при отрицательном результате освидетельствования на состояние алкогольного опьянения у инспектора дорожной полиции и наличии у последнего достаточных оснований полагать, что водитель находится в состоянии опьянения, вызванного употреблением наркотических средств или психотропных веществ;
- при наличии у инспектора дорожной полиции достаточных оснований полагать, что водитель находится в состоянии опьянения, вызванного употреблением наркотических средств или психотропных веществ.

Таким образом, водитель, согласившийся с выявленным у него инспектором дорожной полиции алкогольным опьянением, уже не подлежал направлению на медицинское освидетельствование. Соответственно, при проведении анализа числа случаев управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, начиная с 2008 г., целесообразно руководствоваться статистическими данными ГИБДД МВД России, а не данными, полученными по результатам проведенных медицинских освидетельствований на состояние опьянения водителей транспортных средств.

Оценивая новые Правила, следует отметить, что большинство содержащихся в них требований (освидетельствование водителя инспектором на состояние алкогольного опьянения в присутствии двух понятых, необходимость проведения медицинского освидетельствования при несогласии водителя с выявленным у него алкогольным опьянением и т.д.) фактически повторяли требования ранее рассмотренной Инструкции, утвержденной в 1983 г. приказами МВД, Минздрава и Минюста СССР [51].

Проводя анализ динамики абсолютных и относительных показателей числа водителей, выявленных в состоянии опьянения в 2004–2007 гг. в России (*табл. 3.2.1*), следует отметить, что за рассматриваемый период произошло значительное замедление темпов ежегодного снижения числа водителей, выявленных в состоянии опьянения. Так, если в 2005 г. величина рассматриваемого показателя составляла 24,1%, то в 2007 г. – только 12%. Одной из причин, обусловивших сложившуюся ситуацию, являлось то, что категория водителей, выявленных в состоянии опьянения, не была дифференцирована по признаку как повторности, так и наличия (или отсутствия) права управления транспортным средством.

В итоге, в статью 12.8 Кодекса Законом были введены части 3 и 4, вступившие в силу с 1 января 2008 г. [166]. Редакцией части 3 статьи 12.8 Кодекса за управление транспортным средством водителем, находившимся в состоянии опьянения и не имеющим или лишенным права управления транспортными средствами, предусматривался арест (до 15 суток) или штраф (в размере 5 тыс. руб. для лиц, в отношении которых в соответствии с Кодексом не может применяться арест). Частью 4 рассматриваемой статьи предусматривалось лишение права управления транспортными средствами сроком на 3 года за повторное управление транспортным средством в состоянии опьянения.

Также в 2008 г. в России были изменены критерии определения состояния алкогольного опьянения для водителей транспортных средств – с 1 июля 2008 г. вступило в силу Примечание к статье 27.12 Кодекса, согласно которому заключение о наличии алкогольного опьянения стало выноситься при выявлении 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 [166]. Соответственно, наличие или отсутствие клинических признаков алкогольного опьянения уже не учитывалось. Таким образом, вместо клинического критерия алкогольного опьянения в России, как и в большинстве стран Европейского региона ВОЗ, был введен юридический критерий – величина предельно допустимой концентрации алкоголя (ПДКА) в крови или выдыхаемом воздухе водителей транспортных средств.

Согласно требованиям ранее указанных Правил [92], регламентирующих порядок проведения освидетельствования на состояние алкогольного опьянения водителей инспекторами дорожной полиции, наличие (или отсутствие) алкогольного опьянения определялось на основании показаний используемого технического средства измерения с

учетом его допустимой погрешности или в рамках медицинского освидетельствования на состояние опьянения, проводимого в соответствии с нормативными актами Минздравсоцразвития России. Во исполнение указанного требования Правил, необходимые изменения в части, касающейся указания величины ПДКА в организме водителя, были внесены приказом Минздравсоцразвития России [116] в редакцию «Инструкции по проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством», утвержденной приказом Минздрава России от 14 июля 2003 г. № 308 «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения» [107].

При этом следует отметить, что согласно рассматриваемым Правилам [92], освидетельствованию на состояние алкогольного опьянения и медицинскому освидетельствованию подлежали только те водители, в отношении которых имелись «достаточные основания полагать, что они находятся в состоянии опьянения». Одним из достаточных оснований полагать, что водитель находится в состоянии алкогольного опьянения, являлось наличие запаха алкоголя изо рта, что, в свою очередь, соответствовало научным данным о пороге ощущения запаха алкоголя в выдыхаемом воздухе, определяемом при концентрации этанола в крови не ниже 0,3 г/л [54, С. 706].

Введение с 1 июля 2008 г. Примечания к статье 27.12 Кодекса [166], т.е. снижение «разрешенной» при управлении транспортным средством концентрации алкоголя в организме водителя, автоматически привело к увеличению в последующем 2009 г. числа водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения (табл. 3.2.3).

Таблица 3.2.3

Абсолютные и относительные (в процентах) показатели водителей при наличии права управления ТС, выявленных в состоянии алкогольного опьянения, в России, ЦФО, МО и Москве в 2008-2009 гг.

Год	Россия		ЦФО		МО		Москва	
	абс.	прирост в % к пред. году	абс.	прирост в % к пред. году	абс.	прирост в % к пред. году	абс.	прирост в % к пред. году*
2008	340752	–	73357	–	14315	–	9889	–
2009	389556	14,3	81297	10,8	15951	11,4	9038	–8,6

Примечание к таблице 3.2.3: * – отрицательный прирост отображен со знаком «–».

Как следует из представленных данных, в 2009 г. по сравнению с предыдущим годом в России было зарегистрировано увеличение числа водителей, имевших право управления транспортными средствами и выявленных в состоянии алкогольного опьянения: в целом по России на 14,3%, в ЦФО – на 10,8% и в МО – на 11,4%. В Москве величина рассматриваемого показателя снизилась на 8,6%, что было обусловлено превышением в 2009 г. числа водителей, имевших право управления транспортными средствами и отказавшихся от освидетельствования, над числом водителей, имевших право управления транспортными средствами и выявленных в состоянии алкогольного опьянения (табл. 3.1.3).

Рост числа водителей, имевших право управления транспортными средствами и выявленных в состоянии алкогольного опьянения в 2009 г. в России, явился следствием того, что после введения одной из самых низких в Европе величин ПДКА, которая фактически означала запрет на употребление алкоголя, заинтересованными органами и ведомствами не были даны соответствующие разъяснения. При этом в средствах массовой информации это нововведение позиционировалось как возможность употреблять относительно небольшие дозы алкоголя перед управлением транспортным средством по аналогии с другими странами, в которых величина ПДКА значительно превышала принятую в России.

При этом следует отметить, что заинтересованными органами и ведомствами также не были даны разъяснения о том, следует ли учитывать величину погрешности используемого средства измерения концентрации паров этанола в выдыхаемом воздухе. В итоге сложилась ситуация, при которой в рамках медицинского освидетельствования на состояние опьянения при вынесении заключения о наличии алкогольного опьянения в отношении водителя транспортного средства в одних регионах России к величине ПДКА прибавляли величину погрешности используемого прибора, в других – отнимали, а в третьих ориентировались только на величину ПДКА, указанную в Законе.

Учитывая изложенное выше, а также принимая во внимание рекомендации ООН и ее структурных подразделений о целесообразности последующего снижения на страновом уровне ранее принятых величин ПДКА для водителей, в 2010 г. в России был принят так называемый «нулевой порог» содержания алкоголя в организме водителей – Примечание к статье 27.12 Кодекса было признано утратившим силу [167], что позволило Минздравсоцразвитию России приказом от 25 августа 2010 г. N 724н [119] внести изменения в редакцию пункта 16 «Инструкции по проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством», утвержденной приказом Минздрава России от 14 июля 2003 г. № 308 «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения» [107].

В итоге, с 31 октября 2010 г. единственным основанием для вынесения заключения о наличии алкогольного опьянения являлись «положительные результаты определения алкоголя в выдыхаемом воздухе», полученные с интервалом в 20 минут «при помощи одного из технических средств измерения, или при применении не менее двух разных технических средств индикации». Поскольку при вынесении заключения концентрация выявленного в выдыхаемом воздухе алкоголя не учитывались, то в средствах массовой информации рассматриваемое изменение подхода к определению состояния алкогольного опьянения водителей получило название «нулевой порог» или «закон о нулевом промилле».

В соответствии с пунктом 8 рассматриваемой «Инструкции по проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством», для выявления алкоголя в выдыхаемом воздухе используются «технические средства, поверенные в установленном Федеральным агентством по техническому регулированию и метрологии порядке, тип которых внесен в государственный реестр утвержденных типов средств измерений, и поверка которых в процессе эксплуатации осуществляется в установленном порядке». Рассматриваемые средства измерения имеют пределы допускаемых основной и дополнительной погрешностей. Величина основной погрешности зависит от технических характеристик прибора, величина дополнительной погрешности – от условий его эксплуатации (диапазонов температуры окружающей среды, относительной влажности окружающего воздуха и атмосферного давления). Редакцией приказа Минздрава России от 14 июля 2003 г. № 308 не предусмотрено требование об оснащении помещений медицинского освидетельствования приборами для измерения перечисленных выше характеристик окружающей среды. С учетом этого факта «положительные результаты определения алкоголя в выдыхаемом воздухе» определялись только с учетом основной погрешности приборов, величина которой приводится в описании типа средств измерения.

После принятия «закона о нулевом промилле» постановлением Правительством России от 10 февраля 2011 г. N 64 [97] были внесены соответствующие изменения в «Правила освидетельствования лица, которое управляет транспортным средством» [92]. Согласно новой редакции указанных Правил, наличие или отсутствие состояния алкогольного опьянения определялось на основании показаний используемого технического средства с учетом его допустимой погрешности измерения.

Введение «закона о нулевом промилле» вызвало оживленную дискуссию как среди специалистов, так и в средствах массовой информации.

Противники введения «закона о нулевом промилле» в основном аргументировали свою точку зрения якобы имеющимся значительным уровнем содержания эндогенного этанола в крови, который будет оказывать влияние на результаты определения этанола в выдыхаемом воздухе, а также приемом терапевтических доз спиртосодержащих лекарственных средств и некоторых пищевых продуктов, после которых показания приборов будут завышены за счет адсорбированного на слизистой оболочке ротовой полости этанола.

В результате биохимических процессов в крови любого человека присутствуют следы этанола – так называемый «эндогенный этанол». Его источником является ацетальдегид, который образуется в результате декарбоксилирования пировиноградной кислоты (пирувата) при участии пируватдегидрогеназного комплекса [54, С. 683]. Данные, полученные при помощи используемых в настоящее время подтверждающих методов химико-токсикологических исследований (газовой хроматографии (ГХ) и ГХ-масс-спектрометрии), свидетельствуют о том, что максимальное значение концентрации эндогенного этанола в крови человека находится в диапазоне от 0,0013 г/л [181] до 0,0043 г/л [128]. В указанный диапазон также входят данные зарубежных исследователей [216]. Учитывая соотношение концентраций этанола в крови и выдыхаемом воздухе, соответствующие максимальные значения концентрации этанола в выдыхаемом воздухе будут находиться в пределах от 0,00065 мг/л до 0,00215 мг/л. В указанный диапазон входят колебания уровня эндогенного этанола, характерные для больных с различными метаболическими расстройствами (диабет, гепатит, цирроз). Результаты, на 1-2 порядка превышающие этот диапазон, являются артефактами вследствие недостаточной специфичности применяемых методов измерения [10; 67; 127].

В связи с тем, что в России при проведении освидетельствования на состояние алкогольного опьянения и медицинского освидетельствования используются приборы с величиной основной погрешности 0,02-0,05 мг/л, а максимальное значение концентрации эндогенного этанола в выдыхаемом воздухе на порядок меньше указанной величины, то эндогенный этанол не определяется при исследованиях выдыхаемого воздуха, и соответственно, не оказывает никакого влияния на полученные результаты. Этот факт был учтен в решении Верховного суда Российской Федерации [138].

Что касается алкоголя, адсорбированного на слизистой оболочке ротовой полости (mouth alcohol) в результате употребления слабоалкогольных пищевых продуктов или спиртосодержащих лекарственных препаратов, то в подобных случаях снижение концентрации алкоголя в выдыхаемом воздухе протекает экспоненциально, т.е. основная его часть «исчезает» уже через 2-3 минуты. В целом в научной 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 [5; 209; 211; 221; 250]. Учитывая изложенное, в странах мирового сообщества (США, Канаде, Австралии, ЕС) при проведении освидетельствования на состояние алкогольного опьянения проводятся двойные тесты на алкоголь (duplicate breath testing) с целью избежать возможного влияния адсорбированного на слизистой оболочке ротовой полости алкоголя из некоторых спиртосодержащих лекарственных препаратов и пищевых продуктов. Аналогичный подход осуществляется и в России при проведении медицинского освидетельствования на состояние опьянения.

С момента введения величины ПДКА в выдыхаемом воздухе (крови) водителей и последующего принятия «закона о нулевом промилле» учитывалась только величина основной погрешности используемого для измерения концентрации паров этанола в выдыхаемом воздухе технического средства. В итоге сложилась ситуация, когда вопрос о наличии (или отсутствии) состояния алкогольного опьянения зависел только от величины указанной погрешности. Например, в Москве, при определении концентрации алкоголя в выдыхаемом воздухе, и инспектора дорожной полиции, и медицинские работники первоначально использовали приборы с величиной основной погрешности, равной 0,05

мг/л. В последующем, инспекторами стали использоваться приборы с величиной основной погрешности 0,02 мг/л. В итоге сложилась парадоксальная ситуация, при которой выявленное инспектором дорожной полиции состояние алкогольного опьянения в пределах 0,03-0,04 мг/л заведомо не могло быть подтверждено результатами медицинского освидетельствования при несогласии водителя с результатами освидетельствования у работника дорожной полиции.

Учитывая, что на территории России используются приборы нескольких фирм-производителей с различными величинами основной погрешности, а также принимая во внимание тот факт, что проведение всех освидетельствований на состояние алкогольного опьянения и медицинских освидетельствований не могло быть обеспечено измерительными средствами для учета дополнительной погрешности используемых приборов (в зависимости от условий окружающей среды), Законом было введено Примечание к статье 12.8 Кодекса с указанием величины «возможной суммарной погрешности измерений, а именно 0,16 миллиграмма на один литр выдыхаемого воздуха» [170].

Таким образом, в настоящее время в России на законодательном уровне принят так называемый «нулевой порог» содержания алкоголя только в выдыхаемом воздухе водителей с унифицированной для всех используемых приборов суммарной величиной погрешности измерений.

В соответствии с требованиями Закона, Верховный суд Российской Федерации своим решением от 28 ноября 2013 г. № АКПИ13-1077 признал «первое предложение п. 16 Инструкции по проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством, и заполнению учетной формы № 307/у-05 «Акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством», утвержденной приказом Минздрава России от 14 июля 2003 г. № 308, в части вынесения заключения о состоянии опьянения в результате употребления алкоголя без учета допускаемого уровня наличия абсолютного этилового спирта в концентрации, не превышающей возможную суммарную погрешность измерений, а именно 0,16 миллиграмма на один литр выдыхаемого воздуха, недействующим со дня вступления решения суда в законную силу» [140]. Тем самым Верховный суд Российской Федерации обязал Минздрав России внести необходимые изменения в текст пункта 16 рассматриваемой Инструкции. Указанные изменения в редакцию этого пункта Инструкции были внесены приказом Минздрава России от 5 марта 2014 г. № 98н [108].

В отношении концентрации алкоголя в крови водителей транспортных средств следует особо отметить следующее. Величина ПДКА (0,3 и более грамма на один литр абсолютного этилового спирта в крови) была предусмотрена на законодательном уровне только в 2008-2010 гг. Примечанием к статье 27.12 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях [166]. С момента отмены рассматриваемого Примечания фактически единственным документом, регламентирующим порядок вынесения заключения о наличии алкогольного опьянения в отношении водителей транспортных средств при медицинском освидетельствовании, оставалась «Инструкция по проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством».

Соответственно, с момента отмены рассматриваемого Примечания и до момента введения с 31.10.2010 Минздравом России порядка, предусматривающего вынесение заключения о наличии алкогольного опьянения при «положительных результатах определения алкоголя в выдыхаемом воздухе», заключение о наличии алкогольного опьянения выносилось с учетом как клинических признаков опьянения, так и величины ПДКА в крови, равной 0,5 г/л, что было предусмотрено требованиями Инструкции. Изложенное объясняется тем, что за период действия рассматриваемого Примечания к статье 27.12 Кодекса какие-либо изменения в части величин ПДКА в Инструкцию внесены не были.

Таким образом, в настоящее время в России на законодательном уровне принят так называемый «нулевой порог» содержания алкоголя только в выдыхаемом воздухе води-

телей транспортных средств с унифицированной для всех используемых приборов суммарной величиной погрешности измерений.

При этом существенным недостатком действующего законодательства является отсутствие величины погрешности используемых методик измерения концентрации этанола в крови водителей транспортных средств, которым оказывается медицинская помощь в медицинских организациях после ДТП. Отсутствие рассматриваемой величины в Законе весьма затрудняло правоприменительную практику вынесения судебных решений в отношении водителей, пострадавших в ДТП при наличии относительно небольших доз алкоголя в крови. Так, указанная в законе величина суммарной погрешности средств измерения алкоголя в выдыхаемом воздухе «пересчитывалась» на концентрацию алкоголя в крови, что не является корректным, поскольку при определении этанола в крови используются совершенно другие приборы, имеющие иную погрешность.

В последующем легитимность использования указанной в «Инструкции по проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством» величины 0,5 и более грамм абсолютного этилового спирта на один литр крови для водителей, пострадавших в ДТП, была подтверждена решением Верховного суда Российской Федерации от 14 марта 2013 г. № АКПИ12-1743[139], поскольку «иных нормативных правовых актов по данному вопросу, имеющих большую юридическую силу, не имеется».

Оценивая динамику числа водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения, с учетом принятия в 2008 г. величины ПДКА и в 2010 г. так называемого «нулевого порога», следует отметить, что только введение фактически полного запрета на наличие экзогенного алкоголя в организме водителя транспортного средства привело в последующем 2011 г. к кратковременному (только в течение одного года) снижению числа водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения в целом по России (табл. 3.2.4).

Таблица 3.2.4

Абсолютные и относительные (в процентах) показатели водителей при наличии права управления ТС, выявленных в состоянии алкогольного опьянения, в России, ЦФО, МО и Москве в 2008-2012 гг.

Год	Россия		ЦФО		МО		Москва	
	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*
2008	340752	–	73357	–	14315	–	9889	–
2009	389556	14,3	81297	10,8	15951	11,4	9038	–8,6
2010	352058	–9,6	72714	–10,6	14479	–9,2	6917	–23,5
2011	347756	–1,2	69669	–4,2	12693	–12,3	7766	12,3
2012	364085	4,7	74400	6,8	18416	45,1	7140	–8,1

Примечание к таблице 3.2.4: * – отрицательный прирост отображен со знаком «–».

Как следует из представленных данных, в 2011 г. по сравнению с предыдущим годом число водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения при наличии права управления транспортными средствами, снизилось: в России на 1,2%, в ЦФО – на 4,2% и в МО – на 12,3%. В Москве был зарегистрирован рост величины рассматриваемого показателя на 12,3%, что было обусловлено главным образом перераспределением водителей между группой выявленных в состоянии опьянения и группой отказавшихся от освидетельствования. Так, в 2011 г. в Москве впервые за период 2008-2012 гг. было зафиксировано превышение числа водителей, имевших право управления транспортными средствами и выявленных в состоянии алкогольного опьянения, над числом водителей, имевших право управления и отказавшихся от освидетельствования (табл. 3.1.3).

Вместе с тем, в 2012 г. в целом по России не произошло дальнейшего снижения числа водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения. Наоборот, был зарегистрирован рост значения данного показателя: в целом по России – на 4,7%, в ЦФО – на 6,8% и в МО – на 45,1%. В Москве произошло снижение величины рассматриваемого показателя на 8,1%, что объясняется превышением в 2012 г. числа водителей, имевших право управления и отказавшихся от освидетельствования, над числом водителей, имевших право управления и выявленных в состоянии алкогольного опьянения (табл. 3.1.3).

Также в 2012 г. по сравнению с предыдущим годом был зарегистрирован рост суммарного числа водителей (при наличии права управления транспортными средствами), как выявленных в состоянии опьянения, так и отказавшихся от освидетельствования. Значение данного показателя возросло в целом по России на 5,4% (с 551,8 тыс. до 581,7 тыс. чел.), в ЦФО – на 9,1% (с 113,3 тыс. до 123,6 тыс. чел.), в МО – на 46,6% (с 23,9 тыс. до 35,1 тыс. чел.) и в Москве – на 3,0% (с 16 тыс. до 16,5 тыс. чел.). Отмеченный рост рассматриваемого показателя был обусловлен увеличением как числа водителей, имевших право управления транспортными средствами и выявленных в состоянии алкогольного опьянения, так и числа водителей, имевших право управления и отказавшихся от освидетельствования. При этом следует отметить, что увеличение числа водителей, выявленных в состоянии опьянения, сопровождалось ростом количеств ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, и, соответственно, ростом показателей автодорожного травматизма.

С учетом отмеченных негативных тенденций, на состоявшемся в октябре 2012 г. совещании, посвященном проблеме безопасности дорожного движения, Председателем Правительства Российской Федерации были даны поручения федеральным органам исполнительной власти по подготовке предложений для последующего их принятия на законодательном уровне с целью снижения существующих показателей автодорожного травматизма, вызванного употреблением алкоголя водителями транспортных средств [130]. В итоге, в 2013 г. Законом от 23 июля 2013 г. № 196-ФЗ были внесены изменения в статью 12.8 Кодекса, предусматривающие за управление транспортным средством в состоянии опьянения водителем, имеющим право управления, кроме лишения указанного права на срок от 1,5 до 2 лет дополнительное наложение штрафа в размере 30 тыс. рублей [170].

Рассматриваемое ужесточение административного законодательства позволило не только остановить наметившийся в 2012 г. рост числа водителей, выявленных в состоянии опьянения, но и снизить их число в последующем году. Так, зарегистрированное в 2013 г. число водителей, имевших право управления и выявленных в состоянии опьянения, по сравнению с предыдущим годом снизилось: в целом по России – на 12,3% (с 371,7 тыс. до 326 тыс. чел.), в ЦФО – на 17,6% (с 76,5 тыс. до 63 тыс. чел.), в МО – на 40,8% (с 19,2 тыс. до 11,3 тыс. чел.) и в Москве были зарегистрированы минимальные среди рассматриваемых территориальных субъектов темпы снижения данного показателя – на 5,1% (с 7 979 до 7 574 чел.). При этом в 2013 г. по сравнению с предыдущим годом среди рассматриваемых субъектов только в Москве не произошло снижения величины суммарного показателя ежегодного числа водителей (имевших право управления), как выявленных в состоянии опьянения, так и отказавшихся от освидетельствования (табл. 3.2.5).

Как следует из представленных данных, значение рассматриваемого показателя в 2013 г. по сравнению с предыдущим годом среди рассматриваемых территориальных субъектов возросло только в Москве (на 8,8%).

Абсолютные и относительные (в процентах) показатели суммарного числа водителей при наличии права управления ТС, выявленных в состоянии опьянения и отказавшихся от освидетельствования, в России, ЦФО, МО и Москве в 2012-2013 гг.

Год	Россия		ЦФО		МО		Москва	
	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*
2012	581719	5,4	123596	9,1	35 091	46,6	16 525	3,0
2013	522914	-10,1	107968	-12,6	22 250	-36,6	17 984	8,8

Примечание к таблице 3.2.5: * – отрицательный прирост отображен со знаком «-».

В октябре 2011 г. в МВД России было проведено заседание Коллегии «О ходе подготовки Федеральной целевой программы по безопасности дорожного движения на период 2013-2020 годов» [129], на котором проводилось сравнение сложившейся дорожно-транспортной ситуации в странах ЕС с показателями в России. В протоколе заседания отмечено, что существующие показатели автодорожного травматизма в странах ЕС обусловлены тем фактом, что национальные программы по обеспечению безопасности дорожного движения в этих странах начали реализовываться несколько десятилетий назад. Так, например, Франция шла к существующему уровню аварийности 30 лет. Россия же, по сути, находится еще в начале пути, что позволяет эффективно применять уже опробованные в странах ЕС методы, направленные на снижение показателей автодорожного травматизма, в том числе вызванного управлением транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения.

Зарегистрированный в 2013 г. в России рост показателей автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии опьянения, после введения в 2010 г. так называемого «закона о нулевом промилле» свидетельствует о целесообразности применения одной из основных рекомендаций экспертов ВОЗ, предложенной в 2013 г. [32] и заключающейся в тестировании на содержание алкоголя в выдыхаемом воздухе работниками дорожной полиции всех водителей, а не только тех водителей, в отношении которых «имеются достаточные основания полагать», что они находятся в состоянии алкогольного опьянения.

Таким образом, проведенный анализ нормативного регулирования санкций, предусмотренных Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях за управление транспортным средством в состоянии опьянения, а также подзаконных актов, определяющих порядок проведения освидетельствования на состояние опьянения водителей, и динамики числа вынесенных судебных решений в отношении водителей рассматриваемой категории в целом по России, в ЦФО, МО и Москве в 2004-2013 гг. позволяет резюмировать следующее:

- Применение только мер усиления административной ответственности (включая принятие величины ПДКА и последующего введения так называемого «нулевого порога») обладает краткосрочной эффективностью;
- В настоящее время на законодательном уровне отсутствует величина суммарной погрешности при определении концентрации этанола в крови водителей, которым оказывается медицинская помощь после ДТП, что в определенной мере затрудняет правоприменительную практику вынесения объективных судебных решений за управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения;
- Редакция Инструкции по медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения водителей не содержит требования о проведении одновременного определения в биологических объектах водителей, пострадавших в результате ДТП и кото-

рым оказывается медицинская помощь, как этанола, так и наркотических средств и психотропных веществ;

- В настоящее время Законом предоставлено право инспекторам дорожной полиции проводить освидетельствование водителей на состояние алкогольного опьянения путем однократного исследования выдыхаемого воздуха на содержание этанола. Вместе с тем, для юридически значимого подтверждения состояния алкогольного опьянения необходимо проведение двух исследований выдыхаемого воздуха через определенный интервал времени, что обусловлено возможной адсорбцией этанола из спиртосодержащих продуктов и лекарственных препаратов на слизистой оболочке ротовой полости. Таким образом, в ряде случаев за время, необходимое для доставления водителя в медицинское учреждение, у последнего происходит естественное выведение этанола из организма, что, в свою очередь, позволяет водителям, управлявшим транспортным средством в состоянии легкой степени алкогольного опьянения, «уйти» от ответственности в виду невозможности подтверждения состояния алкогольного опьянения в рамках медицинского освидетельствования;
- Целесообразно предоставление работникам дорожной полиции полномочий по тестированию на содержание этанола в выдыхаемом воздухе всех водителей, а не только подозреваемых в приеме алкоголя. Принятие указанной меры позволит осуществлять тестирование всех водителей в тех местах и в то время, когда управление транспортным средством в состоянии опьянения наиболее вероятно.

3.3 Динамика показателей: числа передач управления транспортным средством лицу в состоянии опьянения, числа повторных управлений в состоянии опьянения и числа управлений в состоянии опьянения без права управления

Требованиями последнего в СССР Указа Верховного Совета СССР от 15 марта 1983 г. «Об административной ответственности за нарушение правил дорожного движения» [155] за передачу управления транспортным средством лицу в состоянии опьянения предусматривалась административная ответственность в виде штрафа (200 руб.) или лишения права управления всеми видами транспортных средств на срок от 1 до 3-х лет.

В Российском законодательстве с 2002 г. за совершение аналогичного правонарушения предусматривается административная ответственность частью 2 статьи 12.8 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях (Кодекс). В первоначальной редакции (с 2002 г.) частью 2 статьи 12.8 Кодекса за передачу управления транспортным средством лицу в состоянии опьянения предусматривался штраф (от 10 до 20 МРОТ) или лишение права управления всеми видами транспортных средств сроком на 1 год. Рассматриваемое ослабление административной ответственности привело к следующему росту в 2002-2003 гг. числа водителей, передавших управление транспортным средством лицу в состоянии опьянения. В связи с изложенным, Законом [163] были внесены изменения в редакцию части 2 статьи 12.8 Кодекса, предусматривающие исключение штрафа как меры административного наказания и увеличение срока лишения права управления транспортными средствами с 1 года до 1,5-2 лет. Рассматриваемые изменения в целом привели к снижению в 2005-2007 гг. в России числа водителей, передавших управление транспортным средством лицу в состоянии опьянения (*табл. 3.3.1*).

Как следует из представленных данных, в 2007 г. по сравнению с 2004 г. число водителей, передавших управление транспортным средством лицу в состоянии опьянения, снизилось: в целом по России на 44,6% (с 21,9 тыс. до 12,1 тыс.), в ЦФО – на 51,3% (с 4,5 тыс. до 2,2 тыс.), в МО – на 45,6% (с 1,3 тыс. до 0,7 тыс. чел.). При этом среди сравниваемых территориальных субъектов только в Москве число водителей рассматриваемой категории в 2007 г. превышало аналогичный показатель 2004 г. на 22,8% (320 и 393 чел. соответственно). Несмотря на отмеченную в целом позитивную динамику снижения числа водителей этой группы, в 2007 г. в России темпы ежегодного снижения их числа

значительно сократились и составляли только 6% (с 12,9 тыс. в 2006 г. и 12,1 тыс. чел. в 2007 г.), в то время как в 2005-2006 гг. ежегодное снижение числа водителей рассматриваемой категории по сравнению с предыдущим годом составляло 22% (с 21,9 тыс. до 17 тыс.) и 24,4% (с 17 тыс. до 12,9 тыс. чел.) соответственно.

Таблица 3.3.1

Абсолютные показатели водителей, передавших управление ТС лицу в состоянии опьянения (А - всего, В - первично, С - повторно), в России, ЦФО, МО и Москве в 2004-2012 гг.

Год	Россия (абс.)			ЦФО (абс.)		
	А	В	С	А	В	С
2004	21 887	-	-	4 457	-	-
2005	17 076	-	-	3 545	-	-
2006	12 909	-	-	2 360	-	-
2007	12 130	-	-	2 169	-	-
2008	13 176	12 453	723	2 162	2 016	146
2009	11 857	10 632	1 225	2 438	2 196	242
2010	10 011	8 737	1 274	1 902	1 659	243
2011	9 128	7 520	1 608	1 812	1 557	255
2012	9 405	7 186	2 219	1 763	1 491	272
2004	1 256	-	-	320	-	-
2005	1 035	-	-	432	-	-
2006	613	-	-	442	-	-
2007	683	-	-	393	-	-
2008	517	499	18	370	347	23
2009	594	585	9	260	241	19
2010	486	475	11	152	144	8
2011	487	461	26	151	134	17
2012	551	551	0	150	132	18

Одной из причин замедления темпов снижения числа водителей, передавших управление транспортным средством лицу в состоянии опьянения, могло являться отсутствие на законодательном уровне дифференциации рассматриваемой категории водителей по принципу повторности совершения рассматриваемого правонарушения. С учетом изложенного, в статью 12.8 Кодекса Законом [166] была введена часть 4, вступившая в силу с 1 января 2008 г., предусматривающая ответственность в виде лишения права управления транспортными средствами на срок 3 года за повторную передачу управления транспортным средством лицу в состоянии опьянения, или повторное управление транспортным средством в состоянии опьянения. Тем не менее, введение указанной дифференциации в 2008 г. в России не принесло значимых позитивных результатов – число водителей, передавших управление транспортным средством лицу в состоянии опьянения, по сравнению с предыдущим 2007 г. не снизилось, а возросло на 8,6% (с 12,1 тыс. до 13,2 тыс. чел.), что свидетельствует о том, что эта мера административной ответственности не являлась эффективной.

Сделанный вывод подтверждает и последующая динамика в 2008-2012 гг. числа водителей, передавших управление транспортным средством лицу в состоянии опьянения (табл. 3.3.1). Несмотря на наличие в целом по России в 2008-2012 гг. позитивной динамики снижения общего числа водителей, передавших управление транспортным

средством лицу в состоянии опьянения, и, в частности, числа водителей, совершивших данное правонарушение впервые, тем не менее, число водителей, вторично передавших управление транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения, неуклонно росло.

Кроме того, в 2012 г. по сравнению с 2008 г. темпы снижения числа водителей, первично передавших управление транспортным средством лицу в состоянии опьянения, составили: в целом по России 42,3% (с 12,5 тыс. до 7,2 тыс.), в ЦФО – 26% (с 2 тыс. до 1,5 тыс.) и в Москве – 62% (с 347 до 132 чел.). В МО величина рассматриваемого показателя возросла на 10,4%, что объясняется зафиксированным в 2012 г. (по сравнению с предыдущим годом) ростом масштабов управления транспортными средствами в состоянии опьянения – максимальным по сравнению с другими рассматриваемыми территориальными субъектами увеличением на 45,1% (с 12,7 тыс. до 18,4 тыс. чел.) числа водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения, и минимальным снижением на 12,2% (с 849 до 745 чел.) числа водителей, выявленных в состоянии опьянения, вызванного употреблением наркотических средств и психотропных веществ (табл. 3.1.4 и табл. 3.2.4) (см. текст в предыдущей редакции).

При этом в период 2008-2012 гг. в целом по России и в ЦФО регистрировалось значительное увеличение числа водителей, повторно передавших управление транспортным средством лицу в состоянии опьянения. Так, в 2012 г. по сравнению с 2008 г. число повторных передач управления транспортным средством лицу в состоянии опьянения, возросло: в целом по России в 2,1 раза (с 723 до 1,5 тыс.), в ЦФО в 1,9 раза (с 146 до 272 чел.). В МО и Москве рассматриваемый показатель был крайне нестабильным и варьировал в пределах до 26 чел. и 8-23 чел. соответственно.

В течение рассматриваемого периода 2008-2012 гг. также отмечалась негативная тенденция роста числа водителей, повторно управлявших транспортными средствами в состоянии опьянения (табл. 3.3.2).

Таблица 3.3.2

Абсолютные и относительные (в процентах) показатели водителей, повторно управлявших ТС в состоянии опьянения, в России, ЦФО, МО и Москве в 2008-2012 гг.

Год	Россия		ЦФО		МО		г. Москва	
	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*
2008	6181	–	706	–	47	–	52	–
2009	4833	–21,8	763	8,1	71	51,1	39	–25
2010	5759	19,2	860	12,7	69	–2,8	15	–61,5
2011	6486	12,6	1 092	27	88	27,5	44	193,3
2012	7007	8	1 306	19,6	184	109,1	20	–54,5

Примечание к таблице 3.3.2: * – отрицательный прирост отображен со знаком «–».

Как следует из представленных данных, зарегистрированное в 2012 г. число водителей, повторно управлявших транспортными средствами в состоянии опьянения, возросло: в целом по России на 13,4% (с 6,2 тыс. до 7 тыс.), в ЦФО – в 1,8 раза (с 0,7 тыс. до 1,3 тыс.) и в МО – в 3,9 раза (с 47 до 184 чел.). И только в Москве рассматриваемый показатель снизился на 61,5% (с 52 до 20 чел.).

Отмеченные негативные тенденции роста числа повторных управлений транспортными средствами в состоянии опьянения и числа повторных передач управления транспортным средством лицу в состоянии опьянения, а также замедление в 2012 г. темпов снижения ежегодного числа водителей, первично передавших управление транспортным средством лицу в состоянии опьянения, являлись следствием не только недостаточно эффективного административного законодательства, но и свидетельствовали прежде всего о необходимости применения к водителям рассматриваемых категорий мер меди-

цинского характера по выявлению наличия (или отсутствия) психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя (F10, МКБ-10), которые, в свою очередь, являются противопоказанием для управления транспортными средствами. Тем не менее, Законом [170] было введено только ужесточение административных санкций (в части 2 и 4 статьи 12.8 Кодекса), предусматривающих в отношении водителей:

- дополнительный штраф в размере 30 тыс. руб. за передачу управления транспортным средством лицу в состоянии опьянения;
- дополнительный штраф в размере 50 тыс. руб. за повторное управление транспортным средством в состоянии опьянения или повторную передачу управления транспортным средством лицу в состоянии опьянения.

В результате рассматриваемого ужесточения административного законодательства в 2013 г. по сравнению с предыдущим годом было зафиксировано увеличение темпов снижения числа водителей, впервые передавших управление транспортным средством лицу в состоянии опьянения, во всех рассматриваемых субъектах. Так, темпы снижения в 2013 г. по сравнению с предыдущим годом составили: в целом по России 23,4% (с 7,2 тыс. до 5,5 тыс.) вместо 4,4% в 2012 г.; в ЦФО – 31,0% (с 1,5 тыс. до 1 тыс.) вместо 4,2% в 2012 г.; в МО – 50,3% (с 551 до 274) вместо роста на 19,5% в 2012 г. и в Москве – 22,7% (со 132 до 102 чел.) вместо 1,5% в 2012 г.

Вместе с тем, рассматриваемое усиление административной ответственности в отношении водителей, повторно управлявших транспортными средствами в состоянии опьянения и повторно передавших управление транспортным средством лицу в состоянии опьянения, не привело в 2013 г. к снижению числа водителей рассматриваемой категории. Так, число водителей, повторно управлявших транспортными средствами в состоянии опьянения и повторно передавших управление транспортным средством лицу в состоянии опьянения, возросло в 2013 г. по сравнению с 2012 г.: в целом по России на 19,8% (с 9,2 тыс. до 11 тыс.), в ЦФО – на 5,3% (с 1,6 тыс. до 1,7 тыс.) и в Москве был зарегистрирован максимальный среди рассматриваемых территориальных субъектов рост – на 42,1% (с 38 до 54 чел.). При этом только в МО произошло снижение рассматриваемого показателя на 5,4% (со 184 до 174 чел.).

С 1 января 2008 г. вступила в силу часть 3 статьи 12.8 Кодекса [166], предусматривающая арест (до 15 суток) или наложение штрафа (в размере 5 тыс. руб. на лиц, в отношении которых в соответствии с нормами Кодекса не может применяться арест) за управление транспортным средством водителем в состоянии опьянения, не имеющим или лишенным права управления. Несмотря на указанное ужесточение ответственности, в период 2008-2012 гг. в целом наблюдался рост числа водителей, выявленных в состоянии опьянения и не имеющих или лишенных права управления транспортными средствами (*табл. 3.3.3*).

Как следует из представленных данных, в 2012 г. по сравнению с 2008 г. общее число водителей, выявленных в состоянии опьянения без права или ранее лишенных этого права, увеличилось: в целом по России на 45,3% (с 96,3 тыс. до 139,9 тыс.), в ЦФО – на 23,6% (с 16,9 тыс. до 20,9 тыс.) и в МО – на 35,2% (с 2,2 тыс. до 2,8 тыс. чел.). И только в Москве в 2012 г. по сравнению с 2008 г. произошло незначительное снижение рассматриваемого показателя на 6,6% (с 1 102 до 1 029 чел.).

Указанная негативная тенденция роста в России, ЦФО и МО числа водителей этой группы была обусловлена прежде всего увеличением числа водителей, выявленных в состоянии опьянения и не имевших права управления. Так, в 2012 г. по сравнению с 2008 г. число водителей, выявленных в состоянии опьянения и не имевших права управления, увеличилось: в целом по России на 56,8% (с 56,3 тыс. до 88 тыс.), в ЦФО – на 52,5% (с 9,3 тыс. до 14 тыс.) и в МО – на 42,1% (с 1,4 тыс. до 1,9 тыс. чел.). При этом в течение рассматриваемого периода 2008-2012 гг. тенденции в отношении водителей, выявленных в состоянии опьянения и ранее лишенных права управления, в рассматриваемых субъектах были неоднозначными. Так, в целом по России и в МО число водителей рассматри-

ваемой категории возросло на 29% (с 40 тыс. до 51,6 тыс.) и 13,1% (с 794 до 898 чел.), а в ЦФО и Москве сократилось на 11,3% (с 7,7 тыс. до 6,8 тыс.) и 8,4% (с 547 до 501 чел.) соответственно.

Таблица 3.3.3

Абсолютные показатели водителей, выявленных в состоянии опьянения и не имеющих (Б/П) или лишенных (Л/П) права управления ТС, в России, ЦФО, МО и Москве в 2008-2013 гг.

Год	Россия			ЦФО		
	Всего (абс.)	Л/П (абс.)	Б/П (абс.)	Всего (абс.)	Л/П (абс.)	Б/П (абс.)
2008	96288	40023	56265	16941	7672	9269
2009	134020	48042	85978	22965	7503	15462
2010	126211	42964	83247	20744	6712	14032
2011	123919	44181	79738	20049	6659	13390
2012	139872	51643	88229	20946	6808	14138
2013	140587	44382	96205	21233	5308	15925
2008	2166	794	1372	1102	547	555
2009	2613	1195	1418	1124	514	610
2010	2172	898	1274	917	341	576
2011	2106	1033	1073	1039	391	648
2012	2847	898	1949	1029	501	528
2013	1886	600	1286	1141	383	758

Рассмотренные негативные тенденции роста в 2008-2012 гг. числа водителей, выявленных в состоянии опьянения и не имевших или ранее лишенных права управления транспортными средствами, свидетельствовали о необходимости ужесточения в России административной ответственности за рассматриваемое правонарушение в области безопасности дорожного движения. В итоге, Законом [170] были внесены изменения в часть 3 статьи 12.8 Кодекса, предусматривающие увеличение минимального срока ареста до десяти суток и увеличение размера штрафа с 5 тыс. до 30 тыс. руб. для лиц, в отношении которых в соответствии с Кодексом не может применяться административный арест.

Вышеуказанное ужесточение административного законодательства привело в 2013 г. к снижению по сравнению с предыдущим годом числа водителей, выявленных в состоянии опьянения и ранее лишенных права управления во всех рассматриваемых территориальных субъектах: в целом по России на 14,1% (с 51,6 тыс. до 44,4 тыс.), в ЦФО – на 22% (с 6,8 тыс. до 5,3 тыс.), в МО – на 33,2% (с 0,9 тыс. до 0,6 тыс.) и в Москве – на 23,6% (с 501 до 383 чел.).

Вместе с тем, в 2013 г. по сравнению с предыдущим годом в России, ЦФО и Москве был зарегистрирован рост числа водителей, выявленных в состоянии опьянения и не имеющих права управления транспортными средствами. Темпы указанного роста составили: в целом по России 9% (с 88,2 тыс. до 96,2 тыс.), в ЦФО – 12,6% (с 14,1 тыс. до 15,9 тыс.) и в Москве были зарегистрированы максимальные темпы роста среди рассматриваемых территориальных субъектов – на 43,6% (с 528 до 758 чел.). В МО рассматриваемый показатель снизился на 34% (с 1,9 тыс. до 1,3 тыс. чел.).

Таким образом, проведенный анализ нормативного регулирования санкций, рассмотренных Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях за первичную и повторную передачу управления транспортным средством лицу в состоянии опьянения, за повторное управление в состоянии опьянения и управление в состоянии опьянения транспортным средством без права управления, а также динамики числа вынесенных судебных решений в отношении водителей рассматриваемых категорий в целом по России, в ЦФО, МО и Москве в 2004-2013 гг. позволяет резюмировать следующее:

- Применение только мер усиления административной ответственности в отношении рассматриваемых категорий водителей обладает краткосрочной эффективностью;
- С 2008 г. в статью 128 Кодекса были введена части 3 и 4, предусматривающие дифференцированную ответственность за повторную передачу управления транспортным средством лицу в состоянии опьянения и повторное управление транспортным средством в состоянии опьянения, а также за управление транспортным средством водителем в состоянии опьянения без права управления. Тем не менее, рост числа указанных правонарушений привел к необходимости усиления административной ответственности в 2013 г. Несмотря на это, рост числа повторных управлений в состоянии опьянения и числа повторных передач управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения, а также числа водителей, выявленных в состоянии опьянения и не имевших права управления, продолжился в России и в 2013 г., что, в свою очередь, свидетельствует о недостаточной эффективности мер административного воздействия в отношении водителей, совершающих рассматриваемые правонарушения.

При этом целесообразным представляется как дополнение реализуемых мер административного наказания мерами эффективной медицинской диагностики с целью выявления медицинских противопоказаний (F10, МКБ-10) к управлению транспортным средством, так и усиление административной ответственности (в первую очередь длительности административного ареста) или введение уголовной ответственности (с возможностью лишения свободы на срок до 1,5-2 лет путем дополнения редакции статьи 264 «Нарушение правил дорожного движения и эксплуатации транспортных средств» Уголовного кодекса Российской Федерации [162]) прежде всего в отношении группы водителей, повторно выявленных в состоянии опьянения при отсутствии права управления транспортным средством.

Глава 4

ХАРАКТЕРИСТИКА СЛОЖИВШЕЙСЯ ПРАКТИКИ УПРАВЛЕНИЯ ТРАНСПОРТНЫМ СРЕДСТВОМ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ В МОСКВЕ

4.1 Методология исследования

В соответствии с поставленной целью изучения сложившейся практики управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения в Москве, был проведен анализ медицинской документации водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения в 2007-2012 гг. в Москве. Исследуемый период 2007-2012 гг. представляет несомненный интерес, поскольку именно в этот период в России дважды изменялись критерии вынесения заключения о наличии алкогольного опьянения в отношении водителей транспортных средств.

Исследование проводилось на базе Отделения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (ОМОСО) Наркологической клинической больницы № 17 Департамента здравоохранения г. Москвы (НКБ № 17). В программу наблюдения вошли водители транспортных средств, у которых в результате медицинского освидетельствования было установлено состояние алкогольного опьянения. Из всего массива водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения в 2007-2012 гг. в девяти кабинетах ОМОСО НКБ № 17, была проведена гнездовая выборка, в которую вошли три Кабинета (№ 2, 4, 5), расположенные в разных административных округах Москвы. В указанных Кабинетах проводилось сплошное документальное статистическое наблюдение: в качестве источника сведений о водителях использовались акты медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством (учетная форма N 307/у-05)¹ (Акт), и Журналы регистрации медицинских освидетельствований на состояние опьянения лиц, которые управляют транспортными средствами (учетная форма N 304/у)² (Журнал).

Критерием включения в исследование являлось вынесенное в результате освидетельствования заключение о наличии алкогольного опьянения, полученное в соответствии с требованиями действующей на момент проведения освидетельствования редакцией приказа Минздрава России от 14 июля 2003 г. № 308 «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения».

За рассматриваемый период 2007-2012 гг. ежегодная доля водителей транспортных средств, прошедших медицинское освидетельствование в трех Кабинетах ОМОСО, от общего числа освидетельствованных в ОМОСО водителей составляла от 40,6% до 54,7% (или 46,6% от общего числа освидетельствованных водителей за рассматриваемый период) (табл. 4.1.1).

В 2007-2012 гг. во всех Кабинетах г. Москвы по результатам медицинского освидетельствования было вынесено 35 954 заключения о наличии алкогольного опьянения в отношении водителей транспортных средств. В трех рассматриваемых Кабинетах было вынесено 13 945 заключений, что составляло от 35,6% до 46,6% ежегодного числа вынесенных заключений (или 38,8% от общего числа вынесенных заключений за рассматриваемый период) (табл. 4.1.2).

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.06.2003 № 308 «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения» (Приложение № 1).

² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.06.2003 № 308 «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения» (Приложение № 2).

Таблица 4.1.1

Абсолютный и относительный показатель (в процентах) водителей, освидетельствованных на состояние опьянения в трех Кабинетах ОМОСО, в общем числе водителей, освидетельствованных в ОМОСО в 2007-2012 гг.

Год	Число освидетельствованных водителей в кабинетах №№ 2,4,5 ОМОСО		Общее число освидетельствованных в ОМОСО водителей в Москве
	абс.	отн.(%)	абс.
2007	14 744	42,0	35 131
2008	12 017	40,6	29 616
2009	8 059	49,3	16 347
2010	8 565	54,7	15 655
2011	8 124	53,6	15 144
2012	7 810	50,7	15 406
Всего:	59 319	46,6	127 299

Таблица 4.1.2

Абсолютный и относительный показатель (в процентах) заключений об алкогольном опьянении водителей в трех Кабинетах ОМОСО в общем числе вынесенных заключений о наличии алкогольного опьянения в ОМОСО в 2007-2012 гг.

Год	Кабинеты № 2, 4, 5 ОМОСО		Все кабинеты ОМОСО
	абс.	отн.(%)	абс.
2007	5 195	38,0	13 688
2008	3 963	35,6	11 123
2009	1 528	40,3	3 792
2010	1 178	43,8	2 692
2011	1 084	46,6	2 325
2012	997	42,7	2 334
Всего:	13 945	38,8	35 954

Поскольку специальной статистики (в электронном виде) результатов медицинских освидетельствований на состояние опьянения водителей в Москве не ведется, проведение исследования было сопряжено со значительным объемом работы по сбору медицинской документации в архивах трех указанных Кабинетов. При этом первоначально исследовался весь объем учетной медицинской документации трех Кабинетов в 2007-2012 гг., а именно – 62 Журнала. На основании анализа Журналов была проведена выборка 13 945 Актов с вынесенными заключениями о наличии алкогольного опьянения. Все выбранные Акты были допущены к исследованию, поскольку соответствовали установленным требованиям по оформлению и вынесению заключения о наличии алкогольного опьянения.

В соответствии с задачей углубленного исследования социально-демографических факторов, оказывающих влияние на частоту установленных случаев алкогольного опьянения при управлении транспортным средством, полученные из Актов данные о водителях, выявленных в алкогольном опьянении, классифицировались по следующим параметрам: полу; возрасту (полных лет); месту регистрации (постоянной или временной); времени начала освидетельствования; дате проведения освидетельствования (с разбивкой: по дням недели; предпраздничным и праздничным дням; рабочим и выходным

дням; рабочим дням, приходящимся на субботы и воскресенья, и выходным дням, приходящимся с понедельника по пятницу), а также величине выявленной концентрации алкоголя при первом исследовании выдыхаемого воздуха, поскольку именно эта концентрация являлась максимально приближенной к моменту управления транспортным средством. При оценке полученных результатов исследования выдыхаемого воздуха на содержание алкоголя использовались критерии степеней алкогольного опьянения, приведенные в Национальном руководстве по наркологии [47, С. 201-202].

Весь объем эмпирического материала, собранный в ходе исследования и включающий в себя количественные и качественные показатели водителей транспортных средств, выявленных в состоянии алкогольного опьянения, обрабатывался с помощью компьютерной программы Microsoft Office Excel 2007. На основании полученного материала была создана электронная база данных, позволившая распределить 13 945 водителей, выявленных в алкогольном опьянении: по группам наиболее близкого возраста (16-19; 20-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-44; 45-49; 50-54; 55-59 и 60-76 лет), полу, месту регистрации (жители Москвы, Московской области, других территориальных субъектов России и иностранные граждане), времени выявления алкогольного опьянения (в течение суток по часам и по дням недели), а также степени алкогольного опьянения. Статистический анализ данных проводился с использованием пакета программ Статистика 8.

Для определения взаимосвязи между числом выявленных случаев алкогольного опьянения и временем суток (в течение часа), а также числом выявленных случаев алкогольного опьянения и возрастом водителей использовался коэффициент корреляции Спирмена (статистически значимым принимался уровень значимости коэффициента корреляции меньше 0,05).

Вместе с тем, проведение оценки динамики числа водителей транспортных средств, выявленных с различными концентрациями алкоголя непосредственно внутри возрастных групп, с учетом влияния изменившихся в 2008 г. и 2010 г. подходов при определении состояния алкогольного опьянения, потребовало разработки дополнительного инструмента исследования – Индекса тяжести опьянения (Ито). Индекс тяжести опьянения рассчитывался для каждой возрастной группы по формуле:

$$Ито = (A2+A3) / (A0+A1),$$

где A0 – число водителей, выявленных с концентрацией этанола менее 0,5 г/л; A1 – число водителей, выявленных в состоянии легкой степени алкогольного опьянения (от 0,5 до 1,5 г/л этанола); A2 – число водителей, выявленных в состоянии средней степени алкогольного опьянения (от 1,5 до 2,5 г/л этанола); A3 – число водителей, выявленных в состоянии тяжелой степени алкогольного опьянения (от 2,5 г/л этанола и выше).

Фактически Индекс тяжести опьянения (Ито) показывает отношение числа случаев управления транспортным средством в состоянии средней и тяжелой степени к легкой степени алкогольного опьянения, выявляя, таким образом, риск повышенного автодорожного травматизма, зависящего от тяжести опьянения.

Полученные результаты позволили не только дать характеристику сложившейся практики управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения в Москве, но и выявить возрастные группы водителей с повышенным риском возникновения автодорожного травматизма, связанного с алкогольным опьянением.

4.2 Социально-демографическая характеристика водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения (гендерный признак, место регистрации, возраст, время суток, день недели)

Среди всех 13 945 водителей транспортных средств, выявленных в состоянии алкогольного опьянения в Москве в 2007-2012 гг. и включенных в исследование, ежегодная

доля водителей мужского пола варьировала от 93% до 96%, доля водителей женского пола – от 4% до 7% (табл. 4.2.1).

Таблица 4.2.1

Абсолютные и относительные (в процентах) показатели распределения водителей в состоянии опьянения по гендерному признаку в 2007-2012 гг.

Год	Мужчины-водители		Женщины-водители	
	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)
2007	4982	95,9	213	4,1
2008	3789	95,6	174	4,4
2009	1430	93,6	98	6,4
2010	1107	94,0	71	6,0
2011	1015	93,6	69	6,4
2012	931	93,4	66	6,6

Как следует из представленных данных, в период 2007-2012 г. имела тенденция незначительного роста (на 2,5 процентных пункта) доли водителей женского пола, которая объясняется общим увеличением удельного веса женщин-водителей.

В течение рассматриваемого периода наблюдалось следующее ежегодное распределение 13 945 водителей в зависимости от места регистрации в Москве, Московской области (МО), имеющих регистрацию в других территориальных субъектах России или российской гражданство, а также являющихся иностранными гражданами (табл. 4.2.2).

Таблица 4.2.2

Абсолютные и относительные (в процентах) показатели распределения водителей в состоянии алкогольного опьянения по месту регистрации в 2007-2012 гг.

Год	Рег. в Москве		Рег. в МО.		Рег. в России		Иностр. гр.	
	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)
2007	3704	71,3	530	10,2	873	16,8	88	1,7
2008	2810	70,9	401	10,1	684	17,3	68	1,7
2009	1100	72,0	159	10,4	244	16,0	25	1,6
2010	836	71,0	114	9,7	211	17,9	17	1,4
2011	777	71,7	133	12,3	163	15,0	11	1,0
2012	723	72,5	138	13,8	123	12,4	13	1,3

Как следует из представленных данных, ежегодный удельный вес водителей, зарегистрированных (постоянно или временно) в Москве составлял 71-73%, имеющих постоянную или временную регистрацию в Московской области (МО) – 9-14%; в других регионах России (в том числе не имеющих постоянной или временной регистрации) – 12-18%; являющихся гражданами других государств – 1-2%. Т.е. среди всех 13 945 водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения в 2007-2012 гг., ежегодная доля жителей Москвы составляла более 70%, а удельный вес иногородних водителей был менее одной трети.

Вместе с тем, по оценочным данным, в 2007 г. по вине иногородних водителей в Москве происходило каждое пятое ДТП (примерно 17% от всех ДТП), в результате которых погибал каждый четвертый, и каждый пятый получал автодорожные травмы. С целью улучшения рассматриваемой ситуации Правительством Москвы была инициирована программа строительства так называемых «перехватывающих» стоянок для приезжающих в Москву транспортных средств [50].

Тем не менее, по данным экспертов, в 2012 г. в Москве было зарегистрировано 4 млн. транспортных средств, при этом в город ежедневно приезжало около 600 тыс. иногородних транспортных средств (или 15%) [60]. В 2013 г., по мнению экспертов, каждое шестое или седьмое транспортное средство в Москве, т.е. от 14% до 18% всех транспортных средств на дорогах Москвы, имело регистрационные номера другого региона [49].

Таким образом, выявляемой в состоянии алкогольного опьянения в Москве 30-ти процентной доле иногородних водителей соответствовало только 14-18% транспортных средств. Следовательно, можно сделать вывод о том, что при управлении транспортным средством в Москве иногородние водители примерно в два раза чаще, чем жители Москвы, управляли транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения. На основании изложенного возможно предположить, что эффективность проводимой в мегаполисе программы профилактических мероприятий по снижению числа управлений транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения будет напрямую зависеть от наличия (или отсутствия) аналогичных программ как на федеральном уровне, так и в смежных с мегаполисом территориальных субъектах.

Одной из важнейших характеристик группы водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения в 2007-2012 гг. в Москве, выступает их распределение по возрастным группам (табл. 4.2.3).

Таблица 4.2.3

Абсолютные и относительные (в процентах) показатели распределения водителей в состоянии алкогольного опьянения по возрастным группам в 2007-2012 гг.

Год	16-19 лет		20-24 года		25-29 лет		30-34 года		35-39 лет	
	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)
2007	99	1,9	997	19,2	1361	26,2	909	17,5	639	12,3
2008	95	2,4	868	21,9	979	24,7	674	17,0	464	11,7
2009	40	2,6	319	20,9	385	25,3	274	17,9	170	11,1
2010	19	1,6	231	19,6	296	25,1	219	18,6	158	13,4
2011	16	1,5	196	18,1	293	27,0	204	18,8	129	11,9
2012	18	1,8	185	18,6	268	26,9	181	18,2	120	12,0
2007	463	8,9	395	7,6	213	4,1	88	1,7	31	0,6
2008	360	9,1	281	7,1	143	3,6	79	2,0	20	0,5
2009	157	10,3	95	6,2	55	3,6	24	1,6	9	0,6
2010	105	8,9	75	6,4	39	3,3	25	2,1	11	0,9
2011	98	9,0	69	6,4	51	4,7	16	1,5	12	1,1
2012	94	9,4	67	6,7	39	3,9	18	1,8	7	0,7

Как следует из представленных данных, на протяжении всего рассматриваемого периода 2007-2012 гг. в состоянии алкогольного опьянения управляли транспортными средствами прежде всего водители трех возрастных групп: 25-29 лет (25-27%), 20-24 лет (18-22%) и 30-34 лет (17-19%).

Проверка наличия взаимосвязи между числом выявленных случаев алкогольного опьянения и возрастом водителей проводилась посредством коэффициента корреляции Спирмена.

Полученные результаты свидетельствуют о наличии устойчивой взаимосвязи на протяжении всего периода 2007-2012 гг. между количеством выявленных в состоянии алкогольного опьянения водителей и их возрастом (статистически значимым принимался коэффициент корреляции меньше 0,05) (табл. 4.2.4 и рис. 4.2.1).

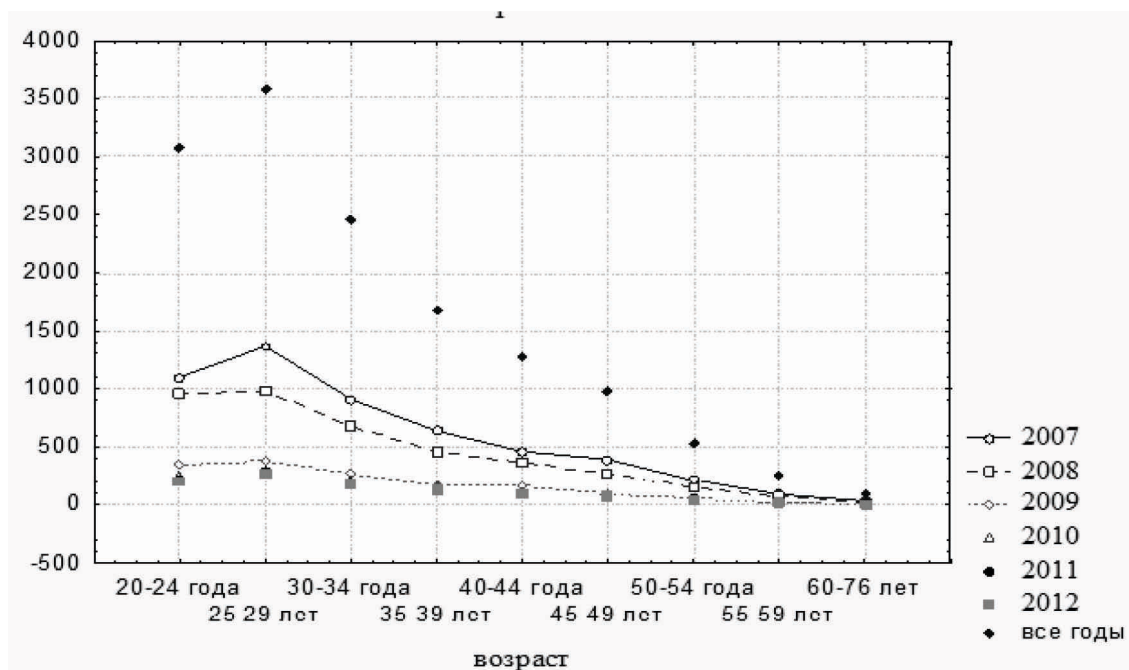
Таблица 4.2.4

Коэффициенты корреляции Спирмена для связи количества водителей в состоянии алкогольного опьянения с их возрастом, в 2007-2012 гг.

2007	2008	2009	2010	2011	2012	все годы
-0,983333	-0,983333	-0,983333	-0,983333	-0,983333	-0,983333	-0,983333

Рисунок 4.2.1

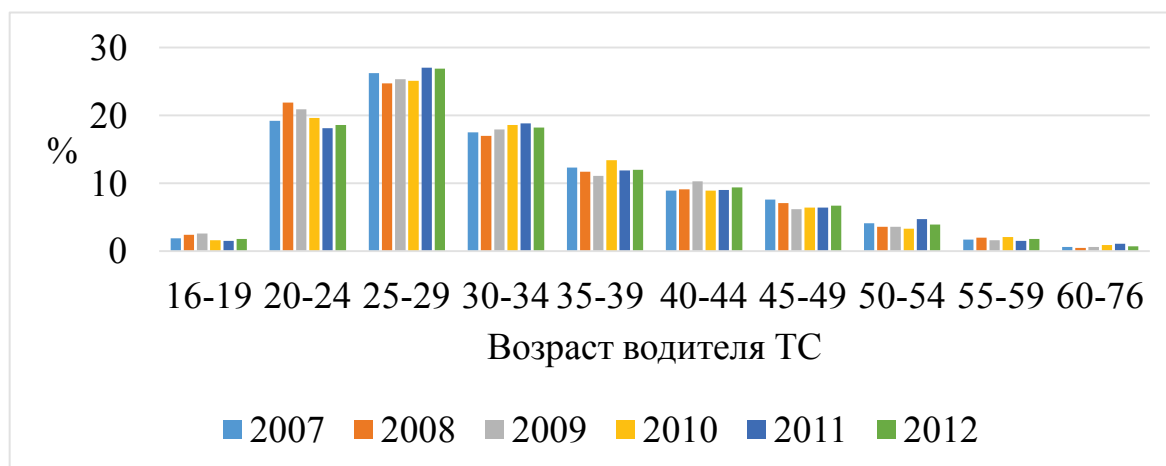
Зависимость числа водителей в состоянии алкогольного опьянения от их возраста (на основе коэффициента корреляции Спирмена) в 2007-2012 гг.



С учетом повышения травматизма при управлении транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения особую обеспокоенность вызывает тот факт, что на протяжении всего рассматриваемого периода ежегодная доля водителей наиболее трудоспособного возраста (от 20 до 45 лет) варьировалась в пределах 1,5 процентных пункта, т.е. практически не изменялась, и составляла 84-86% соответственно (рис. 4.2.2).

Рисунок 4.2.2

Динамика распределения (в процентах) водителей в состоянии алкогольного опьянения по возрастным группам в 2007-2012 гг.



Как следует из представленных данных, после принятия в 2008 г. величины предельно допустимой концентрации содержания алкоголя (ПДКА) и в 2010 г. так называемого «нулевого порога», в 2009-2011 гг. только в одной возрастной группе водителей (20-24 года) имелась позитивная тенденция снижения доли числа управлений транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения. Так, величина рассматриваемого показателя снизилась с 22% в 2008 г. до 18% в 2011 г. Таким образом, принятые изменения в части ужесточения административного законодательства в связи с изменением подходов при определении состояния алкогольного опьянения оказали влияние только на указанную возрастную группу водителей. Сложившаяся ситуация может объясняться тем, что возрастная группа водителей 20-24 лет состоит прежде всего из «неопытных» водителей, которые опасаются управлять транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения в связи с отсутствием навыков профессионального вождения и с учетом имеющейся автодорожной загруженности в мегаполисе.

Другой важной характеристикой группы водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения, является их распределение по времени суток в течение часа (табл. 4.2.5).

Таблица 4.2.5

Абсолютные и относительные (в процентах) показатели распределения водителей в состоянии алкогольного опьянения по времени суток (в течение часа) в 2007-2012 гг.

Год	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)
	Время суток											
	00:00-00:59	01:00-01:59	02:00-02:59	03:00-03:59	04:00-04:59	05:00-05:59						
2007	307	5,9	426	8,2	557	10,7	639	12,3	566	10,9	431	8,3
2008	274	6,9	354	8,9	413	10,4	467	11,8	415	10,5	318	8,0
2009	104	6,8	138	9,0	185	12,1	167	10,9	171	11,2	130	8,5
2010	76	6,5	103	8,7	108	9,2	113	9,6	118	10,0	102	8,6
2011	59	5,4	84	7,7	114	10,5	111	10,2	132	12,2	105	9,7
2012	56	5,6	79	7,9	118	11,9	116	11,7	111	11,2	89	8,9
	06:00-06:59	07:00-07:59	08:00-08:59	09:00-09:59	10:00-10:59	11:00-11:59						
2007	265	5,1	166	3,2	145	2,8	166	3,2	140	2,7	109	2,1
2008	188	4,7	141	3,6	124	3,1	116	2,9	115	2,9	72	1,8
2009	75	4,9	47	3,1	27	1,8	48	3,1	44	2,9	38	2,5
2010	70	5,9	55	4,7	30	2,5	32	2,7	29	2,5	23	2,0
2011	64	5,9	49	4,5	31	2,9	36	3,3	40	3,7	25	2,3
2012	46	4,6	42	4,2	30	3,0	29	2,9	27	2,7	20	2,0
	12:00-12:59	13:00-13:59	14:00-14:59	15:00-15:59	16:00-16:59	17:00-17:59						
2007	83	1,6	62	1,2	57	1,1	42	0,8	62	1,2	88	1,7
2008	61	1,5	44	1,1	47	1,2	38	1,0	39	1,0	70	1,8
2009	28	1,8	18	1,2	15	1,0	13	0,9	13	0,9	14	0,9
2010	16	1,4	17	1,4	15	1,3	12	1,0	15	1,3	12	1,0
2011	17	1,6	18	1,7	13	1,2	8	0,7	8	0,7	19	1,8
2012	14	1,4	16	1,6	9	0,9	9	0,9	11	1,1	15	1,5

Продолжение таблицы 4.2.5

Год	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)
	Время суток											
	18:00-18:59	19:00-19:59	20:00-20:59	21:00-21:59	22:00-22:59	23:00-23:59						
2007	99	1,9	119	2,3	125	2,4	151	2,9	166	3,2	224	4,3
2008	71	1,8	72	1,9	106	2,7	132	3,3	97	2,4	189	4,8
2009	27	1,8	37	2,4	44	2,9	38	2,5	51	3,3	56	3,6
2010	24	2,0	34	2,9	31	2,6	36	3,1	53	4,5	54	4,6
2011	13	1,2	17	1,6	17	1,6	27	2,5	39	3,6	38	3,5
2012	18	1,8	21	2,1	21	2,1	25	2,5	33	3,3	42	4,2

Проверка наличия взаимосвязи между числом выявления случаев алкогольного опьянения и временем суток посредством коэффициента корреляции Спирмена показала, что количество водителей в алкогольном опьянении статистически значимо зависит от времени суток на всем периоде наблюдения (статистически значимым принимался коэффициент корреляции меньше 0,05) (рис. 4.2.3 и табл. 4.2.6).

Рисунок 4.2.3

Зависимость числа водителей в состоянии алкогольного опьянения от времени суток (на основе коэффициента корреляции Спирмена) в 2007-2012 гг.

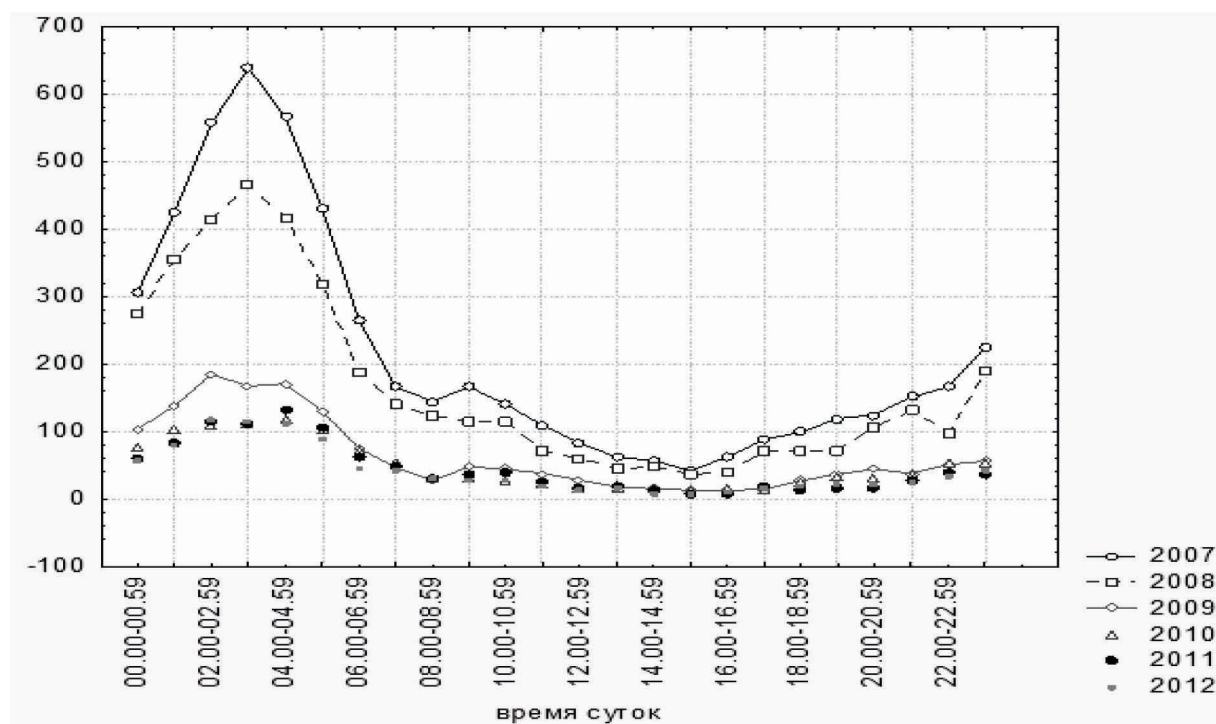


Таблица 4.2.6

Коэффициенты корреляции Спирмена для связи числа водителей в состоянии алкогольного опьянения с временем суток, в 2007-2012 гг.

2007	2008	2009	2010	2011	2012	за все года
-0,589772	-0,612307	-0,586162	-0,560244	-0,693514	-0,626496	-0,6

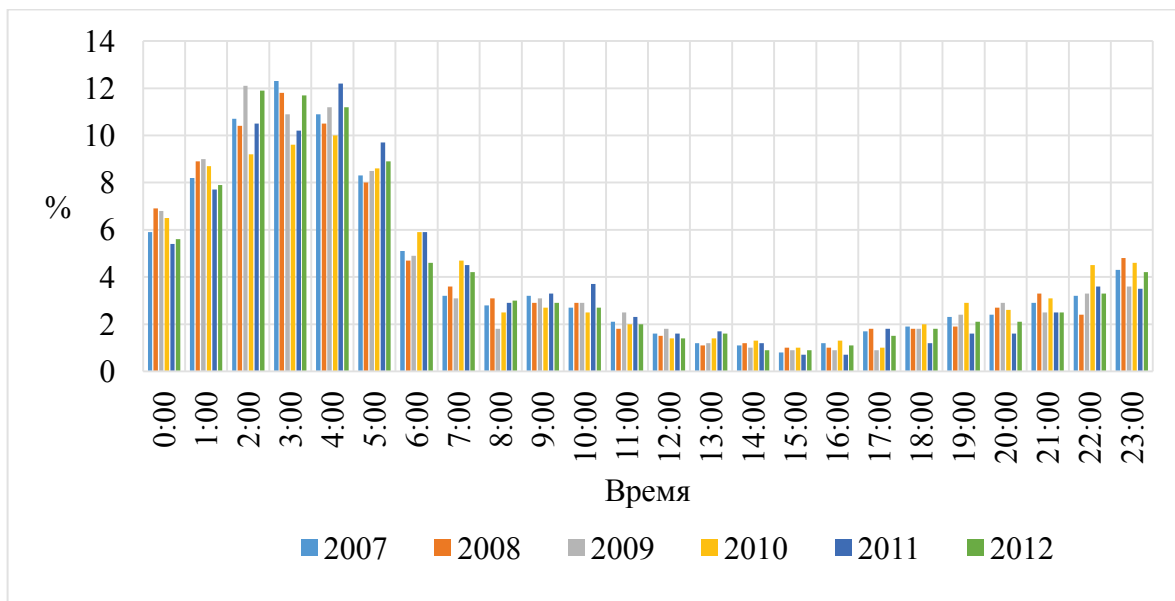
При этом следует отметить, что суточная вариабельность числа водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения, по времени суток регистрации эпизода имеет тенденцию к снижению на рубеже 2008-2009 гг., т.е. в период после принятия величины ПДКА в середине 2008 года.

Как следует из рассматриваемых данных, в 2007-2012 гг. распределение водителей в состоянии алкогольного опьянения по времени суток происходило следующим образом. Максимальное число водителей (в течение часа) регистрировалось с 02:00 до 05:00 (9-12%). С 00:00 до 01:00 и с 05:00 до 06:00 в течение часа выявлялось 7-9%; с 06:00 до 06:59 – 5-6%; с 22:00 до 23:59 и с 07:00 до 07:59 – до 5%; с 08:00 до 11:59 и с 19:00 до 21:59 – до 3% еже часно; с 12:00 до 13:59 и с 17:00 до 18:59 – до 2% в течение часа. И в период с 14:00 до 17:00 было выявлено меньше всего водителей – до 1% в течение часа.

Таким образом, за рассматриваемый период каких-либо значимых изменений, кроме вышеуказанного эпизода в 2008-2009 гг., в распределении водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения, по времени суток не происходило. Соответственно, можно сделать вывод о том, что ужесточение административного законодательства в 2008 г. и 2010 г. практически не оказало какого-либо влияния на сложившуюся практику управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения в «ночное» время в мегаполисе (рис. 4.2.4).

Рисунок 4.2.4

Динамика распределения (в процентах) водителей в состоянии алкогольного опьянения по времени суток в 2007-2012 гг.



Согласно представленным данным, на протяжении всего рассматриваемого периода минимальное число водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения, регистрировалось в 15 часов (до 1%). На период с 16:00 до 19:00 приходилось до 2% водителей еже часно, что объясняется цикличностью потребления алкоголя населением, обусловленной, среди прочего, продолжительностью рабочего дня. С 20:00 до 02:00 отмечалась тенденция роста числа водителей, еже часно выявляемых в состоянии алкогольного опьянения, которая достигала своих максимальных значений в период с 02:00 до 05:00, что также объясняется суточной цикличностью употребления алкоголя, в частности, увеличением потребления алкоголя при посещении увеселительно-развлекательных заведений и мероприятий.

В период с 05:00 до 09:00 регистрировалась позитивная тенденция снижения числа водителей в состоянии алкогольного опьянения с последующим незначительным ростом в 09:00, что может объясняться увеличением числа водителей, управляющих транспортными средствами после употребления алкоголя накануне рабочего дня.

В период с 10:00 до 16:00 происходило последующее снижение (до минимальных значений) числа водителей в состоянии алкогольного опьянения, которое также объясняется суточной цикличностью потребления алкоголя населением, в частности, «сдерживающим» фактором выступает необходимость присутствия на рабочем месте.

Выявление важнейших тенденций алкоголизации водителей предусматривает, среди прочего, проведение анализа динамики распределения указанных водителей по дням недели с выделением в отдельные группы в течение года рабочих дней, приходящихся на субботы и воскресенья, выходных дней, приходящихся с понедельника по пятницу, а также предпраздничных и праздничных дней, определяемых в установленном в Российской Федерации порядке [90; 91; 94; 95; 96; 98] (табл. 4.2.7).

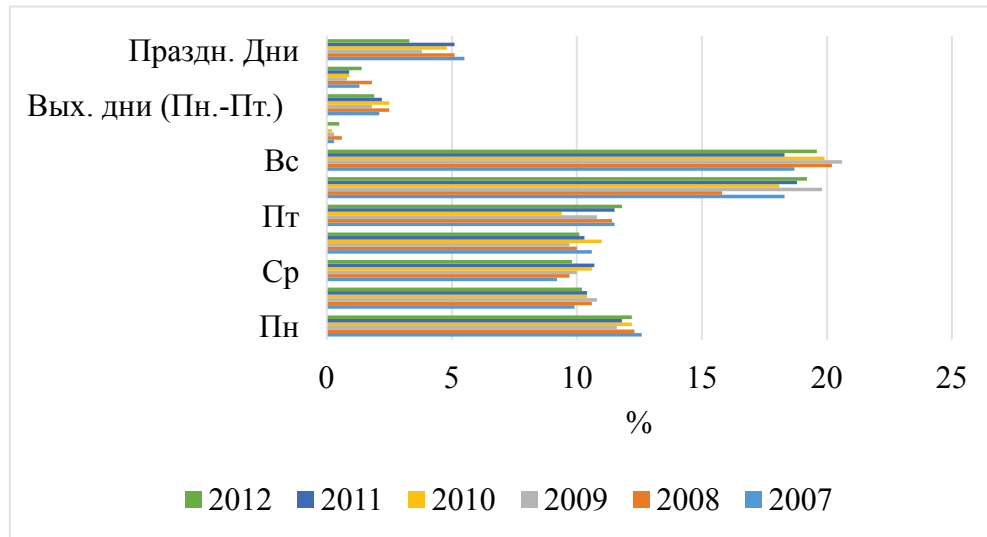
Таблица 4.2.7

Абсолютные и относительные (в процентах) показатели распределения водителей в состоянии алкогольного опьянения по дням недели в 2007-2012 гг.

Год	Дни недели											
	Понедельник		Вторник		Среда		Четверг		Пятница		Суббота	
	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)
2007	655	12,6	514	9,9	478	9,2	551	10,6	596	11,5	951	18,3
2008	489	12,3	422	10,6	383	9,7	396	10,0	453	11,4	625	15,8
2009	178	11,6	165	10,8	153	10,0	148	9,7	163	10,8	303	19,8
2010	144	12,2	122	10,4	125	10,6	129	11,0	111	9,4	213	18,1
2011	128	11,8	113	10,4	116	10,7	111	10,3	125	11,5	204	18,8
2012	121	12,2	102	10,2	98	9,8	101	10,1	118	11,8	191	19,2
Год	Дни недели											
	Воскресенье		Рабочие дни (Сб. и Вс.)		Выходные дни (Пн.-Пт.)		Предпраздничные дни		Праздничные дни			
	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)
2007	971	18,7	16	0,3	109	2,1	68	1,3	286	5,5		
2008	802	20,2	23	0,6	98	2,5	71	1,8	201	5,1		
2009	315	20,6	5	0,3	28	1,8	12	0,8	58	3,8		
2010	235	19,9	2	0,2	29	2,5	11	0,9	57	4,8		
2011	198	18,3	0	0,0	24	2,2	10	0,9	55	5,1		
2012	195	19,6	5	0,5	19	1,9	14	1,4	33	3,3		

Как следует из представленных данных, максимальные показатели числа водителей в состоянии алкогольного опьянения в течение рассматриваемого периода 2007-2012 гг. в зависимости от дня недели регистрировались в выходные дни (по субботам 16-20%, воскресеньям 18-21%) и понедельникам (12-13%). Среди рабочих дней (приходящихся на субботы и воскресенья), выходных дней (приходящихся с понедельника по пятницу), предпраздничных и праздничных дней в общем годовом массиве дней преобладало управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения по праздничным дням (до 6%). При этом, оценивая соотношение числа праздничных и выходных дней в течение года, можно сделать вывод о том, что число водителей в состоянии алкогольного опьянения в выходной день превышало аналогичный показатель праздничного дня. Таким образом, в Москве в 2007-2012 гг. наиболее характерным являлось управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения в выходные дни по субботам и воскресеньям (рис. 4.2.5).

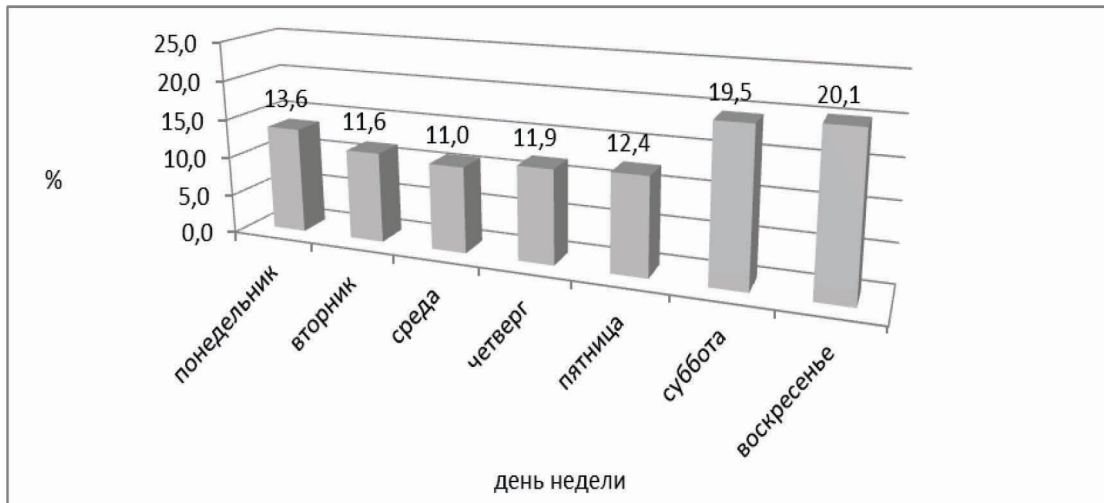
Динамика распределения (в процентах) водителей в состоянии алкогольного опьянения по дням недели в 2007-2012 гг.



Оценивая динамику распределения в 2007-2012 гг. числа водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения по дням недели, следует отметить, что после введения с 1 июля 2008 г. величины ПДКА в организме водителей, в последующем 2009 г. незначительно сократилась доля водителей, выявленных по понедельникам, пятницам, выходным дням (приходящимся с понедельника по пятницу), предпраздничным, а также праздничным дням. Рассматриваемая тенденция может объясняться как снижением употребления алкоголя «законопослушными» водителями в выходные дни (что, в свою очередь, привело к снижению доли водителей, выявленных в состоянии опьянения по понедельникам), так и снижением уровня алкоголизации на рабочих местах. Вместе с тем, в 2009 г. возросла (с 16% до 20%) доля выявленных в состоянии алкогольного опьянения водителей по субботам, что свидетельствует о том, что среди водителей оставалась «группа риска», которая не сократила потребление алкоголя по субботам даже после значительного снижения уровня «разрешенной» концентрации алкоголя при управлении транспортным средством.

После введения с 31 октября 2010 г. так называемого «закона о нулевом промилле», в последующем 2011 г. отмечался как незначительный рост доли водителей в состоянии алкогольного опьянения по пятницам (с 9% до 12%) и субботам (с 18% до 19%), так и незначительное снижение указанной доли водителей по четвергам (с 11% до 10%) и воскресеньям (с 20% до 18%). Изложенное может свидетельствовать о сохранении в 2011 г. тенденции дифференциации группы водителей на отказавшихся от управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения и продолжавших употребление алкоголя в выходные дни. Дополнительно следует отметить, что приведенные в настоящей работе тенденции в распределении водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения по дням недели в Москве, соответствуют общероссийским тенденциям в распределении ДТП с участием водителей в состоянии опьянения, приведенным на официальном сайте ГИБДД МВД России [147] (рис. 4.2.6).

Динамика распределения количеств ДТП (в процентах) с водителями в состоянии опьянения по дням недели за 7 месяцев 2013 г. в России



Таким образом, проведенный анализ социально-демографических характеристик 13 945 водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения в 2007-2012 гг. в Москве, позволяет резюмировать следующее:

- В подавляющем большинстве случаев водителями, выявленными в состоянии алкогольного опьянения, являлись мужчины (93-96%). При этом отмечалась тенденция незначительного роста (на 2,5 процентных пункта) доли водителей-женщин, обусловленная, однако, общим увеличением удельного веса женщин среди водителей транспортных средств;
- Среди ежегодно выявляемых в состоянии алкогольного опьянения водителей транспортных средств преобладали водители, имеющие постоянную или временную регистрацию в Москве (71-73%). Вместе с тем, иногородние водители примерно в два раза чаще, чем жители Москвы, управляли транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения;
- Максимальное число водителей, ежегодно выявляемых в мегаполисе в течение часа в состоянии алкогольного опьянения, регистрировалось в ночное время (с 02:00 до 05:00 часов). Суточная вариабельность числа водителей в состоянии алкогольного опьянения по времени суток регистрации эпизода имела незначительную тенденцию к снижению на рубеже 2008-2009 гг., т.е. после введения величины ПДКА в середине 2008 г. Вместе с тем, каких-либо значимых изменений в динамике распределения водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения в 2007-2012 гг., по времени суток не происходило;
- Максимальные ежегодные показатели числа водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения, по дням недели регистрировались в выходные дни (по субботам 16-20%, воскресеньям 18-21%) и понедельникам (12-13%). Среди рабочих дней (приходящихся на субботы и воскресенья), выходных дней (приходящихся с понедельника по пятницу), предпраздничных и праздничных дней в общем годовом массиве дней преобладало управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения по праздничным дням (до 6%). Тем не менее, оценивая соотношение числа праздничных и выходных дней в году, можно сделать вывод о том, что число водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения в один выходной день, все же превышало аналогичный показатель одного праздничного дня;
- В течение всего рассматриваемого периода в состоянии алкогольного опьянения управляли транспортными средствами прежде всего водители трех возрастных

групп: 25-29 лет (25-27%), 20-24 года (18-22%) и 30-34 лет (17-19%). После принятия в 2008 г. величины предельно допустимой концентрации содержания алкоголя и в 2010 г. так называемого «нулевого порога», в 2009-2011 гг. только в одной возрастной группе водителей (20-24 года) имелась позитивная тенденция снижения доли числа управлений транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения (с 22% в 2008 г. до 18% в 2011 г.). Сложившаяся ситуация может объясняться тем, что возрастная группа водителей 20-24 лет состоит прежде всего из «неопытных» водителей, которые опасаются управлять транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения в связи с отсутствием навыков профессионального вождения и с учетом имеющейся автодорожной загруженности в мегаполисе;

- В течение всего рассматриваемого периода среди водителей в состоянии алкогольного опьянения ежегодная доля лиц наиболее трудоспособного возраста (от 20 до 45 лет) варьировалась в пределах 1,5 процентных пункта, т.е. практически не изменялась, и составляла 84-86%;
- Учитывая, что в течение рассматриваемого в исследовании периода 2007-2012 гг. в России дважды (в 2008 г. и 2010 г.) уменьшалась величина предельно допустимой концентрации алкоголя при управлении транспортным средством, целесообразно проведение углубленного анализа показателей алкоголизации в динамике, что позволит дифференцировать возрастные группы «по восприимчивости» к мерам административного регулирования.

4.3 Характеристики различных возрастных групп водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения

Важнейшими характеристиками возрастных групп водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения при управлении транспортным средством, являются закономерности их распределения в течение недели (табл. 4.3.1), суток и в зависимости от степени алкогольного опьянения.

Таблица 4.3.1

Абсолютные и относительные (в процентах) средние показатели распределения возрастных групп водителей в состоянии алкогольного опьянения по дням недели в 2007-2012 гг.

Возраст (лет)	Понедельник		Вторник		Среда		Четверг		Пятница		Суббота	
	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)
до 20	37	13,0	35	12,3	31	10,8	36	12,5	42	14,6	46	16,0
20-24	333	11,9	260	9,3	257	9,2	262	9,4	343	12,2	501	17,9
25-29	376	10,5	326	9,1	343	9,6	349	9,7	403	11,3	665	18,6
30-34	297	12,1	253	10,3	251	10,2	254	10,3	267	10,8	457	18,6
35-39	239	14,2	202	12,0	153	9,1	178	10,6	176	10,5	295	17,6
40-44	178	13,9	156	12,2	116	9,1	127	9,9	114	8,9	239	18,7
45-49	151	15,4	88	9,0	99	10,1	122	12,4	120	12,2	157	16
50-54	65	11,9	69	12,8	62	11,5	67	12,4	66	12,2	77	14,3
55-59	34	13,6	35	14,0	30	12,0	32	12,8	27	10,8	35	14
60-76	5	5,6	14	15,6	11	12,2	9	9,8	8	8,9	15	16,7

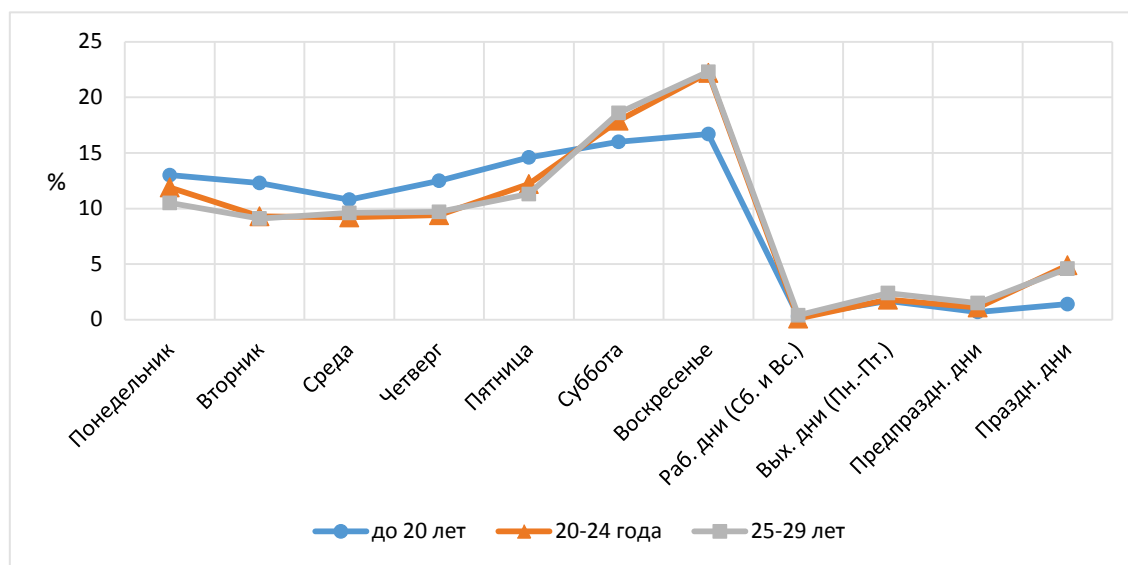
Продолжение таблицы 4.3.1

Возраст (лет)	Воскресенье		Рабочие дни (Сб.и Вс.)		Выходные дни (Пн.- Пт.)		Предпраздничные дни		Праздничные дни	
	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)
до 20	48	16,7	1	0,3	5	1,7	2	0,7	4	1,4
20-24	620	22,2	2	0,1	51	1,8	30	1,1	137	4,9
25-29	798	22,3	16	0,4	87	2,4	54	1,5	165	4,6
30-34	443	18,0	11	0,4	61	2,5	39	1,6	128	5,2
35-39	291	17,3	7	0,4	37	2,2	16	1,0	86	5,1
40-44	233	18,3	3	0,2	32	2,5	8	0,6	71	5,7
Возраст (лет)	Воскресенье		Рабочие дни (Сб.и Вс.)		Выходные дни (Пн.- Пт.)		Предпраздничные дни		Праздничные дни	
	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)
45-49	158	16,1	5	0,5	18	1,8	18	1,8	46	4,7
50-54	74	13,7	6	1,1	10	1,9	7	1,3	37	6,9
55-59	34	13,6	0	0,0	6	2,4	7	2,8	10	4,0
60-76	17	18,9	0	0,0	0,0	0,0	5	5,6	6,0	6,7

При оценке динамики распределения водителей по дням недели все водители, выявленные в состоянии алкогольного опьянения в 2007-2012 гг., были разделены на наиболее близкие возрастные группы: до 30 лет (рис. 4.3.1), от 30 до 50 лет (рис. 4.3.2), от 50 до 76 лет (рис. 4.3.3).

Рисунок 4.3.1

Динамика распределения (в процентах) водителей в возрасте до 30 лет в состоянии алкогольного опьянения по дням недели



Анализ распределения среднего числа выявленных в алкогольном опьянении водителей в 2007-2012 гг. по возрасту и дням недели позволяет выявить следующие закономерности. Для водителей в возрасте до 20 лет характерно наиболее равномерное распределение числа случаев алкогольного опьянения по дням недели с тенденцией незначительного роста показателя с четверга по воскресенье (с 13% до 17% от общего числа случаев) и последующим снижением к среде (до 11%), а также минимальной долей (1%) числа управлений транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения в

праздничные дни. Подобная динамика распределения является следствием менее выраженной, по сравнению с более взрослыми водителями, дифференциацией трудовой нагрузки по дням недели, в том числе обусловленной образом жизни (образовательный процесс, частичная занятость на рабочем месте в результате совместительства и т.д.).

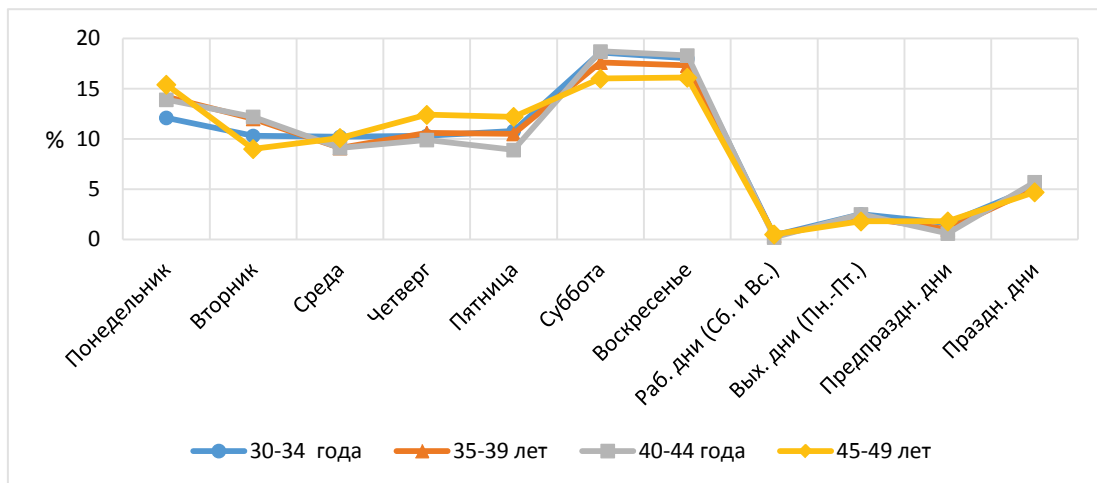
Для более старшей возрастной группы водителей (20-29 лет), в основном занятой на постоянной работе, характерна более низкая доля случаев управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения в период со вторника по четверг (менее 10%) с последующим значительным ростом с пятницы по воскресенье (с 11% до 22%). При этом следует отметить, что в рассматриваемой группе с увеличением возраста отмечается позитивная тенденция снижения доли числа управлений транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения по понедельникам. Так, в возрастной группе водителей 20-24 лет значение указанного относительного показателя составляет 12%, а в группе 25-29 лет – только 11%.

Приведенные данные дают основание предположить, что водители возрастной группы 25-29 лет более ответственны, поскольку в воскресные дни употребляют меньшее количество алкоголя и, соответственно, реже приступают к исполнению должностных обязанностей на работе в начале недели с присутствием алкоголя в организме.

В возрастной группе водителей от 30 до 50 лет, выявленных в состоянии алкогольного опьянения, прослеживаются иные тенденции (рис. 4.3.2).

Рисунок 4.3.2

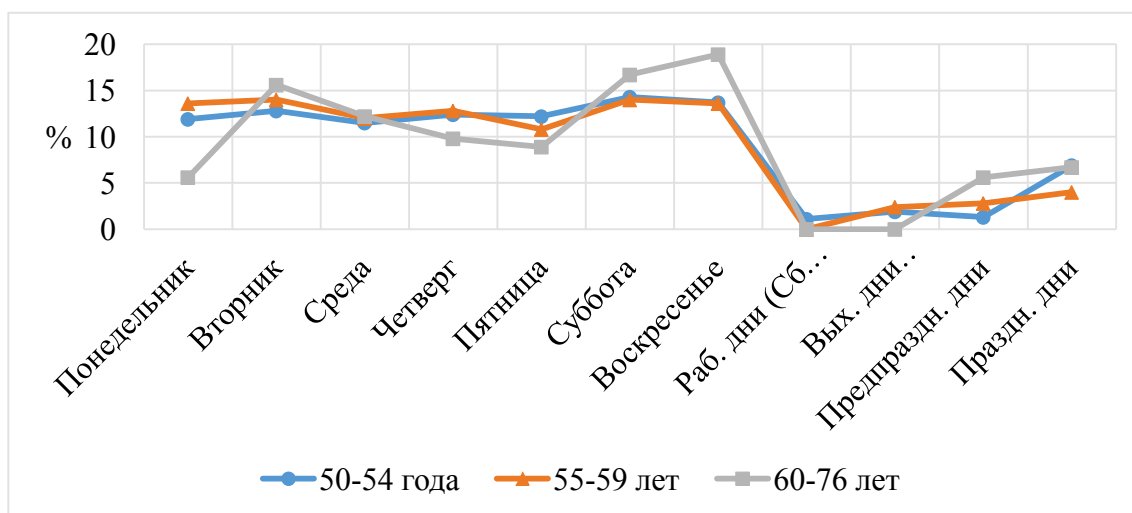
Динамика распределения (в процентах) водителей в возрасте от 30 до 50 лет в состоянии алкогольного опьянения по дням недели



Как следует из представленных данных, с увеличением возраста в рассматриваемой группе водителей регистрировалась негативная тенденция увеличения периода алкоголизации (выходные дни-понедельник). Так, указанная величина относительного показателя для водителей 30-34 лет в понедельник составляла 12%, для водителей 35-44 лет – 14%, а для водителей 45-49 лет – уже 15%. Изложенное также подтверждается тем фактом, что в выходные дни в рассматриваемой группе водителей (от 30 до 50 лет) регистрировалось практически одинаковое, по сравнению с группой водителей 20-29 лет, распределение доли выявленных в состоянии алкогольного опьянения водителей.

Для возрастных групп водителей от 50 до 67 лет, выявленных в состоянии алкогольного опьянения, с увеличением возраста отмечалась тенденция роста доли водителей по предпраздничным дням (1%, 3% и 6% соответственно) и вторникам (13%, 14% и 16% соответственно) (рис. 4.3.3). Изложенное может свидетельствовать о том, что для рассматриваемой категории водителей характерно более длительное употребление алкоголя в выходные дни, препятствующее управлению транспортным средством по понедельникам.

Динамика распределения (в процентах) водителей в возрасте от 50 до 76 лет в состоянии алкогольного опьянения по дням недели



Как было отмечено ранее, максимальное число водителей, ежегодно выявляемых в мегаполисе в течение часа в состоянии алкогольного опьянения, регистрировалось в ночное время (с 02:00 до 05:00). При этом практический интерес представляет закономерность распределения водителей в состоянии алкогольного опьянения в зависимости как от времени суток, так и возраста (табл. 4.3.2).

Таблица 4.3.2

Абсолютные и относительные (в процентах) средние показатели распределения возрастных групп водителей в состоянии алкогольного опьянения по времени суток (в течение часа) в 2007-2012 гг.

Время суток	до 20 лет		20-24 года		25-29 лет		30-34 года		35-39 лет	
	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)
12:00 – 12:59	3	1,0	32	1,1	47	1,3	31	1,3	23	1,4
13 ч.	2	0,7	30	1,1	31	0,9	37	1,5	21	1,3
14 ч.	4	1,4	21	0,8	38	1,1	29	1,2	13	0,8
15 ч.	2	0,7	17	0,6	30	0,8	25	1,0	10	0,6
16 ч.	2	0,8	20	0,7	38	1,1	30	1,1	12	0,7
17 ч.	3	1,0	13	0,5	39	1,0	38	1,7	32	1,4
18 ч.	1	0,3	46	1,6	38	1,1	41	1,8	23	1,5
19 ч.	2	0,7	41	1,5	67	1,9	57	2,3	49	2,9
20 ч.	4	1,4	46	1,6	73	2,0	66	2,7	67	4,0
21 ч.	2	0,8	58	2,1	92	2,6	60	2,3	63	3,8
22 ч.	1	0,4	56	2,0	126	3,5	83	3,4	55	3,4
23 ч.	19	6,6	90	3,2	135	3,8	117	4,8	91	5,4
00 ч.	18	6,3	155	5,5	230	6,4	132	5,4	129	7,7
01 ч.	23	8,0	251	9,0	307	8,6	218	8,9	138	8,2
02 ч.	42	14,6	348	12,4	398	11,1	279	11,3	175	10,4
03 ч.	46	16,0	368	13,2	476	13,3	294	11,9	176	10,5
04 ч.	48	16,7	393	14,1	419	11,7	266	10,8	162	9,6
05 ч.	25	8,7	303	10,8	299	8,3	203	8,1	137	8,2
06 ч.	19	6,6	138	4,9	208	5,8	108	4,4	65	3,9
07 ч.	5	1,7	115	4,1	134	3,7	81	3,3	56	3,4
08 ч.	4	1,5	75	2,7	92	2,6	69	2,8	49	2,9
09 ч.	4	1,4	83	2,9	104	2,9	78	3,2	50	3,0

Продолжение таблицы 4.3.2

Время суток	до 20 лет		20-24 года		25-29 лет		30-34 года		35-39 лет	
	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)
10 ч.	5	1,7	55	2,1	103	2,9	74	3,0	48	2,9
11 ч.	3	1,0	42	1,5	58	1,6	45	1,8	36	2,1
12 ч.	28	2,2	21	2,1	27	5,0	4	1,6	3	3,4
13 ч.	20	1,7	19	1,9	12	2,2	0	0,0	3	3,3
14 ч.	21	1,6	12	1,2	10	1,9	2	0,8	6	6,7
15 ч.	19	1,4	6	0,6	9	1,7	4	1,6	0	0,0
16 ч.	22	1,7	8	0,9	11	2,0	5	2,0	0	0,0
17 ч.	29	2,6	25	2,5	29	5,4	7	2,7	3	3,4
18 ч.	36	2,8	34	3,5	18	3,3	7	2,9	8	8,9
19 ч.	37	2,9	22	2,2	15	2,8	8	3,2	2	2,1
20 ч.	39	3,1	27	2,7	10	1,9	9	3,6	3	3,3
21 ч.	48	3,7	45	4,6	26	4,8	10	4,0	5	5,6
22 ч.	42	3,2	39	4,0	17	3,1	14	5,6	6	6,7
23 ч.	55	4,3	44	4,5	25	4,6	20	8,1	7	7,8
00 ч.	71	5,6	70	7,1	44	8,1	20	7,9	7	7,8
01 ч.	102	7,9	73	7,4	48	8,9	19	7,6	5	5,6
02 ч.	123	9,6	72	7,3	34	6,3	19	7,5	5	5,5
03 ч.	125	9,8	73	7,5	33	6,1	17	6,8	5	5,6
04 ч.	115	9,0	63	6,4	28	5,2	15	6,1	4	4,4
05 ч.	107	8,4	62	6,3	23	4,3	13	5,2	3	3,4
06 ч.	69	5,4	59	6,0	27	5,1	12	4,8	3	3,3
07 ч.	33	2,6	46	4,7	20	3,7	8	3,2	2	2,3
08 ч.	31	2,4	41	4,2	17	3,1	7	2,8	2	2,2
09 ч.	32	2,5	48	4,9	18	3,3	9	3,6	1	1,1
10 ч.	32	2,4	44	4,5	19	3,5	11	4,4	4	4,3
11:00-11:59	41	3,2	29	3,0	20	3,7	10	4,0	3	3,3

Как следует из представленных данных, значительный удельный вес случаев выявления водителей в состоянии алкогольного опьянения в период с 02:00 до 05:00 был обусловлен категорией водителей в возрасте до 49 лет. Оценивая распределение максимальных показателей числа случаев алкогольного опьянения водителей по времени суток и возрасту, следует отметить тенденцию выявления более молодых водителей в более ранние «утренние» часы. Так, максимальные показатели выявления водителей в возрасте до 25 лет приходились на время с 03:00 до 05:00 (до 20 лет – 16-17%, 20-24 года – 13-14%), в возрасте от 25 до 45 лет – с 02:00 до 04:00 (25-29 лет – 13%, 30-34 года – 11-12%, 35-39 лет – 10-11%, 40-44 года – 9-10%), в возрасте 45-49 лет – с 00:00 до 03:00 (7-8%), в возрасте 50-54 лет – с 00:00 до 02:00 (8-9%) и в возрасте 55-76 лет – с 23:00 до 00:00 (8%).

Вышеприведенные тенденции в распределении водителей в зависимости от возраста и времени суток объясняются прежде всего возрастными особенностями поведения и приема алкоголя. Так, для молодых водителей наиболее характерно употребление алкоголя «до утра», в частности, при посещении увеселительно-развлекательных заведений, работающих до утренних часов (ночных клубов, дискотек, баров и т.д.), в то время как более взрослые возрастные группы водителей обычно раньше прекращают прием алкоголя и посещают другие мероприятия, которые заканчиваются раньше.

С учетом отмеченных тенденций, создание в мегаполисе электронной базы данных по результатам выявления водителей в состоянии алкогольного опьянения и содержащей ряд сведений о водителях (возраст, пол и место регистрации водителя, место остановки транспортного средства инспектором дорожной полиции, день недели, время суток и т.д.) может иметь важное прикладное значение. При наличии подобной электронной базы возможно на основании анализа динамики распределения водителей в зависимости от

тех или иных признаков эффективно планировать проведение профилактических мероприятий по выявлению водителей в состоянии алкогольного опьянения в мегаполисе. Кроме того, внесение в указанную электронную базу результатов исследования выдыхаемого воздуха на содержание этанола позволит выделить среди водителей группы максимального риска автодорожного травматизма, состоящие из водителей, выявленных в средней и тяжелой степени алкогольного опьянения.

Как следует из Национального руководства по наркологии [47, С. 201-202], легкая степень алкогольного опьянения (при концентрации этанола в крови от 0,5 до 1,5 г/л) проявляется в основном психическими нарушениями, средняя степень (от 1,5 до 2,5 г/л) – явными неврологическими расстройствами и тяжелая степень (более 2,5 г/л) – нарушениями жизненно важных вегетативных функций. При этом следует особо отметить, что после алкогольного опьянения средней и особенно тяжелой степени на следующий день в течение нескольких часов отмечаются постинтоксикационные расстройства, включающие в себя как снижение скорости психомоторных реакций, так и снижение работоспособности. Например, даже у опытных летчиков после легкого опьянения в течение четырнадцати часов отмечается снижение уровня реализации профессиональных навыков. Кроме того, выявление у водителя средней и особенно тяжелой степени алкогольного опьянения может косвенно свидетельствовать о наличии негативной тенденции снижения количественного и ситуационного контроля в результате употребления алкоголя (т.е. «сужения репертуара потребления» – продолжения потребления алкоголя в обычном для себя стиле без учета возможных негативных последствий [47, С. 206], например, риска лишения права управления транспортными средствами, участия в ДТП и т.д.).

В соответствии с приведенными выше критериями степеней алкогольного опьянения в рамках настоящего исследования все водители были разделены на 3 группы. В первую группу были включены водители с легкой степенью алкогольного опьянения и концентрацией этанола от 0,5 до 1,5 г/л, во вторую группу – со средней степенью алкогольного опьянения и концентрацией этанола от 1,5 до 2,5 г/л и в третью группу – водители с тяжелой степенью алкогольного опьянения и концентрацией этанола от 2,5 г/л и выше. Вместе с тем, исходя из имевшихся данных, целесообразным было выделение 4-ой группы водителей с концентрацией этанола до 0,5 г/л.

Распределение водителей в зависимости от выявленной концентрации этанола в крови в рассматриваемый период 2007-2012 гг. представлено ниже (табл. 4.3.3. и рис. 4.3.4).

Таблица 4.3.3

Абсолютные и относительные (в процентах) показатели распределения водителей в зависимости от концентрации этанола в 2007-2012 гг.

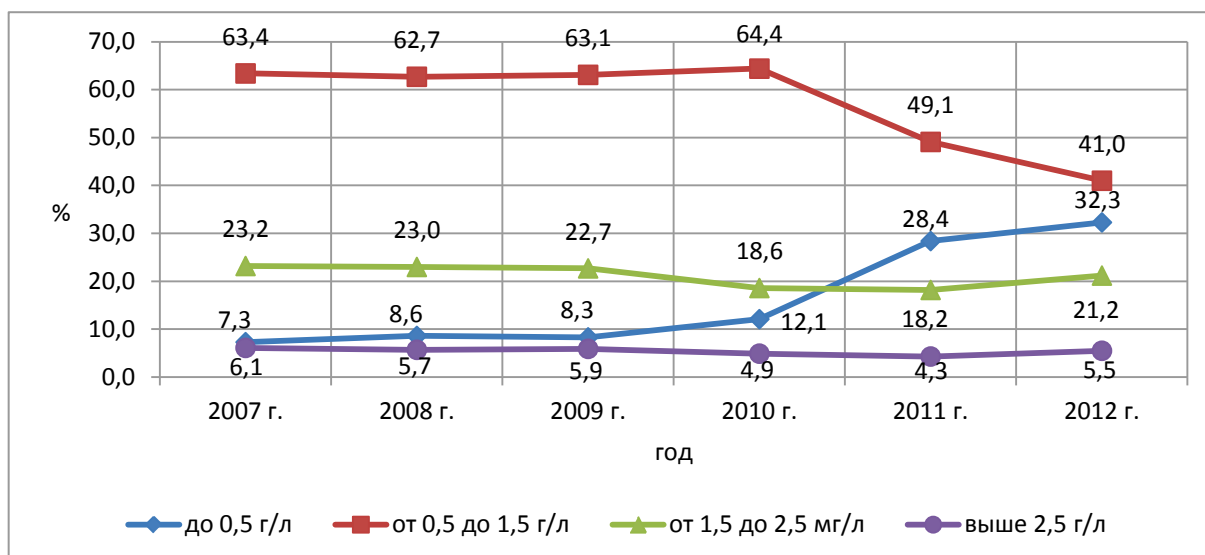
Год	до 0,5 г/л		0,5 до 1,5 г/л		1,5 до 2,5 г/л		выше 2,5 г/л	
	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)
2007	379	7,3	3 294	63,4	1 205	23,2	317	6,1
2008	341	8,6	2 485	62,7	911	23,0	226	5,7
2009	127	8,3	964	63,1	347	22,7	90	5,9
2010	142	12,1	759	64,4	219	18,6	58	4,9
2011	308	28,4	532	49,1	197	18,2	47	4,3
2012	322	32,3	409	41,0	211	21,2	55	5,5

Как следует из представленных данных, на протяжении всего периода 2007-2012 гг. среди водителей в Москве преобладало управление транспортным средством в состоянии легкой степени алкогольного опьянения (41-64%). При этом удельный вес рассматриваемой группы водителей в 2007-2010 гг. практически не изменялся и находился в пределах одного процентного пункта (63-64%). В период 2007-2009 гг. также практиче-

ски не изменялись и доли водителей, входящих в остальные группы. Соответственно, можно сделать вывод о том, что принятие величины ПДКА в организме водителей с 1 июля 2008 г. не оказало какого-либо значимого влияния на употребляемое водителями количество алкоголя. Как это было отмечено ранее, сложившаяся ситуация может объясняться тем, что, несмотря на информирование водителей о введении указанной величины ПДКА в установленном порядке, какие-либо разъяснения заинтересованных компетентных органов и ведомств о том, что нормой Закона фактически вводится запрет на управление транспортным средством с присутствием алкоголя в организме, даны не были. Именно поэтому в средствах массовой информации проводились параллели со странами мира, в которых введены величины ПДКА, «разрешающие» употребление относительно небольших доз алкоголя перед управлением транспортным средством. При этом фактически отсутствовала информация о том, что эти величины ПДКА значительно превосходят (до 4-х раз) введенную в России норму. Соответственно, водители расценивали принятую в России величину ПДКА как возможность управления транспортным средством после употребления относительно небольших доз алкоголя.

Рисунок 4.3.4

Динамика относительного (в процентах) показателя распределения водителей в зависимости от концентрации этанола в 2007-2012 гг.



Согласно представленным данным, только после введения в 2010 г. в России так называемого «нулевого порога», предусматривающего полный запрет на содержание этанола в организме водителя, была зафиксирована тенденция увеличения водителей с присутствием этанола в организме в относительно небольшой концентрации до 0,5 г/л. Так, величина рассматриваемого показателя с 2009 г. по 2012 г. выросла в 3,9 раза (с 8% до 32%). При этом следует отметить, что этот рост происходил прежде всего за счет снижения доли водителей с легкой степенью алкогольного опьянения. Так, с 2010 г. по 2012 г. величина доли водителей с легкой степенью алкогольного опьянения снизилась с 64% до 41%. Вместе с тем, особую настороженность вызывает группа водителей со средней и тяжелой степенью алкогольного опьянения. Так, несмотря на наблюдавшуюся позитивную тенденцию снижения этих долей в общей структуре выявленных в состоянии алкогольного опьянения водителей, масштабы позитивных изменений оказались крайне незначительными: доля водителей в средней степени алкогольного опьянения с 2007 г. по 2012 г. снизилась с 23% до 21%, а доля водителей в тяжелой степени – с 6,1% и 5,5% соответственно. С учетом изложенного, при разработке рекомендаций по проведению профилактических мероприятий автодорожного травматизма, связанного с употреблением алкоголя водителями транспортных средств, будет представлять несомнен-

ный практический интерес выявление закономерностей распределения концентраций этанола в организме водителей различных возрастных групп в течение рассматриваемого периода (табл. 4.3.4).

Как следует из представленных данных, только в одной возрастной группе водителей 25-29 лет на протяжении всего рассматриваемого периода 2007-2012 гг. прослеживалась тенденция ежегодного увеличения доли водителей с минимальной концентрацией этанола (менее 0,5 г/л). Тем не менее, после принятия так называемого «нулевого порога» с 31 октября 2010 г. в 2010-2012 гг. во всех возрастных группах водителей отмечалась тенденция увеличения доли водителей с выявленной концентрацией этанола в организме менее 0,5 г/л.

Таблица 4.3.4

Абсолютные и относительные (в процентах) показатели распределения водителей по возрасту в зависимости от выявленной концентрации этанола

Год	Конц. этанола (г/л)	до 20 лет		20-24 года		25-29 лет		30-34 года		35-39 лет	
		абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)
2007	до 0,5	9	9,1	86	8,6	96	7,1	64	7,0	43	6,7
	от 0,5 до 1,5	77	77,8	722	72,4	902	66,3	535	58,9	383	59,9
	от 1,5 до 2,5	11	11,1	178	17,9	321	23,6	232	25,5	154	24,2
	выше 2,5	2	2,0	11	1,1	42	3,0	78	8,6	59	9,2
	Всего:	99	100,0	997	100,0	1361	100,0	909	100,0	639	100,00
2008	до 0,5	10	10,5	92	10,6	85	8,7	53	7,9	36	7,8
	от 0,5 до 1,5	70	73,7	633	72,9	628	64,1	415	61,6	263	56,7
	от 1,5 до 2,5	15	15,8	135	15,6	236	24,1	149	22,0	124	26,7
	выше 2,5	0	0	8	0,9	30	3,1	57	8,5	41	8,8
	Всего:	95	100,0	868	100,0	979	100,0	674	100,0	464	100,0
2009	до 0,5	4	10,0	33	10,3	34	8,8	21	7,6	11	6,5
	от 0,5 до 1,5	32	80,0	240	75,2	257	66,8	161	58,8	99	58,2
	от 1,5 до 2,5	4	10,0	43	13,6	85	22,1	65	23,7	44	25,9
	выше 2,5	0	0,0	3	0,9	9	2,3	27	9,9	16	9,4
	Всего:	40	100,0	319	100,0	385	100,0	274	100,0	170	100,0
2010	до 0,5	2	10,5	37	16,0	33	11,2	27	12,3	18	11,4
	от 0,5 до 1,5	15	79,0	167	72,3	199	67,2	137	62,6	94	59,5
	от 1,5 до 2,5	2	10,5	25	10,8	54	18,2	41	18,7	33	20,9
	выше 2,5	0	0	2	0,9	10	3,4	14	6,4	13	8,2
	Всего:	19	100,0	231	100,0	296	100,0	219	100,0	158	100,0
2011	до 0,5	5	31,3	73	37,2	89	30,4	56	27,5	33	25,6
	от 0,5 до 1,5	11	68,7	116	59,2	165	56,3	89	43,6	50	38,7
	1,5 до 2,5	0	0	7	3,6	35	11,9	46	22,5	36	27,9
	выше 2,5	0	0	0	0	4	1,4	13	6,4	10	7,8
	Всего:	16	100,0	196	100,0	293	100,0	204	100,0	129	100,0
2012	до 0,5	8	44,4	85	45,9	96	35,8	55	30,4	33	27,5
	от 0,5 до 1,5	10	55,6	87	47,1	126	47,0	72	39,8	38	31,7
	от 1,5 до 2,5	0	0	13	7,0	41	15,3	41	22,6	39	32,5
	выше 2,5	0	0	0	0	5	1,9	13	7,2	10	8,3
	Всего:	18	100,0	185	100,0	268	100,0	181	100,0	120	100,0
2007	до 0,5	29	6,3	27	6,8	16	7,5	7	8,0	2	6,5
	от 0,5 до 1,5	238	51,4	231	58,5	131	61,5	55	62,5	20	64,5
	от 1,5 до 2,5	132	28,5	96	24,3	51	23,9	22	25,0	8	25,8
	выше 2,5	64	13,8	41	10,4	15	7,1	4	4,5	1	3,2
	Всего:	463	100,0	395	100,0	213	100,0	88	100,0	31	100,0

Продолжение таблицы 4.3.4

2008	от 0,5 до 1,5	184	51,1	141	50,2	89	62,2	48	60,8	14	70
	от 1,5 до 2,5	105	29,2	89	31,7	35	24,5	20	25,3	3	15
	выше 2,5	44	12,2	32	11,4	8	5,6	5	6,3	1	5
	Всего:	360	100,0	281	100,0	143	100,0	79	100,0	20	100,0
	до 0,5	11	7,0	6	6,4	4	7,3	2	8,3	1	11,1
2009	от 0,5 до 1,5	76	48,4	44	46,3	34	61,7	15	62,5	6	66,7
	от 1,5 до 2,5	51	32,5	33	34,7	14	25,5	6	25,0	2	22,2
	выше 2,5	19	12,1	12	12,6	3	5,5	1	4,2	0	0,0
	Всего:	157	100,0	95	100,0	55	100,0	24	100,0	9	100,0
2010	до 0,5	10	9,5	8	10,7	3	7,7	3	12	1	9,1
	от 0,5 до 1,5	58	55,2	39	52	25	64,1	17	68	8	72,7
	от 1,5 до 2,5	28	26,7	21	28	8	20,5	5	20	2	18,2
	выше 2,5	9	8,6	7	9,3	3	7,7	0	0	0	0
	Всего:	105	100,0	75	100,0	39	100,0	25	100,0	11	100,0
2011	до 0,5	20	20,4	13	18,9	11	21,5	4	25,0	4	33,3
	от 0,5 до 1,5	37	37,8	28	40,6	23	45,1	8	50,0	5	41,7
	от 1,5 до 2,5	31	31,6	21	30,4	14	27,5	4	25,0	3	25,0
	выше 2,5	10	10,2	7	10,1	3	5,9	0	0,0	0	0
	Всего:	98	100,0	69	100,0	51	100,0	16	100,0	12	100,0
2012	до 0,5	17	18,1	12	17,9	9	23,1	5	27,8	2	28,5
	от 0,5 до 1,5	28	29,8	21	31,4	16	41,0	8	44,4	3	42,9
	от 1,5 до 2,5	35	37,2	25	37,3	11	28,2	4	22,2	2	28,6
	выше 2,5	14	14,9	9	13,4	3	7,7	1	5,6	0	0
	Всего:	94	100,0	67	100,0	39	100,0	18	100,0	7	100,0

При этом следует отметить, что показатели данного увеличения были дифференцированы по возрастным группам. Так, максимальный рост величины рассматриваемого относительного показателя был зарегистрирован в группе водителей до 20 лет (в 4,2 раза – с 10,5% в 2010 г. до 44,4% в 2012 г.). Рост величины рассматриваемого показателя в 3-4 раза отмечался в возрастных группах 25-29 лет (в 3,2 раза), 60-76 лет (в 3,1 раза) и 50-54 лет (в 3 раза). Увеличение рассматриваемого показателя в 2,3-2,9 раза произошло в следующих возрастных группах водителей: 20-24 лет (в 2,9 раза), 30-34 лет (в 2,5 раза), 35-39 лет (в 2,4 раза) и 55-59 лет (в 2,3 раза).

Наименьшие показатели роста величины рассматриваемого показателя наблюдались в возрастной группе 40-49 лет: у водителей 40-44 лет в 2012 г. по сравнению с 2010 г. указанная доля увеличилась в 1,9 раза, у водителей 45-49 лет – в 1,7 раза. Таким образом, возрастные группы водителей 40-44 лет и 45-49 лет продемонстрировали минимальную (среди других возрастных групп водителей) чувствительность к действию так называемого «закона о нулевом промилле».

Как было отмечено ранее, тенденция роста доли водителей с выявленной концентрацией алкоголя менее 0,5 г/л в 2010-2012 гг. была обусловлена прежде всего снижением доли водителей, выявленных в состоянии легкой степени алкогольного опьянения. Так, во всех возрастных группах удельный вес водителей, выявленных в состоянии легкой степени алкогольного опьянения, в общем числе выявленных водителей в 2012 г. сократился по сравнению с 2007 г. При этом динамика снижения удельного веса водителей, выявленных в состоянии легкой степени алкогольного опьянения, также была дифференцирована по возрастным группам. Максимальные показатели снижения (в 0,7 раза) доли водителей, выявленных в состоянии легкой степени, в 2012 г. по сравнению с 2010 г. отмечались в возрастных группах до 30 лет и в группе 55-59 лет. В возрастной группе до 20 лет величина рассматриваемого относительного показателя снизилась с 79% до 56%, в группе 20-24 лет – с 72% до 47%, в группе 25-29 лет – с 67% до 47%, в возрастной группе 55-59 лет – с 68% до 44%. В возрастных группах 30-34 лет, 45-49 лет и 50-54 лет

величина рассматриваемого показателя сократилась в 0,6 раза. Минимальное сокращение указанного относительного показателя (в 0,5 раза) было зарегистрировано в группах водителей 35-39 и 40-44 лет.

Представленные данные (табл. 4.3.4) свидетельствуют о наличии неоднозначных тенденций в группе водителей, выявленных в состоянии средней степени алкогольного опьянения. Так, снижение удельного веса данной группы водителей в общем числе выявленных случаев управления транспортным средством в состоянии опьянения в 2012 г. по сравнению с 2007 г. было зафиксировано только для возрастных групп до 35 лет и 55-59 лет. Во всех остальных возрастных группах в 2012 г. по сравнению с 2007 г. отмечался рост доли водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения средней степени тяжести. При этом максимальный рост величины рассматриваемого относительного показателя в 1,5 раза (с 24% до 37%) был зарегистрирован в группе водителей 45-49 лет, рост в 1,3 раза наблюдался в возрастных группах 35-39 лет (с 24% до 33%) и 40-44 лет (с 29% до 37%).

В рассматриваемый период 2007-2012 гг. незначительное снижение доли водителей, выявленных в состоянии тяжелой степени алкогольного опьянения, было зафиксировано в возрастных группах до 40 лет и 60-76 лет. Так, в 2012 г. по сравнению с 2007 г. величина рассматриваемого относительного показателя снизилась: в группе водителей до 20 лет – с 2% до 0, в группе водителей 20-24 лет – с 1,1% до 0, в возрастной группе 25-29 лет – с 3% до 2%, в группе 30-34 лет – с 9% до 7%, в группе 35-39 лет – с 9% до 8% и в возрастной группе 60-76 лет – с 3,2% до 0.

В возрастных группах водителей от 40 до 59 лет в 2012 г. по сравнению с 2007 г. отмечался незначительный рост удельного веса числа водителей, выявленных в состоянии тяжелой степени алкогольного опьянения. Так, величина рассматриваемого относительного показателя увеличилась для возрастной группы водителей 40-44 лет с 14% до 15%, 50-54 лет – с 7% до 8% и водителей 55-59 лет – с 5% до 6%. При этом максимальные показатели роста доли водителей, выявленных в состоянии тяжелой степени алкогольного опьянения, были зарегистрированы в возрастной группе 45-49 лет (с 10% до 13%).

Таким образом, результаты проведенного анализа динамики распределения выявленных концентраций этанола в различных возрастных группах водителей свидетельствуют о наличии как положительных, так и отрицательных тенденций.

Учитывая изложенное, а также принимая во внимание тот факт, что риск возникновения автодорожного травматизма увеличивается в соответствии с ростом концентрации этанола в организме водителя, для удобства оценки выявленных концентраций этанола внутри возрастных групп в рамках настоящего исследования был разработан **Индекс тяжести опьянения (Ито)**, который рассчитывался для каждой возрастной группы водителей по следующей формуле:

$$Ито = (A2+A3) / (A0+A1),$$

где $A0$ – число водителей, выявленных с концентрацией этанола менее 0,5 г/л; $A1$ – число водителей, выявленных в состоянии легкой степени алкогольного опьянения с концентрацией этанола от 0,5 до 1,5 г/л; $A2$ – число водителей, выявленных в состоянии средней степени алкогольного опьянения с концентрацией этанола от 1,5 до 2,5 г/л; $A3$ – число водителей, выявленных в состоянии тяжелой степени алкогольного опьянения с концентрацией этанола от 2,5 г/л и выше.

Фактически, **Индекс тяжести опьянения (Ито)** показывает отношение числа случаев управления транспортным средством в состоянии средней и тяжелой степени к легкой степени алкогольного опьянения. Соответственно, чем больше величина Индекса тяжести опьянения, тем большее число в рассматриваемой группе водителей с выявленной тяжелой и средней степенью по сравнению с легкой степенью алкогольного опьянения, и, соответственно, тем выше риск возникновения автодорожного травматизма.

Рассчитанные значения Индекса тяжести опьянения (Ито) для различных возрастных групп в 2007-2012 гг. представлены ниже (табл. 4.3.5. и рис. 4.3.5).

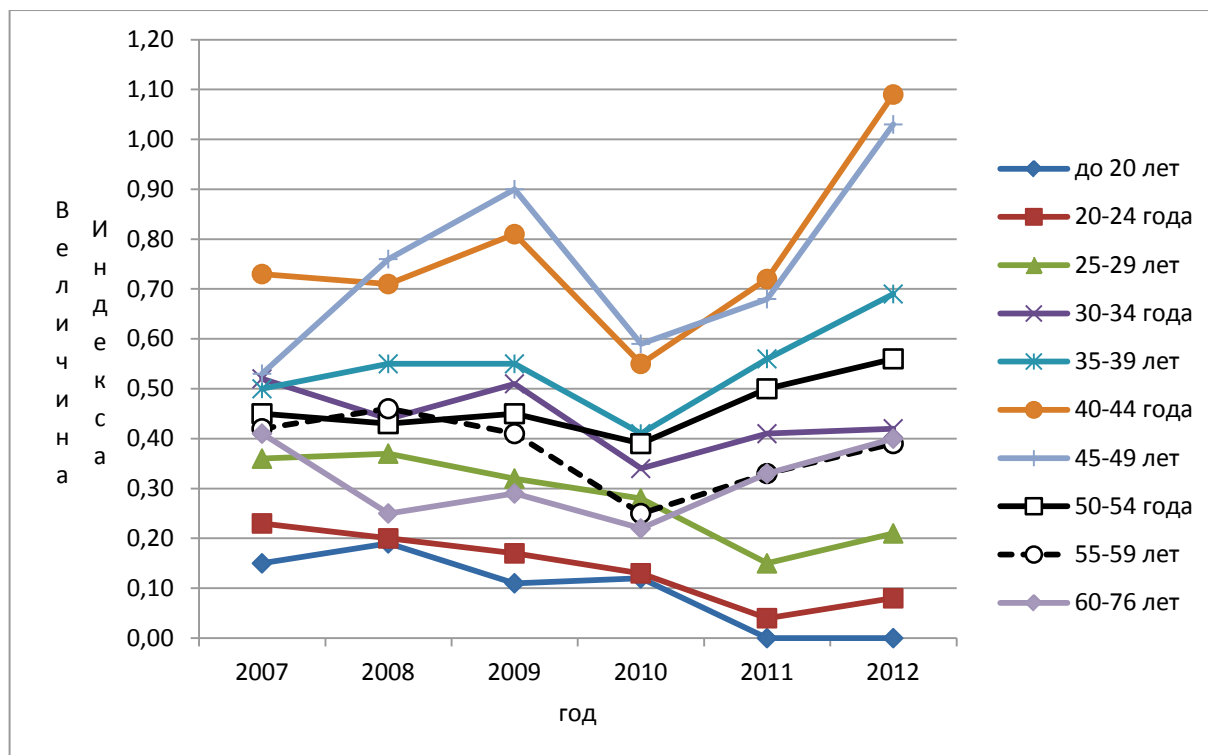
Таблица 4.3.5

Распределение Индекса тяжести опьянения (Ито) по возрастным группам водителей в 2007-2012 гг.

Год	16-20 лет	20-24 года	25-29 лет	30-34 года	35-39 лет	40-44 года	45-49 лет	50-54 года	55-59 лет	60-76 лет
2007	0,15	0,23	0,36	0,52	0,50	0,73	0,53	0,45	0,42	0,41
2008	0,19	0,20	0,37	0,44	0,55	0,71	0,76	0,43	0,46	0,25
2009	0,11	0,17	0,32	0,51	0,55	0,81	0,90	0,45	0,41	0,29
2010	0,12	0,13	0,28	0,34	0,41	0,55	0,59	0,39	0,25	0,22
2011	0,00	0,04	0,15	0,41	0,56	0,72	0,68	0,50	0,33	0,33
2012	0,00	0,08	0,21	0,42	0,69	1,09	1,03	0,56	0,39	0,40

Рисунок 4.3.5

Динамика распределения Индекса тяжести опьянения (Ито) по возрастным группам водителей в 2007-2012 гг.



Как следует из представленных данных, по значению и динамике Индекса тяжести опьянения (Ито) в рассматриваемые годы возрастные группы водителей можно разделить следующим образом:

1) Группы, в которых отмечались относительно низкие значения Индекса тяжести опьянения (Ито) (0-0,2 в 2011-2012 гг.) и преимущественно положительная динамика их снижения, обусловленная «восприимчивостью» поведения водителей к мерам административного регулирования. К данной категории относятся водители 3 возрастных групп: до 20 лет, 20-24 лет и 25-29 лет, т.е. все водители моложе 30 лет;

2) Группы, в которых отмечались средние и высокие значения Индекса тяжести опьянения (Ито) (0,4-1,1 в 2012 гг.). Ужесточение подходов при определении состояния алкогольного опьянения привело к краткосрочному сокращению Индекса тяжести опья-

нения (Ito) в рассматриваемых возрастных группах, однако не смогло переломить негативную тенденцию его существенного роста в 2011-2012 гг. К данной категории относятся водители старше 30 лет.

С точки зрения значения показателя Индекса тяжести опьянения (Ito) и, соответственно, уровня риска повышенного автодорожного травматизма, связанного с употреблением алкоголя, рассматриваемая категория дифференцируется на 3 подкатегории:

- Группа критического риска. К данной группе относятся водители 40-49 лет. Важнейшими характеристиками указанной группы являются чрезвычайно высокие значения Индекса тяжести опьянения (Ito) (более 1 в 2012 г., т.е. треть выявленных случаев управления транспортным средством в состоянии опьянения относится к средней или тяжелой степени алкогольного опьянения) и ярко выраженная тенденция роста его показателя в 2011-2012 г. (в 1,8-2 раза в 2012 г. по сравнению с 2010 г.);
- Группа высокого риска. К данной группе относятся водители 35-39 лет и 50-54 лет. Для указанной группы также характерна выраженная тенденция роста Индекса тяжести опьянения (Ito) в 2011-2012 г. (в 2012 г. по сравнению с 2010 г. в 1,7 раза для водителей 35-39 лет и в 1,4 раза для водителей 50-54 лет). Вместе с тем, в рассматриваемой группе наблюдаются более низкие, по сравнению с группой критического риска, значения Индекса тяжести опьянения (Ito), которые в 2007-2012 гг. находились в диапазоне от 0,4 до 0,7 (в 2011-2012 гг. – от 0,5 до 0,7);
- Группа среднего риска. К данной группе относятся водители 30-34 лет и 55-76 лет. В указанной группе в 2007-2012 гг. наблюдались средние значения Индекса тяжести опьянения (Ito) (от 0,25 до 0,5), однако отмечался их выраженный рост в 2011-2012 гг. (в 2012 г. по сравнению с 2010 г. в 1,8 раза для водителей 60-76 лет, в 1,6 раза для водителей 50-59 лет и в 1,2 раза для группы водителей 30-34 лет).

Таким образом, проведенный анализ характеристик различных возрастных групп водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения в 2007-2012 гг., позволяет резюмировать следующее:

- Распределение числа случаев управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения по дням недели зависит от возраста. Так, с увеличением возраста в группе водителей до 30 лет отмечается снижение числа случаев управления транспортным средством в период со вторника по четверг с последующим значительным ростом с пятницы по воскресенье. Для возрастной группы водителей от 30 до 50 лет с увеличением возраста регистрируется тенденция увеличения периода алкоголизации в выходные дни и по понедельникам;
- Распределение максимальных показателей управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения по времени суток зависит от возраста. Для водителей в возрасте до 25 лет характерно управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения в «утренние» часы (с 03:00 до 05:00) после посещения ночных клубов, дискотек, баров и т.д. Для водителей в возрасте от 25 до 45 лет – с 02:00 до 04:00, в возрасте от 45 до 49 лет – с 00:00 до 03:00, в возрасте от 50 до 54 лет – с 00:00 до 02:00 и в возрасте от 55 до 76 лет – с 23:00 до 00:00 часов;
- Создание в мегаполисе электронной базы данных по результатам выявления водителей в состоянии алкогольного опьянения, содержащей ряд сведений о водителях (возраст, пол, место регистрации, место остановки транспортного средства инспектором дорожной полиции, день недели, время суток и т.д.) может иметь важное прикладное значение. При наличии подобной электронной базы возможно на основании анализа динамики распределения водителей эффективно планировать проведение профилактических мероприятий по выявлению водителей в состоянии алкогольного опьянения в мегаполисе;
- Принятие в России с 1 июля 2008 г. одной из самых низких в странах Европейского региона ВОЗ величины ПДКА в организме водителей не оказало какого-либо зна-

чимого влияния на употребляемое водителями количество алкоголя. Рассматриваемая ситуация может объясняться тем, что компетентными органами и ведомствами не были даны разъяснения о том, что нормой Закона фактически вводится запрет на управление транспортным средством с присутствием алкоголя в организме. Соответственно, водители расценивали принятую в России величину ПДКА как возможность управления транспортным средством после употребления относительно небольших доз алкоголя. Только после введения в 2010 г. в России так называемого «нулевого порога» была зафиксирована тенденция увеличения доли водителей с присутствием относительно небольших концентраций этанола (до 0,5 г/л) прежде всего за счет снижения доли водителей, выявленных в состоянии легкой степени алкогольного опьянения.

Вместе с тем, особую настороженность вызывает группа водителей с выявленной средней и тяжелой степенью алкогольного опьянения. Так, несмотря на наблюдавшуюся тенденцию снижения их доли в общей структуре выявленных в состоянии алкогольного опьянения водителей, масштабы позитивных изменений оказались крайне незначительными;

- Для удобства оценки выявленных концентраций этанола внутри возрастных групп водителей (с учетом влияния изменившихся в 2008 г. и 2010 г. подходов при определении состояния алкогольного опьянения) разработан Индекс тяжести опьянения (Ито). Анализ динамики распределения степеней алкогольного опьянения в различных возрастных группах водителей с использованием Индекса тяжести опьянения (Ито) позволил дифференцировать возрастные группы водителей по «восприимчивости» к мерам административного регулирования и степени риска возникновения автодорожного травматизма;
- Наиболее «восприимчивой» к мерам административного регулирования в период 2007-2012 гг. являлась группа водителей в возрасте до 30 лет. Соответственно, для снижения показателя частоты случаев управления транспортным средством в состоянии средней или тяжелой степени алкогольного опьянения водителями в возрасте до 30 лет достаточным является усиление административной ответственности.

Глава 5

РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ АВТОДОРОЖНОГО ТРАВМАТИЗМА, СВЯЗАННОГО С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ ВОДИТЕЛЕМ

Результаты проведенного комплексного анализа мирового и российского опыта профилактики автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, результаты анализа регистрируемых в России в 2004-2013 гг. тенденций в области безопасности дорожного движения, связанных с управлением транспортным средством в состоянии опьянения, а также результаты анализа сложившейся практики управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения (на примере Москвы) позволяют дать оценку эффективности анти-алкогольной политики государства в рассматриваемом вопросе и сформулировать ряд рекомендаций в данной области.

Анализ существующего мирового опыта позволил сделать ряд важных выводов и выделить наиболее эффективные меры, применение которых во многих странах с разным уровнем дохода способствовало значительному снижению уровня автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения.

В настоящее время широко изучена взаимосвязь между уровнем автодорожного травматизма и употреблением алкоголя при управлении транспортным средством. Прежде всего, следует отметить результаты проведенных в 1960-х гг. так называемых «Гранд-Рапидс исследований», в ходе которых была установлена пороговая величина содержания этанола в крови водителя, превышение которой приводит к увеличению риска возникновения дорожно-транспортного происшествия (ДТП). Результаты данного исследования легли в основу международной Конвенции о дорожном движении 1968 года, в тексте которой впервые была приведена рекомендуемая величина предельно допустимой концентрации алкоголя (ПДКА) в крови и выдыхаемом воздухе водителя, при равенстве или превышении которой водитель должен отстраняться от управления транспортным средством.

Таким образом, принятие на законодательном уровне величины ПДКА в крови и (или) выдыхаемом воздухе водителей является одной из главных рекомендаций по снижению автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения. В последующем, для снижения числа водителей, управляющих транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, целесообразно либо снижать имеющуюся в стране величину ПДКА до минимальных значений, либо дифференцировать правоприменительные санкции в отношении водителей за превышение определенного уровня (или уровней) ПДКА в организме.

Как следует из результатов проведенного анализа мирового опыта, в разных странах принятые величины ПДКА дифференцированы и по величине, и в отношении различных категорий водителей. Указанная дифференциация обусловлена как неравномерностью риска возникновения ДТП при наличии состояния опьянения в разных возрастных группах водителей, так и различием тяжести последствий ДТП с участием общественных, легковых и грузовых транспортных средств. В результате, во многих странах ПДКА для молодых и неопытных водителей, а также для водителей общественного транспорта и водителей транспортных средств с большой массой либо обнуляется, либо устанавливается на более низком уровне, чем ПДКА для всех остальных категорий водителей.

Кроме того, с учетом возможной тяжести последствий ДТП с участием грузовых и ряда пассажирских транспортных средств (в том числе школьных автобусов), в странах с высоким уровнем дохода в указанные транспортные средства устанавливаются специ-

альные алкотестеры (алкоблокираторы) в цепь стартера. Перед тем, как завести двигатель, водитель должен пройти исследование выдыхаемого воздуха на содержание алкоголя. В случае обнаружения алкоголя блокируется запуск двигателя. Рассматриваемая мера рекомендуется мировым сообществом для использования в странах с высоким уровнем дохода, поскольку в этих странах сформирован высокий уровень правоприменительной практики.

Особую группу риска составляют водители, повторно выявляемые в состоянии алкогольного опьянения при управлении транспортным средством. Для снижения числа этой группы водителей в мире используется усиление тяжести наказания за повторное управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, обязательное прохождение такими водителями реабилитационных программ, а также предоставление возможности управления личным транспортным средством только после установки на него алкоблокиратора.

Существенная дифференциация показателя летальности в результате ДТП в странах с высоким уровнем дохода и странах с низким, а также средним уровнем дохода в значительной степени объясняется различиями в эффективности государственной антиалкогольной политики и уровнем правоприменительной практики в отношении алкогольного опьянения при управлении транспортным средством.

Как свидетельствует мировой опыт (в частности, опыт стран Европейского союза), одним из самых эффективных и низкозатратных методов выявления водителей в состоянии алкогольного опьянения является проведение работниками дорожной полиции тестирования водителей на содержание алкоголя в выдыхаемом воздухе. При этом, в соответствии с современными рекомендациями ВОЗ (2013 г.) [32], наиболее эффективным считается тотальное тестирование работниками дорожной полиции всех остановленных водителей, а не только подозреваемых в приеме алкоголя, и проведение тестирования в тех местах и в то время, когда управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения наиболее вероятно.

При этом важной составляющей снижения показателей автодорожного травматизма, связанного с употреблением алкоголя водителями, является профилактическая работа по сокращению вредного употребления алкоголя населением. По мнению экспертов ВОЗ [19], разрабатываемые меры профилактики должны быть как универсальными для всех водителей, так и адресными (направленными на группы повышенного риска автодорожного травматизма в результате управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения). Учитывая, что повторные или неоднократные случаи выявления высокого уровня алкоголя в крови водителей среднего возраста могут указывать на наличие алкоголизма, то таким водителям должна предоставляться возможность лечения и прохождения реабилитационных программ.

Результаты проведенного исследования динамики важнейших показателей автодорожного травматизма в Российской Федерации, Центральном федеральном округе (ЦФО), Московской области (МО) и Москве в 2004-2013 гг. свидетельствуют о том, что в течение рассматриваемого периода в России в целом преобладала негативная тенденция увеличения показателей автодорожного травматизма. Так, в 2004-2007 гг. наблюдался неуклонный рост количеств ДТП и числа получивших в них травмы; в 2008-2010 гг. фиксировалось снижение количеств ДТП и числа получивших в них травмы, однако, с 2011 г. отмеченные позитивные сдвиги сменились негативным трендом умеренного роста основных показателей автодорожного травматизма.

На решение этой задачи была направлена действовавшая в 2006-2012 гг. в России Федеральная целевая программа (ФЦП) «Повышение безопасности дорожного движения». Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что цели ФЦП не были достигнуты в значительной степени в результате роста как числа транспортных средств, так и неопытных водителей, что было недооценено при определении целевых индикаторов рассматриваемой ФЦП. Таким образом, рост числа транспортных средств с увеличе-

нием числа неопытных водителей выступает в качестве важнейшего фактора, препятствующего снижению показателей автодорожного травматизма в последнее десятилетие в России. При этом действие указанного фактора, по мнению экспертов ВОЗ (2013 г.) [32], универсально для стран со средним уровнем доход, к которым относится и Российская Федерация, что, в свою очередь, дает основание в кратко- и среднесрочной перспективе прогнозировать дальнейший рост рассматриваемых показателей при увеличении парка автотранспортных средств в стране.

Регистрируемая в России в 2011-2013 гг. негативная тенденция роста количеств ДТП также отягощается рядом других важных факторов. В частности, широким распространением практики управления транспортным средством в состоянии опьянения, что существенно повышает основные показатели автодорожного травматизма. С точки зрения динамики основных показателей автодорожного травматизма с участием водителей, находившихся в состоянии опьянения, рассматриваемое десятилетие (2004-2013 гг.) делится на 2 периода. В 2004-2010 гг. наблюдалась позитивная тенденция снижения абсолютных и относительных (в общем числе ДТП) показателей ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, а в 2011-2013 гг. позитивная тенденция сменилась их ростом. Так, в 2013 г. по сравнению с 2010 г. число ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, возросло на 14,7%, число погибших в результате этих ДТП – на 18,4% и число получивших травмы – на 12,2%. Удельный вес ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, в общем числе ДТП в России увеличился с 5,9% в 2010 г. до 6,7% в 2013 г.; доля погибших и получивших травмы в результате указанных ДТП от общего числа погибших и получивших травмы в ДТП – с 7,4% до 8,6% и с 6,9% до 7,5% соответственно.

Особую обеспокоенность вызывает тот факт, что негативная тенденция роста основных показателей автодорожного травматизма в Российской Федерации в 2011-2013 гг., помимо прочего, была обусловлена повышением числа управлений транспортным средством в состоянии опьянения молодыми (в возрасте до 21 года) и неопытными (стаж управления до 3-х лет) водителями, а также водителями, отказавшимися от прохождения освидетельствования на состояние опьянения. Соответственно, сокращение числа управлений транспортным средством в состоянии опьянения выступает одним из важнейших условий снижения существующих в России показателей автодорожного травматизма. Отдельное внимание при решении данной задачи должно быть уделено снижению масштабов употребления алкоголя при управлении транспортными средствами молодыми и неопытными водителями.

На снижение уровня автодорожного травматизма было направлено принятие ФЦП «Повышение безопасности дорожного движения в 2013-2020 годах», предусматривающей осуществление мероприятий по снижению показателя летальности в результате автодорожного травматизма. Оценка достижения целей по годам реализации ФЦП будет осуществляться на основании анализа динамики системных целевых индикаторов и показателей. При этом снижение количества ДТП с участием молодых и неопытных водителей декларируется как одна из целей рассматриваемой ФЦП.

Как было особо отмечено в настоящей работе, даже при наличии незначительных концентрации алкоголя в организме молодых и неопытных водителей риск возникновения ДТП увеличивается в 3 раза по сравнению с аналогичной группой водителей старше 30 лет. Риск возникновения автодорожного травматизма с летальным исходом у водителей в возрасте до 20 лет при наличии алкоголя в крови в пять раз выше, чем у водителей в возрасте от 30 лет и старше при той же концентрации алкоголя в крови. Водители в возрасте до 20 лет с концентрацией алкоголя в крови 0,3 г/л при наличии двух и более пассажиров в салоне автомобиля подвержены риску ДТП в 34 раза больше, чем водители в возрасте 30 лет и старше при наличии аналогичной концентрации алкоголя и с одним пассажиром.

Вместе с тем, результаты проведенного анализа рассматриваемой программы ФЦП свидетельствуют о том, что в ней отсутствуют системные целевые индикаторы, характеризующие распространенность автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии опьянения. Отсутствие таких системных целевых индикаторов не позволяет на федеральном и территориальных уровнях оценить масштабы проблемы автодорожного травматизма, вызванного группами водителей, как отказавшихся от освидетельствования, так и выявленных в состоянии опьянения (в том числе: молодые и неопытные водители; первично и повторно выявленные в состоянии опьянения; первично и повторно передавшие управление транспортным средством лицу в состоянии опьянения; при наличии или отсутствии права управления и т.д.).

Соответственно, представляется целесообразным дополнение раздела II «Цель и задачи Программы, сроки и этапы ее реализации, а также целевые индикаторы и показатели, отражающие ход ее выполнения» рассматриваемой ФЦП новыми системными целевыми индикаторами, характеризующими распространенность автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии опьянения, в разных группах водителей:

- количества ДТП в результате первичных и повторных случаев управления транспортным средством в состоянии опьянения (включая молодых и неопытных водителей, а также водителей без права управления транспортными средствами или ранее лишенных этого права);
- количества ДТП с отказавшимися от освидетельствования водителями (включая молодых и неопытных водителей, а также водителей без права управления транспортными средствами или ранее лишенных этого права);
- количества ДТП в результате первичных и повторных передач управления транспортным средством лицу в состоянии опьянения.

Введение указанных дополнительных индикаторов позволит оценить масштабы существующей проблемы автодорожного травматизма на федеральном и территориальных уровнях и выработать комплексные меры для ее решения с учетом специфики отдельных территорий, включая крупные мегаполисы.

Сложившаяся ситуация свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования государственной политики, направленной на снижение уровня автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения. При этом снижение числа случаев управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения молодыми и неопытными водителями также должно рассматриваться в качестве важнейшей составляющей реализуемой в настоящее время государственной антиалкогольной политики.

Снижение числа случаев управления транспортными средствами в состоянии опьянения молодыми и неопытными водителями возможно осуществить в результате улучшения качества подготовки водителей при получении права на управление транспортными средствами.

В настоящее время в России осуществляется комплекс мероприятий, направленных на улучшение качества подготовки водителей при получении права на управление транспортными средствами. В частности, предыдущей редакцией статьи 26 «Основные требования по подготовке водителей транспортных средств» Закона [161] допускалась самостоятельная подготовка водителей на получение права управления транспортными средствами категорий «А» и «В» в объеме соответствующих программ. В 2013 г. Законом [169] в рассматриваемую статью были внесены изменения, согласно которым возможность получения права управления транспортными средствами в настоящее время предоставляется только после прохождения соответствующего профессионального обучения в установленном порядке. Также рассматриваемой статьей Закона предусмотрено, что примерные программы профессионального обучения водителей транспортных средств соответствующих категорий и подкатегорий разрабатываются уполномоченны-

ми на то федеральными органами исполнительной власти в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации.

Как следует из соответствующего постановления Правительства России [100], разработка и утверждение примерных программ профессионального обучения водителей транспортных средств осуществляется Министерством образования и науки Российской Федерации по согласованию в том числе с Министерством здравоохранения Российской Федерации. С учетом изложенного, в компетенции Минздрава России инициировать включение в примерный учебный план раздела, посвященного автодорожному травматизму, связанному с управлением транспортным средством в состоянии опьянения. Указанный раздел может состоять из образовательного цикла продолжительностью восемь академических часов и содержать следующую информацию:

1. Нормативная база, содержащая запрет на управление транспортным средством в состоянии опьянения. Виды ответственности (административная и уголовная) за управление транспортным средством в состоянии опьянения, а также за отказ от прохождения медицинского освидетельствования;

2. Порядок прохождения водителем медицинского освидетельствования на состояние опьянения;

3. Риск возникновения ДТП в результате управления транспортным средством в состоянии опьянения;

4. Основные показатели аварийности и автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии опьянения, в субъекте Федерации, где осуществляется обучение водителей.

Результаты приведенного в настоящей работе анализа существующих международных рекомендаций свидетельствуют о том, что принятие величины ПДКА в организме водителя и проведение тестирования на наличие алкоголя в выдыхаемом воздухе водителей не только способствуют предотвращению употребления алкоголя при управлении транспортным средством, но и являются высокоэффективной мерой предотвращения автодорожного травматизма. Так, по оценочным данным специалистов Европейского Союза (ЕС), 1 евро, потраченный в этих целях, сохраняет обществу 36 евро.

В 2008 г. в России, как и в большинстве стран мирового сообщества, на законодательном уровне был введен юридический критерий алкогольного опьянения для водителей – величина ПДКА в выдыхаемом воздухе (0,15 мг/л) и крови (0,3 г/л). Тем не менее, в последующем 2009 году отмечался рост числа водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения в целом по России. Указанный рост являлся следствием того, что после введения одной из самых низких в Европейском регионе ВОЗ величин ПДКА, которая фактически означала запрет на употребление алкоголя, заинтересованными органами и ведомствами не были даны соответствующие разъяснения. При этом в средствах массовой информации это нововведение позиционировалось как возможность употребления относительно небольших доз алкоголя перед управлением транспортным средством по аналогии с другими странами, в которых величина ПДКА значительно превышала принятую в России. Только введение полного запрета на употребление алкоголя в 2010 г. привело в последующем 2011 году к кратковременному (только в течение одного года) снижению числа водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения.

В 2013 г. вновь произошло усиление административной ответственности в том числе за управление транспортным средством в состоянии опьянения. Указанная мера привела к снижению числа выявленных водителей рассматриваемой категории. Вместе с тем, регистрируемая с 2011 г. в России негативная тенденция роста «пьяных» ДТП, числа получивших в их результате травмы и погибших продолжилась и в 2013 г., что свидетельствует о недостаточности проводимого работниками дорожной полиции тестирования водителей на содержание алкоголя в выдыхаемом воздухе.

Таким образом, анализ имеющихся статистических данных не выявил значимого позитивного воздействия данных мер на показатели автодорожного травматизма в ре-

зультате ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, как в целом по России, так и в ЦФО, МО и Москве. Несмотря на имеющиеся различия в динамике показателей автодорожного травматизма в России, ЦФО, МО и Москве, в целом можно сделать вывод о преобладании общих тенденций в рассматриваемый десятилетний период, что свидетельствует о системном характере проблемы автодорожного травматизма, в том числе связанного с употреблением алкоголя водителями транспортных средств.

Москва выделяется среди рассматриваемых территориальных субъектов относительно низким уровнем автодорожного травматизма, связанного с употреблением алкоголя водителями. Между тем, динамика данных по Москве в 2011-2013 гг. отражает общероссийские тенденции в большей степени, чем данные по ЦФО и МО. При этом, с точки зрения динамики показателей автодорожного травматизма, Москва остается «проблемным» субъектом в рамках ЦФО. Так, сравнение статистики автодорожного травматизма в целом по России, в ЦФО, в МО и в Москве показывает, что только в Москве наблюдались:

- превышение зарегистрированного в 2013 г. количества ДТП с погибшими или получившими травмы над величиной аналогичного показателя 2004 г.;
- неуклонный рост в 2010-2013 гг. числа погибших в ДТП;
- неуклонный рост в 2010-2013 гг. показателя тяжести последствий ДТП;
- рост доли погибших в ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, от общего числа погибших в ДТП в 2013 г. по сравнению с 2004 г.

В целом результаты проведенного анализа указывают на недостаточную эффективность реализуемых на федеральном уровне мер по профилактике автодорожного травматизма, связанного с употреблением алкоголя, в особенности в условиях крупных городов, и, соответственно, на необходимость совершенствования программы профилактических мер в рассматриваемой сфере как на федеральном, так и на региональном уровне, в том числе с учетом специфики мегаполисов.

Как было уже отмечено, наиболее эффективным способом профилактики автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, является тестирование всех водителей, останавливаемых работниками дорожной полиции, на содержание этанола в выдыхаемом воздухе, а не только подозреваемых в приеме алкоголя. По оценочным данным, проведение исследований выдыхаемого воздуха водителей на содержание этанола в странах ЕС привело к снижению количества ДТП, связанных с употреблением алкоголя, примерно на 20%.

В настоящее время в России, в соответствии с установленным порядком, исследование выдыхаемого воздуха на содержание этанола проводится только при наличии «достаточных оснований полагать, что водитель находится в состоянии алкогольного опьянения». Введение в России тестирования всех водителей, останавливаемых работниками дорожной полиции по тем или иным причинам, позволит максимально «охватить» всю группу водителей.

Осуществить указанную меру возможно путем внесения соответствующих изменений в редакцию подпункта «л» пункта 12 «Положения о Государственной инспекции безопасности дорожного движения Министерства внутренних дел Российской Федерации», утвержденного указом Президента Российской Федерации [157], а также иные нормативные акты, регламентирующие порядок проведения освидетельствования на состояние алкогольного опьянения уполномоченными на то должностными лицами.

Принятие указанной меры, в свою очередь, позволит осуществлять тестирование всех водителей в тех местах и в то время, когда управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения наиболее вероятно. Согласно результатам настоящего исследования, проведение подобных профилактических мероприятий в Москве будет наиболее эффективным в выходные дни с 02:00 до 05:00.

По мнению экспертов ВОЗ (2013 г.) [32], эффективность тестирования водителей на содержание этанола в выдыхаемом воздухе в значительной степени определяется вы-

бором времени и места его осуществления. Исходя из этого, целесообразной представляется разработка в любом крупном территориальном субъекте электронной базы данных, аналогичной созданной в рамках данного исследования, основанной на результатах выявления водителей транспортных средств в состоянии алкогольного опьянения и содержащей ряд сведений о водителях (возраст, пол, место регистрации водителя, место остановки транспортного средства инспектором дорожной полиции, день недели, время суток и т.д.). Создание подобной базы данных позволит на основании анализа динамики распределения водителей эффективно планировать проведение профилактических мероприятий по выявлению водителей в состоянии алкогольного опьянения. Кроме того, внесение в указанную электронную базу результатов исследования выдыхаемого воздуха на содержание этанола сделает возможным выделение среди водителей групп с повышенным риском автодорожного травматизма, состоящих из водителей, выявленных в средней и тяжелой степени алкогольного опьянения.

Приведенные в настоящей работе результаты анализа существующего в России порядка подтверждения нахождения водителя в состоянии алкогольного опьянения свидетельствуют о том, что принципиальное различие при выявлении алкогольного опьянения у водителя в рамках освидетельствования на состояние алкогольного опьянения инспектором дорожной полиции и при медицинском освидетельствовании заключается только в том, что при медицинском освидетельствовании воздух исследуется дважды с интервалом в 20 минут. Необходимость проведения двойного исследования обусловлена возможной адсорбцией этанола из спиртосодержащих продуктов и лекарственных препаратов на слизистой оболочке ротовой полости. При этом следует отметить, что за время, необходимое для сопровождения водителя с места остановки транспортного средства до места проведения медицинского освидетельствования, с учетом естественного выведения этанола из организма человека может произойти снижение концентрации этанола в организме водителя. Таким образом, сопровождение водителя для освидетельствования в медицинское учреждение в ряде случаев приводит к снижению концентрации этанола до величины, меньшей, чем суммарная погрешность используемого средства измерения, что, в свою очередь, позволяет водителям, управлявшим транспортным средством в состоянии легкой степени алкогольного опьянения, «уйти» от ответственности в виду невозможности вынесения административных санкций за управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения. Соответственно, если проводить два исследования выдыхаемого воздуха на содержание этанола с интервалом в 20 минут в рамках осуществляемого инспектором дорожной полиции освидетельствования, то полученные положительные результаты исследования будут юридически значимо свидетельствовать о наличии алкогольного опьянения у водителя транспортного средства.

В то же время, предлагаемый новый порядок определения у водителя состояния алкогольного опьянения инспектором дорожной полиции необходимо сделать максимально объективным и «прозрачным». Во-первых, целесообразным представляется осуществление в обязательном порядке видеозаписи освидетельствования. И, во-вторых, при освидетельствовании должны использоваться исключительно приборы, отвечающие установленным требованиям и работающие только после установки в них мундштука с контролем содержания этанола в окружающем воздухе. Указанная видеозапись освидетельствования и распечатка результатов исследований выдыхаемого воздуха на содержание этанола из «памяти» прибора должны в обязательном порядке предоставляться работниками дорожной полиции в качестве доказательств в рамках судебного рассмотрения административного правонарушения.

Изложенные рекомендации в отношении порядка проведения освидетельствования на состояние алкогольного опьянения инспекторами дорожной полиции представляются весьма актуальными с учетом того, что в разработанном в МВД России проекте Закона [126] уже предусмотрена возможность совершать процессуальные действия (кроме личного досмотра) в отсутствие понятых, но при наличии видеозаписи таких действий и от-

ражении факта видеозаписи в соответствующем протоколе либо акте освидетельствования на состояние алкогольного опьянения.

Приведенные в работе результаты анализа существующего в России порядка выявления алкогольного опьянения у водителей транспортных средств, которым оказывается медицинская помощь после ДТП, свидетельствуют о наличии следующих недостатков:

- отсутствии в Законе величины суммарной погрешности при определении концентрации этанола в крови водителей, которым оказывается медицинская помощь после ДТП, что весьма затрудняет правоприменительную практику вынесения судебных решений за управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения;
- имеющаяся в Инструкции по проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения водителей величина предельно допустимой концентрации этанола (0,5 г/л) в крови водителей транспортных средств, которым оказывается медицинская помощь после ДТП, превышает погрешность соответствующих методик измерения [73];
- в указанной Инструкции отсутствует четкое требование о необходимости проведения обязательного одновременного определения в биологических объектах водителей, которым оказывается медицинская помощь после ДТП, как этанола, так и наркотических средств, и психотропных веществ.

Учитывая изложенное, представляется целесообразным дополнить Примечание к статье 12.8 Кодекса Российской Федерации об административной ответственности величиной суммарной погрешности определения концентрации этанола в крови водителей, которым оказывается медицинская помощь после ДТП, а также внести в редакцию Инструкции по проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения водителей требование по определению в биологических объектах водителей, которым оказывается медицинская помощь после ДТП, не только этанола, но и наркотических средств, и психотропных веществ. Применение подобного подхода позволит значительно повысить выявление водителей транспортных средств, употреблявших наркотические средства и психотропные вещества.

В настоящей работе приводятся результаты комплексного анализа влияния государственной антиалкогольной политики в 2004-2013 гг. на показатели числа управлений транспортным средством в состоянии опьянения, отказов от освидетельствования и передач управления транспортным средством лицу в состоянии опьянения в целом по России, в ЦФО, МО и Москве.

Проведенный анализ нормативного регулирования антиалкогольной государственной политики свидетельствует о том, что рост числа отказов от освидетельствования, числа передач управления транспортным средством лицу в состоянии опьянения и числа водителей, выявленных в состоянии опьянения, в 2002-2005 гг. в России был вызван редакцией вступившего в силу с 2002 г. Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях (Кодекс), которым предусматривалось снижение административных санкций за рассматриваемые правонарушения и отсутствие дифференциации водителей по признаку наличия (или отсутствия) права управления транспортными средствами, а также повторности совершения рассматриваемых правонарушений в области безопасности дорожного движения, что, в свое время, было предусмотрено законодательством СССР.

Указанный недостаток в редакции Кодекса в части тяжести административного наказания за отказ водителей от освидетельствования, передачу управления транспортным средством лицу в состоянии опьянения, а также управление транспортным средством в состоянии опьянения привел к необходимости внесения в 2004-2005 гг. изменений в Кодекс. Полученный эффект от усиления тяжести административных наказаний в 2006-2007 гг. оказался весьма ограниченным, поскольку административные наказания за эти нарушения не были дифференцированы по признаку повторности их совершения, а так-

же не учитывалось отсутствие у водителей права управления транспортными средствами. Данный недостаток был устранен в 2008 г., когда административные санкции были дифференцированы с учетом отсутствия права управления, а также была введена ответственность за повторное управление транспортным средством в состоянии опьянения и повторную передачу управления транспортным средством лицу в состоянии опьянения. Тем не менее, эффективность снижения числа рассматриваемых правонарушений в области безопасности дорожного движения оказалась неудовлетворительной, следствием чего явилось очередное усиление в 2013 г. административных санкций в отношении всех рассматриваемых групп водителей.

Проведенный анализ, однако, выявил ряд недостатков действующей редакции Кодекса. В частности, более низкий уровень санкций за повторный отказ от освидетельствования, чем за повторное управление в состоянии опьянения, что, в свою очередь, позволяет водителю, повторно управляющему транспортным средством в состоянии опьянения, отказаться от освидетельствования с целью получения меньшего штрафа и меньшего срока лишения права управления.

В целом результаты анализа государственной антиалкогольной политики в 2002-2013 гг. позволяют сделать вывод о достаточно низкой эффективности применения мер административного воздействия в отношении водителей, выявленных в состоянии опьянения, что явилось следствием отсутствия комплексной программы по профилактике употребления алкоголя при управлении транспортным средством, а также ограниченной «восприимчивостью» некоторых групп водителей к мерам административного регулирования (в частности, водителей, повторно управлявших транспортным средством в состоянии опьянения, повторно передавших право управления транспортным средством лицу в состоянии опьянения, а также водителей, не имевших права управления и управлявших транспортным средством в состоянии опьянения).

В конце 2010 г. в России был введен так называемый «нулевой порог» содержания алкоголя в организме водителей. В случае эффективности указанной меры, ее введение должно было привести к снижению уровня автодорожного травматизма, связанного с алкогольным опьянением, в перспективе 2-3 лет. Вместе с тем, анализ имеющихся статистических данных не выявил последующего значимого позитивного влияния в 2011–2013 гг. так называемого «нулевого порога» на показатели автодорожного травматизма в результате ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, как в целом по России, так и в ЦФО, МО и Москве.

Несмотря на имеющиеся различия в динамике показателей автодорожного травматизма в России, ЦФО, МО и Москве, в целом можно сделать вывод о превалировании общих тенденций в рассматриваемый десятилетний период 2004-2013 гг., что свидетельствует о системном характере проблемы автодорожного травматизма, в том числе связанного с употреблением алкоголя водителями транспортных средств. Соответственно, основные причины, вызывающие увеличение (или уменьшение) рассматриваемых показателей являются универсальными как для России в целом, так и для ЦФО, МО и Москвы.

При оценке сложившейся практики управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения в Москве был проведен анализ 13 945 актов медицинского освидетельствования на состояние опьянения водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения в 2007-2012 гг. Проведенный анализ позволил выявить важнейшие социально-демографические характеристики водителей этой группы в мегаполисе.

В подавляющем большинстве случаев водителями, выявленными в состоянии алкогольного опьянения в Москве, являлись мужчины (более 93% ежегодно). При этом отмечался незначительный рост доли женщин-водителей, обусловленный общим увеличением удельного веса женщин среди водителей. В течение рассматриваемого периода максимальное число выявленных в состоянии алкогольного опьянения водителей регистрировалось в течение суток с 02:00 до 05:00, по дням недели прежде всего в выходные

дни (по субботам и воскресеньям), а также по понедельникам. При этом в 2007-2012 гг. каких-либо значимых изменений в распределении водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения, по времени суток и дням недели не происходило. Соответственно, можно констатировать, что ужесточение административного законодательства в 2008 и 2010 гг. не оказало какого-либо значимого влияния на сложившуюся практику управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения в «ночное» время в выходные дни в мегаполисе.

В рассматриваемый период наибольшее число водителей, ежегодно выявленных в состоянии алкогольного опьянения, регистрировалось в возрастных группах 25-29 лет (до 27%), 20-24 лет (до 22%) и 30-34 лет (до 19%). При этом от 84% до 86% водителей, ежегодно выявляемых в состоянии алкогольного опьянения, составляли лица наиболее трудоспособного возраста (от 20 до 45 лет).

Проведенный углубленный анализ позволил дифференцировать возрастные группы водителей «по восприимчивости» к мерам административного регулирования и выявить среди них группы повышенного риска автодорожного травматизма и, на этой основе, разработать профилактические мероприятия (медицинского и правового характера) по снижению уровня алкоголизации при управлении транспортным средством.

Важнейшими характеристиками различных возрастных групп водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения, явились закономерности их распределения по возрасту в течение недели, в течение суток и в зависимости от степени выявленного алкогольного опьянения. Указанные закономерности объясняются прежде всего возрастными особенностями поведения и приема алкоголя. Полученные результаты анализа характеристик различных возрастных групп имеют важное прикладное значение и могут быть использованы при планировании профилактических мероприятий по снижению числа управлений транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения в мегаполисе.

На протяжении всего периода 2007-2012 гг. среди водителей в Москве преобладало управление транспортным средством в состоянии легкой степени алкогольного опьянения (от 41% до 65% ежегодно). При этом удельный вес рассматриваемой категории водителей в 2007-2010 гг. практически не изменялся и находился в пределах 63-65%. В период 2007-2009 гг. также практически не изменялись и доли водителей, входящих в остальные группы (до 0,5 г/л этанола, средней и тяжелой степени алкогольного опьянения). Соответственно, можно сделать вывод о том, что принятие величины ПДКА в организме водителей с 1 июля 2008 г. не оказало какого-либо значимого влияния на употребляемое водителями количество алкоголя. Только после введения в 2010 г. в России так называемого «нулевого порога» была зафиксирована тенденция увеличения доли водителей с присутствием минимальной концентрации этанола в организме (до 0,5 г/л) – величина рассматриваемого относительного показателя с 2009 г. по 2012 г. выросла в 3,9 раза (с 8% до 33%). При этом увеличение этой доли водителей происходило прежде всего за счет снижения доли водителей с легкой степенью алкогольного опьянения (с 64% до 41%), т.е. значимое снижение потребления алкоголя при управлении транспортным средством произошло только в группе водителей, ранее употреблявших относительно небольшие дозы алкоголя перед управлением транспортным средством. Несмотря на наблюдавшуюся тенденцию снижения доли водителей с выявленной средней и тяжелой степенью алкогольного опьянения в общей структуре выявленных в состоянии алкогольного опьянения водителей, масштабы позитивных изменений оказались крайне незначительными: доля водителей, выявленных в средней степени алкогольного опьянения в 2007 г. составляла 23,2% от общего числа выявленных водителей, в 2012 г. – 21,2%, а доля водителей, выявленных в тяжелой степени алкогольного опьянения, 6,1% и 5,5% соответственно.

Анализ динамики распределения степеней алкогольного опьянения в различных возрастных группах водителей показал, что только в возрастной группе водителей 25-29

лет на протяжении всего рассматриваемого периода 2007-2012 гг. прослеживалась тенденция ежегодного увеличения доли водителей с минимальной концентрацией этанола (до 0,5 г/л). Тем не менее, после принятия так называемого «нулевого порога» с 31 октября 2010 г. в 2010-2012 гг. во всех возрастных группах водителей отмечалась тенденция увеличения доли водителей с выявленной концентрацией этанола в организме менее 0,5 г/л. Показатели данного увеличения были дифференцированы по возрастным группам.

С учетом того, что риск возникновения автодорожного травматизма увеличивается в соответствии с ростом концентрации этанола в организме водителя, для удобства оценки выявленных концентраций этанола внутри возрастных групп в рамках исследования был разработан **Индекс тяжести опьянения (Ито)**, который рассчитывался для каждой наиболее близкой по возрасту группы водителей в определенный период времени по формуле:

$$\text{Ито} = (A2+A3) / (A0+A1),$$

где A0 – число водителей, выявленных с концентрацией этанола менее 0,5 г/л; A1 – число водителей, выявленных в состоянии легкой степени алкогольного опьянения (от 0,5 до 1,5 г/л этанола); A2 – число водителей, выявленных в состоянии средней степени алкогольного опьянения (от 1,5 до 2,5 г/л этанола); A3 – число водителей, выявленных в состоянии тяжелой степени алкогольного опьянения (выше 2,5 г/л этанола).

Фактически Индекс тяжести опьянения (Ито) показывает отношение числа случаев управления транспортным средством в состоянии средней и тяжелой степени к легкой степени алкогольного опьянения, выявляя, таким образом, риск повышенного автодорожного травматизма, зависящего от тяжести опьянения.

Проведенный расчет Индекса тяжести опьянения (Ито) и оценка его динамики позволили произвести дифференциацию возрастных групп водителей по уровню алкоголизации при управлении транспортным средством и восприимчивости к мерам административного регулирования. В частности, были выделены возрастные группы повышенного риска автодорожного травматизма, связанного с употреблением алкоголя:

- Группа критического риска (40-49 лет). Важнейшими характеристиками указанной группы являются чрезвычайно высокие значения Индекса тяжести опьянения (Ито более 1 в 2012 г., т.е. треть выявленных случаев управления транспортным средством в состоянии опьянения относится к средней или тяжелой степени алкогольного опьянения, и ярко выраженная тенденция роста показателя в 2011-2012 г. – в 1,8-2 раза в 2012 г. по сравнению с 2010 г.);
- Группа высокого риска (35-39 лет и 50-54 года). Для этой группы также характерна выраженная тенденция роста Индекса тяжести опьянения в 2011-2012 г. (в 2012 г. по сравнению с 2010 г. в 1,7 раза для водителей 35-39 лет и в 1,4 раза для водителей 50-54 лет). Вместе с тем, в рассматриваемой группе наблюдаются более низкие, по сравнению с группой критического риска, значения Индекса тяжести опьянения, которые в 2007-2012 гг. находились в диапазоне от 0,4 до 0,7 (в 2011-2012 гг. – от 0,5 до 0,7);
- Группа среднего риска (30-34 лет и 55-76 лет). В этой группе в 2007-2012 гг. наблюдались средние значения Индекса тяжести опьянения (Ито от 0,25 до 0,5), однако отмечался их выраженный рост в 2011-2012 гг. (в 2012 г. по сравнению с 2010 г. в 1,8 раза для водителей 60-76 лет, в 1,6 раза для водителей 50-59 лет и в 1,2 раза для группы водителей 30-34 лет).

Проведенное выделение возрастных групп повышенного риска автодорожного травматизма позволило дифференцировать профилактические мероприятия по снижению уровня автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения.

Результаты проведенного анализа позволяют констатировать, что наиболее «восприимчивой» к мерам административного регулирования являлась группа водителей в возрасте до 30 лет. Соответственно, для снижения показателей частоты управления транспортным средством в состоянии средней или тяжелой степени алкогольного опьянения водителями в возрасте до 30 лет достаточным является усиление административной ответственности.

Полученные в ходе настоящего исследования данные в отношении водителей старше 30 лет свидетельствуют о необходимости дополнения применяемых мер административной ответственности эффективными мерами медицинской диагностики психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, и, при их выявлении, – о необходимости отстранения водителя от управления транспортным средством в соответствии с критериями Перечня медицинских противопоказаний к управлению транспортными средствами [102].

Таким образом, раннее выявление не только синдрома зависимости, вызванного употреблением алкоголя, но и употребления алкоголя с пагубными последствиями должно привести к снижению уровня автодорожного травматизма и вместе с тем позволить своевременно сформировать группы риска с целью последующей диагностической, профилактической, а при необходимости – и лечебной работы.

К наиболее часто встречающимся последствиям злоупотребления алкоголем относится алкогольная болезнь печени (алкогольные: стеатоз, фиброз, острый и хронический гепатит, цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома) [47, С. 397]. Соответственно, одним из способов выявления злоупотребления алкоголем служит определение активности биохимических маркеров в плазме крови. Повышение уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ) свидетельствует о нарушении целостности гепатоцитов [68], что может являться следствием как злоупотребления алкоголем, так и характера питания, наличия инфекционных процессов и иной патологии [54, С. 69]. К более достоверным биохимическим признакам наличия сформировавшегося алкогольного гомеостаза относится преходящая гиперферментация с повышением уровня не только АЛТ и АСТ, но и гаммаглутамилтрансферазы (ГГТ) [72, С. 247; 145].

Вместе с тем, как показывают результаты исследований, анализ активности ГГТ обладает недостатком: вне зависимости от количества употребляемого алкоголя у лиц в возрасте до 30 лет физиологический уровень ГГТ может быть понижен, а у лиц старше 65 лет – повышен [193; 194]. Наиболее широкое распространение в странах Европейского союза получила диагностика злоупотребления алкоголем, основанная на качественном и количественном электрофоретическом анализе карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) сыворотки крови, поскольку этот маркер обладает по сравнению с ГГТ более высокими показателями специфичности и чувствительности [27].

При этом проведение диагностических мероприятий на основании анализа активности рассматриваемых биологических маркеров может осложняться тем фактом, что полученные результаты также могут являться следствием не только более раннего злоупотребления алкоголем, но и лекарственного поражения печени. Соответственно, использование только рассматриваемых биологических маркеров при выявлении злоупотребления алкоголем в силу имеющейся определенной недостоверности полученных результатов и их интерпретации, может привести к значительной погрешности. Несмотря на то, что ни один из клинико-морфологических вариантов алкогольного поражения печени не специфичен для алкоголизма, тем не менее, их сочетание с другими клиническими и лабораторными симптомами может с высокой вероятностью указывать на алкогольную природу болезни [72, С. 227]. Одним из способов комплексного подхода при выявлении последствий злоупотребления алкоголем может являться сочетанное исследование активности рассматриваемых биохимических маркеров и использование клинических (специально разработанных тестов) и психометрических инструментов [40].

Таким образом, полученный положительный результат применяемого комплекса мер эффективной медицинской диагностики наличия психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, позволит перевести водителя в группу риска с целью осуществления диспансерного наблюдения в специализированной медицинской организации государственной или муниципальной систем здравоохранения.

Изложенное представляется весьма актуальными с учетом того, что требованиями Закона [171], вступившего в силу с 31 марта 2014 г., предусмотрено обязательное медицинское освидетельствование водителей в связи с возвратом водительского удостоверения после истечения срока лишения права управления транспортными средствами. При этом указанное освидетельствование проводится в медицинских организациях, имеющих соответствующую лицензию, а обследование врачом-психиатром и врачом-психиатром-наркологом – только в специализированных медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения по месту жительства либо месту пребывания водителя.

Обязательное применение рассматриваемого комплекса диагностических мер в отношении всех водителей старше 30 лет, выявленных в состоянии средней и тяжелой степени алкогольного опьянения, позволит, во-первых, не допускать к управлению транспортными средствами лиц, имеющих психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, без подтвержденной стойкой ремиссии, и, во-вторых, при наличии алкоголизма направлять таких водителей для прохождения лечения в наркологические учреждения.

В отношении проводимого лечения при выявлении у водителя транспортного средства алкоголизма следует отметить следующее. В настоящее время при лечении алкоголизма (особенно при купировании постинтоксикационных и абстинентных расстройств) используется огромный спектр медицинских препаратов, входящих в состав дезинтоксикационной и симптоматической терапии [44]. Поскольку имеющиеся лекарственные препараты обладают целым рядом побочных эффектов, возникает необходимость в проведении дальнейшего поиска фармакологических средств, которые будут отвечать критериям не только эффективности, но и безопасности, оказывая минимальное количество побочных эффектов [175].

По ряду фармакокинетических эффектов, особенно с учетом отсутствия побочных эффектов, наиболее перспективным в рассматриваемом направлении представляется одновременное применение существующих «терапевтических моделей» лечения и инертного газа ксенона, оказывающего влияние на глутаматергическую систему нейромедиации. Так, сочетанное применение ксенона с транквилизаторами (бензодиазепинами) выявило отчетливый синергизм, что, в свою очередь, позволило значительно уменьшить применяемые дозы бензодиазепинов. Совместное применение ксенона с ноотропами и нейрометаболитами позволило существенно повысить терапевтическую эффективность используемых схем лечения. При этом следует отметить, что результаты проведенных исследований выявили эффективность ксенона при лечении абстинентного синдрома не только у лиц с алкогольной, но также и у лиц с опийной зависимостью. Применение ксенона у пациентов с синдромом отмены опиатов позволило полностью отказаться от использования в схемах терапии наркотических анальгетиков. Кроме того, в ходе проведенных исследований была отмечена значительно более выраженная психотерапевтическая податливость пациентов, получавших ингаляции ксенона, по сравнению с показателями в контрольной группе. Таким образом, для больных рассматриваемого наркологического профиля представляется целесообразным применение ксенона, который является эффективным и безопасным психокорректором с отчетливым антидепрессивным, анксиолитическим, нормотимическим, а в ряде случаев и антипсихотическим эффектом [176].

Кроме того, для обеспечения медицинской безопасности дорожного движения целесообразно разработать рекомендации по созданию федеральной информационной ба-

зы, содержащей сведения о гражданах, у которых выявлены медицинские противопоказания или медицинские ограничения к управлению транспортными средствами. Соответственно, полученные в ходе проведения рассматриваемого комплекса диагностических мер сведения о водителях с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, которые являются медицинским противопоказанием к управлению транспортным средством, будут вноситься в предлагаемую единую информационную базу.

Результаты проведенного исследования позволяют констатировать, что с 2010 г. в России отмечается негативная тенденция роста числа водителей, повторно управлявших транспортными средствами в состоянии опьянения и повторно передавших управление транспортным средством лицу, находившемуся в состоянии опьянения, а с 2011 г. отмечается аналогичная тенденция роста числа водителей, выявленных в состоянии опьянения и ранее лишенных права управления транспортными средствами. Именно указанные категории водителей целесообразно обязать (в рамках административного законодательства) перед возвращением права управления устанавливать в цепь стартера принадлежащих им транспортных средств специальные алкотестеры (алкоблокираторы), которые блокируют запуск двигателя при обнаружении алкоголя в выдыхаемом воздухе.

Несмотря на то, что специалисты ВОЗ рекомендуют использовать алкоблокираторы только в странах с высоким уровнем дохода, отличающихся высокой степенью «законопослушности» граждан, рассматриваемую рекомендацию можно экстраполировать на страны со средним уровнем дохода, дополнив следующими требованиями дополнительного контроля.

Во-первых, целесообразно проведение установки на транспортные средства только тех моделей алкоблокираторов, в контрольном блоке которых хранится вся информация о событиях, связанных с их эксплуатацией.

Во-вторых, целесообразно проводить сочетанную установку на транспортное средство вместе с алкоблокиратором портативной видеокамеры, включающейся только при запуске двигателя, в памяти которой хранится видеозапись использования алкоблокиратора. Изложенное позволит проанализировать наличие (или отсутствие) запусков двигателя транспортного средства, в котором установлен алкоблокиратор, что, в свою очередь, при фактах «срабатывания» алкоблокиратора будет являться основанием для применения медицинских мер диагностики психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, и, при их выявлении, водитель должен отстраняться от управления транспортным средством в соответствии с существующими нормами Закона.

В-третьих, необходимо внесение сведений о водителях, которым разрешено управление только транспортными средствами, оборудованными алкоблокираторами, в электронную базу данных работников дорожной полиции. В случае выявления факта управления такими водителями транспортным средством без алкоблокиратора (вне зависимости от наличия или отсутствия состояния алкогольного опьянения), к ним должны быть применены дополнительные меры административного наказания, вплоть до лишения права управления транспортными средствами. При соблюдении изложенных условий установка алкоблокираторов обеспечит существенное сокращение числа случаев повторного управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения и повторной передачи управления транспортным средством лицу в состоянии опьянения.

Приведенные в настоящей работе результаты анализа распределения по месту регистрации 13 945 водителей, выявленных в состоянии алкогольного опьянения в Москве в 2007-2012 гг., свидетельствуют о том, что в указанной группе преобладали водители с постоянной или временной регистрацией в Москве (от 70% до 73% ежегодно). Вместе с тем, иногородние водители примерно в два раза чаще, чем жители Москвы, управляли транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения. Соответственно, программы профилактических мероприятий по снижению уровня автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии опьянения,

должны разрабатываться и внедряться на всех уровнях (от федерального до территориального с учетом особенностей территорий и мегаполисов).

Таким образом, результаты проведенного комплексного анализа мирового и российского опыта профилактики автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, результаты анализа регистрируемых в России в 2004-2013 гг. тенденций в области безопасности дорожного движения, связанных с управлением транспортным средством в состоянии опьянения, результаты анализа нормативного регулирования ответственности за совершение административных правонарушений в области безопасности дорожного движения в 2004-2013 гг., а также результаты анализа сложившейся практики управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения (на примере Москвы) позволили сформулировать следующие практические рекомендации:

1. Необходимо дополнение Федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2013-2020 годах» новыми системными целевыми индикаторами, характеризующими распространенность автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии опьянения, для водителей групп повышенного риска;

2. Целесообразно включение в программы профессионального обучения водителей раздела, посвященного автодорожному травматизму, связанному с управлением транспортным средством в состоянии опьянения (проект программы приведен в настоящей работе);

3. Программы профилактических мероприятий по снижению числа управлений транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения должны быть разработаны на всех уровнях – от федерального до территориального с учетом особенностей территорий и мегаполисов;

4. Для эффективного выявления водителей в состоянии алкогольного опьянения с учетом территориальных особенностей целесообразно создание в любом крупном территориальном субъекте электронной базы данных, основанной на результатах выявления водителей в состоянии алкогольного опьянения, аналогичной созданной в рамках настоящего исследования;

5. Целесообразно предоставление работникам дорожной полиции полномочий по тестированию на содержание этанола в выдыхаемом воздухе всех водителей, а не только подозреваемых в приеме алкоголя. Принятие указанной меры позволит осуществлять тестирование всех водителей в тех местах и в то время, когда управление транспортным средством в состоянии опьянения наиболее вероятно;

6. Целесообразно введение в соответствующие нормативные акты требования о проведении инспекторами дорожной полиции двух исследований выдыхаемого воздуха на содержание этанола (с интервалом в 20 минут) с соблюдением дополнительных требований, максимально объективизирующих проводимые освидетельствования (приведены в настоящей работе);

7. Необходимо введение прогрессивной шкалы административной ответственности за управление транспортным средством с учетом степени алкогольного опьянения;

8. Необходимо дополнение Примечания к статье 12.8 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях величиной суммарной погрешности определения концентрации этанола в крови водителей, которым оказывается медицинская помощь после ДТП;

9. Необходимо внесение изменений в редакцию Инструкции по проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения водителей транспортных средств, предусматривающих обязательное требование по определению в биологических объектах водителей, которым оказывается медицинская помощь после ДТП, как этанола, так и наркотических средств, и психотропных веществ;

10. Необходимо усиление административных санкций, предусмотренных частью 1 статьи 12.26 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях за отказ от освидетельствования водителя, имеющего право управления транспортным средством, как минимум до норм, предусмотренных частью 4 статьи 12.8 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях за повторное управление транспортным средством в состоянии опьянения;

11. Необходимо усиление административной ответственности (в первую очередь длительности административного ареста) или введение уголовной ответственности (с возможностью лишения свободы на срок от 1,5 до 2 лет) прежде всего в отношении группы водителей, повторно выявленных в состоянии опьянения при отсутствии права управления транспортным средством;

12. Для водителей старше 30 лет (выявленных в состоянии алкогольного опьянения средней или тяжелой степени, повторно управлявших транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения или повторно передавших управление транспортным средством лицу в состоянии алкогольного опьянения) необходимо дополнение административных мер воздействия комплексом мер эффективной медицинской диагностики наличия психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя;

13. Для обеспечения медицинской безопасности дорожного движения целесообразно разработать рекомендации по созданию федеральной информационной базы, содержащей сведения о гражданах, у которых выявлены медицинские противопоказания к управлению транспортным средством;

14. Необходимо обязать определенную категорию водителей (повторно управлявших транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения и повторно передавших управление транспортным средством лицу в состоянии алкогольного опьянения) перед возвращением права управления транспортным средством устанавливать алкоблокиратор на принадлежащие им автомобили с соблюдением дополнительных требований, максимально объективизирующих его использование (приведены в настоящей работе).

Вышеперечисленные меры медицинского и правового характера в случае их комплексного применения позволят существенно снизить как число случаев управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, так и концентрацию этанола (степень алкогольного опьянения) при управлении транспортным средством, что, в свою очередь, приведет к снижению существующих в России высоких показателей автодорожного травматизма, связанного с употреблением алкоголя.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В 2014 г. в России был зарегистрирован самый большой ежегодный прирост основных показателей автодорожного травматизма с участием водителей в состоянии опьянения в период 2010-2014 гг. (табл. 1) [59].

Таблица 1

Динамика основных абсолютных и относительных показателей автодорожного травматизма с участием водителей в состоянии опьянения в России в 2009-2014 гг.

Год	Абсолютные показатели количеств дорожно-транспортных происшествий (ДТП), совершенных водителями в состоянии опьянения						Удельный вес ДТП, совершенных водителями в состоянии опьянения, в общем кол-ве ДТП (%)		
	ДТП		Погибло		Получили травмы		ДТП	Погибло	Получили травмы
	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году*			
2009	12 327	–	2 217	–	18 207	–	6,1	8,5	7,1
2010	11 845	–3,9	1 954	–11,9	17 280	–5,1	5,9	7,4	6,9
2011	12 252	3,4	2 103	7,7	17 900	3,6	6,1	7,5	7,1
2012	12 843	4,8	2 103	0	18 679	4,4	6,3	7,5	7,2
2013	13 581	5,7	2 314	10	19 385	3,8	6,7	8,6	7,6
2014	16 517	21,6	3 420	47,8	23 245	19,9	9,4	14,8	10,1

Примечание к таблице 1: * - отрицательный прирост отображен со знаком «–».

Как следует из представленных данных, в 2014 г. по сравнению с предыдущим годом количество дорожно-транспортных происшествий, совершенных водителями в состоянии опьянения, увеличилось на 21,6%, число погибших и получивших в них травмы на 47,8% и 19,9% соответственно. При этом отмечался и рост удельного веса рассматриваемых показателей в общей структуре автодорожного травматизма в России.

Наличие в том числе рассматриваемых негативных тенденций привело к необходимости принятия Президентом России в феврале 2015 г. Перечня поручений Правительству Российской Федерации по вопросам обеспечения безопасности дорожного движения [79]. В частности, в рассматриваемый перечень входит создание на территории Российской Федерации единой информационной базы, содержащей сведения о гражданах, у которых выявлены медицинские противопоказания (в том числе психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ до прекращения диспансерного наблюдения в связи со стойкой ремиссией) или медицинские ограничения к управлению транспортным средством.

В рамках подготовки Президиума Государственного совета Российской Федерации по вопросам безопасности дорожного движения [41] в ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России 25 декабря 2015 г. состоялось селекторное совещание, в котором приняли участие ведущие специалисты НИИ наркологии, представители министерств здравоохранения субъектов Российской Федерации (Астраханской, Воронежской, Омской, Оренбургской, Пензенской, Ростовской и Самарской областей), а также сотрудники кафедр психиатрии и наркологии Волгоградского государственного медицинского университета, Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко, Пензенского института усовершенствования врачей и Ростовского государственного медицинского университета. На совещании рассматривался прежде всего технический аспект создания единой информационной базы, содержащей сведения о лицах с выявлен-

ными медицинскими противопоказаниями к управлению транспортными средствами [102], с учетом требований ст. 13 «Соблюдение врачебной тайны» Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [168].

По мнению специалистов, выявление наркологической патологии (включая пагубное употребление) при отсутствии объективного анамнеза и установке лица к сокрытию имеющихся у него наркологических проблем достаточно сложно. Клинические признаки наркологических расстройств проявляются только в так называемых «фазных» состояниях. В состоянии воздержания от приема психоактивных веществ (ПАВ) даже при наличии выраженных сомато-неврологических последствий в результате хронической интоксикации ПАВ нет верифицированных клинических маркеров, свидетельствующих об интоксикационной природе выявленных расстройств. В связи с этим наличие данных анамнеза в большинстве случаев является решающим при установлении диагноза наркологического расстройства.

- Отсутствие четких критериев пагубного употребления ПАВ в МКБ-10 [71] позволяет расценивать факт управления транспортным средством в состоянии опьянения как употребление с пагубными последствиями, что, в свою очередь, возможно рассматривать как достоверные анамнестические данные. Тем более, что аналогичный подход используется и в мировой практике (DSM-IV) [203]. Кроме того, согласно требованиям приказа Минздравсоцразвития России от 12 апреля 2011 г. № 302н [120], употребление ПАВ с пагубными последствиями также является медицинским противопоказанием для допуска к управлению транспортными средствами.
- Учитывая, что создание единой электронной базы, содержащей сведения о гражданах, имеющих медицинские противопоказания к управлению транспортными средствами, будет противоречить ст. 13 «Соблюдение врачебной тайны» Закона, представляется целесообразным передавать сведения о водителях, выявленных в состоянии опьянения по результатам проведенного медицинского освидетельствования, в наркологический диспансер по месту их жительства (регистрации) для осуществления профилактического наблюдения в соответствии с положениями приказа Минздрава СССР от 12.09.1988 г. N 704 «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями» [123]. По крайней мере, это возможно технически осуществить, если место проведения медицинского освидетельствования и место жительства водителя находятся в пределах одного субъекта федерации. Тем более, что передача этих сведений не противоречит существующему законодательству – «при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства РФ о персональных данных» (п.8 ч.4 ст.13 «Соблюдение врачебной тайны» Закона).
- В отношении остальных водителей, как выявленных в состоянии алкогольного опьянения инспекторами дорожной полиции без проведения медицинского освидетельствования, так и отказавшихся от прохождения медицинского освидетельствования на состояние опьянения, принципиальное значение будет иметь доступ участковых врачей-психиатров-наркологов к электронной базе Министерства внутренних дел России, содержащей персональные сведения об этих водителях.
- Кроме того, по мнению специалистов-участников селекторного совещания, возможно осуществление снижения существующего в России уровня автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии опьянения, путем:

1. Обучения навыкам оказания первой медицинской помощи в общеобразовательных школах (или автошколах), которые возможно использовать не только в ситуации после дорожно-транспортных происшествий, но и при возникновении других чрезвычайных ситуаций. В связи с этим представляется целесообразным включение обучения

навыкам оказания первой медицинской помощи в предмет «Основы безопасности жизнедеятельности», входящий в программу общего среднего образования.

Проверку практической части навыков по результатам обучения возможно осуществлять в рамках выпускных экзаменов в общеобразовательных школах (автошколах), а также при замене водительского удостоверения (не чаще 1 раза в 10 лет).

2. Обязательного прохождения водителем, совершившим правонарушение в состоянии алкогольного опьянения, диагностики, а при необходимости – профилактических мер, лечения и (или) медицинской и (или) социальной реабилитации.

В комплексе мер по снижению уровня употребления алкоголя и предупреждению «пьяных» ДТП в большинстве стран мира используются в том числе недобровольные формы оказания медицинской помощи лицам с наркологическими заболеваниями. В России также сформирована подобная система, целью которой является «понуждение» (более малочисленной по сравнению со страдающими алкогольной зависимостью) группы лиц с наркотической зависимостью и (или) употребляющих наркотические средства и психотропные вещества с немедицинской целью, к лечению и (или) медицинской и (или) социальной реабилитации – ст. 72 и ст. 82 УК РФ [153]; п. 2.1 ст. 4.1. и примечание к ст. 6.9 КоАП РФ [56].

В отношении осужденных с пагубным употреблением алкоголя и (или) страдающих алкогольной зависимостью Законом предусмотрено только две формы недобровольных медицинских мер, которые, не имея системного характера, по разным причинам не нашли широкого применения – ч. 5 ст. 73 УК РФ [153] и ч. 3. ст. 18 УИК РФ [154].

В отношении лиц, привлеченных к административной ответственности, каких-либо мер лечебно-профилактического воздействия КоАПом не предусмотрено. Именно поэтому в настоящее время Минздравом России при поддержке Общественной палаты России предлагается внести изменения в редакцию КоАПа, предусматривающие назначение лицам, совершившим правонарушения в состоянии алкогольного опьянения, обязательной диагностики и, при необходимости, профилактических мер, лечения и (или) медицинской и (или) социальной реабилитации [74]. Эти изменения прежде всего необходимы по двум причинам. Во-первых, большинство водителей, как первично, так и повторно привлеченных к административной ответственности за правонарушения, связанные с алкогольным опьянением, ранее никогда не обращались за медицинской помощью в специализированные наркологические медицинские организации. И, во-вторых, согласно официальным статистическим данным МВД РФ, в 2010-2013 гг. в России регистрировалась стойкая негативная тенденция роста количества преступлений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения. Так, в 2013 г. по сравнению с 2009 г. число преступлений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения, увеличилось в 1,6 раза (с 231,8 тыс. до 341 тыс.) [61].

Для практического осуществления подобного подхода потребуются проведение углубленного анализа не только имеющегося международного опыта по организации недобровольных форм оказания медицинской помощи больным алкоголизмом (включая нормативно-правовое регулирование деятельности, вопросы финансирования, ведомственной принадлежности), но и собственного опыта проведения наркологических экспертиз, организации лечебно-трудовых профилакториев, принудительного лечения осужденных в местах лишения свободы и т.д. и т.п.

Успешному завершению лечения может способствовать как наличие мощного стимула, так и столкновение правонарушителя с пенитенциарной системой, что, в свою очередь, может стать тем необходимым и достаточным условием, которое подтолкнет его к лечению.

3. Дополнения примерных программ профессионального обучения водителей разделом, посвященным последствиям автодорожного травматизма в результате управления транспортным средством в состоянии опьянения.

Даже при наличии незначительных концентрации алкоголя в организме молодых и неопытных водителей риск возникновения дорожно-транспортного происшествия увеличивается в несколько раз по сравнению с аналогичной группой водителей более зрелого возраста и имеющих больший стаж управления транспортными средствами. Учитывая изложенное, а также имеющуюся в течение последних лет в России негативную тенденцию роста количеств ДТП с участием водителей со стажем управления менее трех лет в состоянии опьянения, представляется целесообразным при проведении подготовки водителей акцентировать их внимание на проблеме автодорожного травматизма, связанного с опьянением.

4. Дополнения электронной базы ГИБДД МВД России, содержащей сведения о водителях, выявленных в состоянии опьянения, результатами исследования биопроб на содержание этанола и ПАВ.

Введение подобного подхода при заполнении электронной базы позволит на основании анализа динамики распределения водителей в состоянии опьянения:

- констатировать (прогнозировать) распространенность (тенденции) и доступность того или иного ПАВ;
- дифференцировать территориальные субъекты (или разные группы водителей) по степени риска возникновения автодорожного травматизма, связанного с алкогольным опьянением, на основании динамики распределения Индекса тяжести опьянения (Ито).

Поскольку степень риска возникновения автодорожного травматизма зависит от тяжести алкогольного опьянения водителя, то целесообразно использовать мировой опыт по введению прогрессивной шкалы административной ответственности в зависимости от концентрации алкоголя в организме водителя транспортного средства.

5. Дополнения проекта Порядка медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) требованием об обязательном определении в биологических объектах этанола, наркотических средств и психотропных веществ у всех лиц, которым оказывается медицинская помощь в медицинских учреждениях после ДТП.

В течение последних лет в целом по России доля выявленных случаев опьянения, вызванного употреблением наркотических средств и психотропных веществ, от числа всех водителей, выявленных в состоянии опьянения при наличии права управления транспортным средством, составляла около 5%. При этом даже эти относительно небольшие показатели являлись результатом направления инспекторами дорожной полиции водителей на медицинское освидетельствование на состояние опьянения. Вместе с тем, у водителей, которым оказывалась медицинская помощь после ДТП в медицинских организациях, отбор биологических объектов для выявления ПАВ осуществлялся крайне редко (по усмотрению врача при наличии следов от инъекций).

Учитывая, что водители наиболее часто (более половины выявленных случаев в г. Москве) употребляют неинвазивные формы ПАВ [12], представляется целесообразным внести в редакцию проекта Порядка медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), положения об обязательном определении в биологических объектах всех лиц, которым оказывается медицинская помощь после ДТП в медицинских организациях, как этанола, так и наркотических средств и психотропных веществ. Необходимость проведения химикотоксикологических исследований биопроб всех лиц, пострадавших в результате ДТП, обусловлена тем, что объективные сведения о том, кто из находившихся в транспортном средстве в момент ДТП являлся водителем могут отсутствовать. Решение этого вопроса в последующем будет находиться в компетенции работников дорожной полиции.

Таким образом, применение подобного подхода позволит значительно повысить выявление числа водителей, употреблявших наркотические средства и психотропные вещества.

В 2015 г. (по сравнению с предыдущим годом) в России было зарегистрировано незначительное снижение основных показателей автодорожного травматизма с участием водителей в состоянии опьянения (табл. 2) [59].

Таблица 2

Динамика основных абсолютных и относительных показателей автодорожного травматизма с участием водителей в состоянии опьянения в России в 2014-2015 гг.

Год	ДТП		Погибло		Получили травмы	
	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году	абс.	прирост в % к пред. году*
2014	16 517	21,6	3 420	47,8	23 245	19,9
2015	15 344	-7,1	3 753	9,7	21 235	-8,6

Примечание к таблице 2: * - отрицательный прирост отображен со знаком «-».

Как следует из представленных данных, в 2015 г. в целом по России произошло снижение ежегодного количества дорожно-транспортных происшествий с участием водителей в состоянии опьянения (на 7,1%) и числа получивших в них травмы (на 8,6%). При этом значительно замедлился темп ежегодного роста числа погибших в результате рассматриваемого вида ДТП – 9,5% вместо 47,8% в 2014 г. Одной из возможных причин снижения уровня основных показателей автодорожного травматизма, связанного с управлением транспортным средством в состоянии опьянения, может являться признание утратившей силу части 4 ст. 12.8 КоАП РФ, предусматривавшей ответственность за повторное управление транспортным средством в состоянии опьянения или повторную передачу управления транспортным средством лицу в состоянии опьянения, и введение уголовной ответственности с 1 июля 2015 г. за повторное управление транспортным средством в состоянии опьянения или повторный отказ от освидетельствования [172]:

Статья 264-1. «Нарушение правил дорожного движения лицом, подвергнутым административному наказанию» Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации.

«Управление автомобилем, трамваем либо другим механическим транспортным средством лицом, находящимся в состоянии опьянения, подвергнутым административному наказанию за управление транспортным средством в состоянии опьянения или за невыполнение законного требования уполномоченного должностного лица о прохождении медицинского освидетельствования на состояние опьянения либо имеющим судимость за совершение преступления, предусмотренного частями второй, четвертой или шестой статьи 264 настоящего Кодекса либо настоящей статьей, – наказывается штрафом в размере от двухсот тысяч до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет».

Таким образом, в 2015 г. в России произошло не только значительное усиление ответственности за совершение повторных правонарушений в области безопасности дорожного движения в состоянии опьянения, но и была введена «равнозначность» ответственности за повторное управление транспортным средством в состоянии опьянения и повторный отказ от освидетельствования.

14 марта 2016 г. в г. Ярославле под председательством Президента России В.В. Путина состоялось заседание Президиума Госсовета Российской Федерации, посвященное вопросам безопасности дорожного движения. В процессе заседания Президентом обра-

шалось особое внимание на огромные потери в результате дорожно-транспортных происшествий в России – 30-35 тыс. человек в год. При этом только в 2015 г. было совершено более 15 тыс. «пьяных» ДТП, в результате которых погибли 3 753 человека. Водителями, находившимися в состоянии наркотического опьянения, было совершено 328 дорожно-транспортных происшествий, в которых погибли 65 человек. И только в Москве в 2015 г. выявлены и отстранены от управления транспортными средствами 1 300 водителей в состоянии наркотического опьянения [143]. Согласно протоколу выступления Министра здравоохранения России В.И. Скворцовой, в рамках профилактического направления обеспечения безопасности дорожного движения в настоящее время сформирована вся необходимая нормативно-правовая и методическая база [75]:

- определены четкие перечни медицинских противопоказаний и ограничений к управлению транспортными средствами;
- утверждены порядки проведения предварительных и периодических, предсменных и послесменных, медосмотров для профессионалов-водителей;
- регламентирована санитарно-просветительская работа по вопросам профилактики управления транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, в том числе в автошколах при подготовке водителей;
- установлены порядки проведения обязательного медицинского освидетельствования, в том числе внеочередного для профессионалов, если у них выявлены состояния, являющиеся медицинскими противопоказаниями;
- разработаны и внесены в Правительство России проекты 2 федеральных законов, предусматривающие изменения в редакции КОАП РФ и УК РФ, согласно которым водителям, совершившим правонарушения или преступления в состоянии опьянения, предоставляется возможность обязательного направления на диагностику, профилактику, лечение и реабилитацию в связи с употреблением психоактивных веществ [74].

Вместе с тем, рассматриваемая нормативно-правовая и методологическая база имеет ряд следующих существенных недостатков.

В отношении редакции раздела II «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (до прекращения диспансерного наблюдения в связи со стойкой ремиссией (выздоровлением))» Перечня медицинских противопоказаний к управлению транспортными средствами (вступил в силу в январе 2015 г.) [102] необходимо отметить следующее противоречие. С одной стороны, раздел должен содержать информацию именно о хронических заболеваниях, поскольку в названии указывается наличие стойкой ремиссии. С другой стороны, приведенные коды (F10-F16; F18; F19) не позволяют однозначно отнести группу перечисленных заболеваний к хроническим. Например, коды F1x.0 и F1x.1 могут свидетельствовать только о наличии острой интоксикации или употребления с вредными последствиями, но не о хроническом заболевании [71]. Вместе с тем, редакцией Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ (вступил в силу в апреле 2016 г.) [113], предусмотрена возможность для больных с диагнозом F1x.1 (употребление с вредными последствиями) вынесения решения врачебной комиссией о прекращении диспансерного наблюдения в случае стойкой ремиссии (не менее года). При этом следует отметить, что выявление наркологической патологии на ранних этапах (в том числе с вредными последствиями) при отсутствии объективного анамнеза и установке лица к сокрытию имеющихся у него наркологических проблем является достаточно сложным процессом [47, С. 678]. Именно поэтому в мировой практике управление транспортным средством в состоянии опьянения интерпретируется как факт, свидетельствующий о формировании зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) [203].

Действующая в Российской Федерации редакция диагностических указаний для F1x.1 позволяет расценивать факт управления транспортным средством в состоянии опьянения как употребление ПАВ с вредными последствиями. Таким образом, полученные в результате медицинского освидетельствования на состояние опьянения водителя сведения, включая персональные данные, могут быть переданы в соответствии с требованиями п. 8 ч. 4 ст. 13 Закона [168] в наркологические диспансеры «при обмене информацией медицинскими организациями ... в целях оказания медицинской помощи». Изложенное, в свою очередь, позволит осуществлять (при условии посещения) диспансерное наблюдение водителей с диагнозом F1x.1 как минимум в течение одного года. Таким образом, представляется целесообразным в рассматриваемом Перечне вместо кодов F10-F16; F18 и F19 указывать F1x.1-F1x.9 (где: F1x.1 – употребление ПАВ с вредными последствиями, F1x.2 – синдром зависимости, вызванный употреблением ПАВ, F1x.3-F1x.7 – осложнения и последствия этого состояния, F1x.8-F1x.9 – недифференцированные состояния, в отношении которых необходимо провести дополнительное наркологическое обследование).

В отношении Порядка проведения предрейсовых медицинских осмотров водителей транспортных средств (вступил в силу в мае 2015 г.) [109], одной из целей проведения которого является недопущение к управлению транспортным средством профессиональных водителей в состоянии опьянения [11], следует отметить наметившуюся в течение последних лет в России стойкую негативную тенденцию роста как числа погибших, так и получивших травмы в результате нарушений Правил дорожного движения (ПДД) водителями транспортных средств юридических лиц в состоянии опьянения (табл. 3) [59].

Таблица 3

Динамика основных абсолютных и относительных показателей автодорожного травматизма в результате нарушений ПДД водителями ТС юридических лиц в состоянии опьянения в России в 2013-2015 гг.

Год	ДТП		Погибло		Получили травмы	
	абс.	прирост в % к пред. году*	абс.	прирост в % к пред. году	абс.	прирост в % к пред. году
2013	260	–	57	–	393	–
2014	358	37,7	89	56,1	494	25,7
2015	338	–5,6	93	4,5	505	2,2

Примечание к таблице 3: * - отрицательный прирост отображен со знаком «–».

Как следует из представленных данных, в течение последних лет в России произошло следующее увеличение основных показателей автодорожного травматизма в результате нарушений Правил дорожного движения водителями транспортных средств юридических лиц в состоянии опьянения: количеств дорожно-транспортных происшествий – на 30%, числа получивших в них травмы и погибших – на 63% и 29% соответственно.

При этом также следует отметить регистрируемые в последние годы в России стойкие тенденции роста основных показателей автодорожного травматизма с участием водителей грузовых транспортных средств в состоянии опьянения (табл. 4) и автобусов [59].

Как следует из представленных данных, в течение рассматриваемого периода в России регистрировалось следующее увеличение основных показателей автодорожного травматизма в результате нарушений Правил дорожного движения водителями грузовых транспортных средств в состоянии опьянения: количеств дорожно-транспортных происшествий – на 30%, числа получивших в них травмы и погибших – на 32% и 44% соответственно. Кроме того, в 2014-2015 гг. в России также отмечалась негативная тенден-

ция роста основных показателей автодорожного травматизма в результате нарушений Правил дорожного движения водителями автобусов в состоянии опьянения [59].

Таблица 4

Динамика основных абсолютных и относительных показателей автодорожного травматизма в результате нарушений ПДД водителями грузовых ТС средств в состоянии опьянения в России в 2013-2015 гг.

Год	ДТП (кол-во)		Летальные случаи (чел.)		Получили травмы (чел.)	
	абс.	прирост в % к пред. году	абс.	прирост в % к пред. году	абс.	прирост в % к пред. году
2013	332	-	93	-	443	-
2014	380	14,5	101	8,6	470	6,1
2015	428	12,6	134	32,7	583	24

Приведенные выше официальные статистические данные содержат сведения о показателях автодорожного травматизма в результате выявленных управлений профессиональными водителями транспортными средствами в состоянии опьянения. Учитывая, что п. 3 ст. 23 Закона [161] предусмотрено обязательное проведение предрейсовых медосмотров в течение всего времени работы лица в качестве водителя (за исключением водителей транспортных средств экстренных оперативных служб), возможно предположить два варианта употребления ПАВ профессиональным водителем – перед прохождением медосмотра или непосредственно в процессе работы.

С целью выяснения этого обстоятельства было проведено анонимное анкетирование профессиональных водителей в г. Москве. В исследование вошли мужчины (N=120), возраст 26-65 лет, работающие в 4-х государственных (крупных n=5; средних n=5; малых n=5) и 4-х частных предприятиях (крупных n=5; средних n=5; малых n=5), расположенных в разных административных округах города. Критерием отбора являлось согласие водителя пройти анкетирование. Анкета состояла из 30 вопросов, касающихся употребления ПАВ, знания нормативной базы об ответственности за управление транспортным средством в состоянии опьянения, особенностей сложившейся практики проведения предрейсовых медицинских осмотров на предприятии и т.д.

Как следует из результатов анкетирования, необходимая частота проведения предрейсовых медосмотров (100%) соблюдается прежде всего на крупных предприятиях вне зависимости от формы собственности (83-100%). Изложенное объясняется тем, что на этих предприятиях предусмотрены штатные медработники для ежедневной работы, которые в том числе проводят и предрейсовые медосмотры. На средних и малых предприятиях иная ситуация – медработники обычно являются внешними совместителями только для проведения предрейсовых медосмотров. В итоге, на этих предприятиях частота проведения предрейсовых медосмотров составляет 54-87% и 32-61% в государственных и частных предприятиях соответственно. В отношении соблюдения порядка проведения предрейсовых медосмотров (обязательного измерения артериального давления, частоты пульса, исследования концентрации паров этанола в выдыхаемом воздухе и т.д.) подавляющее большинство опрошенных (до 71%) вне зависимости от величины и формы собственности предприятий сообщают о сложившейся практике несоблюдения порядка проведения предрейсовых медосмотров.

Изложенное свидетельствует о необходимости установления контроля за проведением предрейсовых медосмотров водителей, осуществить который возможно следующим образом. Во-первых, запросить региональные управления Росздравнадзора и отделы лицензирования органов управления здравоохранением о всех выданных лицензиях на право проведения предрейсовых медосмотров за последние 3–5 лет с указанием их

получателей. Во-вторых, установить для них форму ежегодной отчетности и частоту проверки качества проводимых предрейсовых медосмотров участковыми врачами-психиатрами-наркологами, включив это в лицензионные требования. Поскольку большинство из них не будут являться подразделениями органов и учреждений государственного здравоохранения, то это необходимо сделать на федеральном уровне, например, внося соответствующие дополнения в постановление Правительства РФ «О порядке государственного учета показателей состояния безопасности дорожного движения» [87]. И, в-третьих, обеспечив механизм реального исполнения предрейсовых медосмотров в рамках «предупреждения правонарушений, связанных с управлением транспортным средством в состоянии опьянения», предусмотренного п. 3 Порядка организации и проведения санитарно-просветительской работы по вопросам профилактики управления транспортным средством в состоянии опьянения (вступил в силу в октябре 2015 г.) [111]. Для этого необходимо внести соответствующие изменения в рассматриваемый Порядок в части осуществления проверок качества предрейсовых медосмотров участковыми врачами-психиатрами-наркологами по территориальному принципу.

Кроме того, в соответствии с п. 10 действующего Порядка проведения предрейсовых и послерейсовых медосмотров водителей, «при наличии признаков опьянения и отрицательных результатах исследования выдыхаемого воздуха на алкоголь проводится отбор мочи в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 27 января 2006 г. N 40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ» для определения в ней наличия психоактивных веществ» [141]. Согласно Рекомендациям по организации работы по отбору, транспортировке и хранению биологических объектов для проведения химико-токсикологических исследований на наличие алкоголя и его суррогатов, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, вызывающих опьянение (интоксикацию), и их метаболитов (Приложение № 2 к рассматриваемому приказу), после отбора мочи в течение первых 5 минут проводится предварительное исследование мочи, включающее определение следующих показателей:

- температуры (не более чем через 4 минуты после отбора мочи) стеклянным ртутным термометром (в норме находится в пределах 32,5-37,7 град. С);
- рН с помощью универсальной индикаторной бумаги для определения рН мочи (в норме в интервале 4-8 ед. рН);
- относительной плотности (в норме в пределах 1.008 - 1.025);
- содержания креатинина методом иммунной хроматографии – иммунохроматографическими тестами (в норме 4,4-17,7 ммоль/сут).

Если при предварительном исследовании выявляется несоответствие указанных в настоящем пункте показателей их нормам, проводится повторный отбор мочи.

Учитывая название рассматриваемого Приложения № 2 возможно предположить, что определение перечисленных выше показателей в моче не является обязательным и носит исключительно рекомендательный характер. Вместе с тем, из решения Верховного Суда Российской Федерации от 16 декабря 2014 г. N АКПИ14-1262 следует, что приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.01.2006 N 40 является нормативным правовым актом, поскольку содержит правила поведения, рассчитанные на неоднократное применение медицинскими организациями, влекущее юридические последствия для неопределенного круга лиц, а Рекомендации фактически устанавливают порядок отбора мочи. При этом наличие слова «рекомендации» в наименовании и тексте Рекомендаций не предполагает его произвольного правоприменения [141].

Изложенное свидетельствует о срочной необходимости обеспечения материальной базой для определения перечисленных выше показателей мочи всех подразделений, имеющие лицензию на проведение предрейсовых медицинских осмотров.

Утвержденный в 2015 г. Минздравом России в соответствии с требованиями ч. 2 ст. 65 «Медицинское освидетельствование» и п. 18 ч. 2 ст. 14 «Полномочия федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья» Закона [168] Порядок проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) вступил в силу в 2016 г. [112]. В связи с этим в 2016 г. некоторые акты Минздрава СССР от 1988 г. («Временная инструкция о порядке медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения» [13]; Методические указания «Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения» [70]; совместный приказ Минздрава и МВД СССР от 20 мая 1988 г. № 402/109 «Об утверждении Инструкции о порядке выявления и учета лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических или других средств, влекущих одурманивание, оформления и направления на принудительное лечение больных наркоманией» [124]) и Минздрава России от 2003 г. (Приложения N 1-6, 9 к приказу Минздрава России от 14 июля 2003 г. N 308 «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения» [107]), а также приказы Минздрава России о внесении изменений в приложения к приказу Минздрава России от 14 июля 2003 г. N 308 [108; 114; 115; 116; 117; 118; 119] были признаны утратившими силу [121; 122].

Таким образом, с 2016 г. в России вступил в силу единый приказ, определяющий Порядок проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения для всех категорий граждан, включая водителей транспортных средств. Вместе с тем, в редакции вступившего в силу приказа Минздрава России имеются некоторые недостатки. Так, согласно первому абзацу п. 10 Правил проведения химико-токсикологических исследований (приложение № 3 к Порядку), «По окончании первого этапа химико-токсикологического исследования в случае отсутствия в пробе биологического объекта (моче) наркотических средств, психотропных веществ, лекарственных препаратов для медицинского применения, вызывающих нарушение физических и психических функций, которые могут повлечь неблагоприятные последствия при деятельности, связанной с источником повышенной опасности, метаболитов и аналогов указанных средств, веществ и препаратов выносится заключение об отсутствии в исследованной пробе биологического объекта (моче) вызывающих опьянение средств (веществ), второй этап химико-токсикологического исследования не проводится».

Вместе с тем, для проведения первого этапа химико-токсикологического исследования в настоящее время в России не существует тестов на новые потенциально опасные психоактивные вещества, химические вещества и в том числе лекарственные препараты (например, Тропирамид, Лирика, Амитриптилин, Карбамазепин и др.) и т.д.

Кроме того, остался нерешенным один из самых важных вопросов вынесения заключения об алкогольном опьянении – о концентрации алкоголя в крови, равенство и (или) превышение которой будет свидетельствовать о наличии алкогольного опьянения для лиц в urgentных состояниях, которым оказывается медицинская помощь (в том числе после ДТП) в медицинских учреждениях.

В отношении приказа Минздрава России от 15.06.2015 N 344н [110], регламентирующего Порядок проведения обязательного медицинского освидетельствования водителей и кандидатов в водители транспортных средств и Порядок выдачи медицинского заключения о наличии (отсутствии) у водителей и кандидатов в водители транспортных средств медицинских противопоказаний, медицинских показаний или медицинских ограничений к управлению транспортными средствами, следует отметить следующее.

Согласно пп. 8 и пп. 9 п. 6 Порядка проведения обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств), определение наличия психоактивных веществ в моче, а также качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови проводятся только при выявлении врачом-психиатром-наркологом симптомов и

синдромов заболевания (состояния), являющегося медицинским противопоказанием к управлению транспортными средствами. Как это неоднократно отмечалось в настоящей работе, выявление начальных этапов наркологической патологии при наличии установки к ее сокрытию, что наиболее характерно для лиц, проходящих медицинское освидетельствование на наличие противопоказаний, зачастую весьма затруднительно даже для опытных врачей-психиатров-наркологов. С учетом изложенного, целесообразно рекомендовать внести изменения в редакцию приказа, предусматривающие определение наличия психоактивных веществ в моче, а также качественное и количественное определение CDT в сыворотке крови вне зависимости от наличия или отсутствия выявленных врачом-психиатром-наркологом симптомов или синдромов профильного заболевания.

Таким образом, результаты проведенного анализа свидетельствуют о том, что в Российской Федерации начал осуществляться системный подход при обеспечении медицинской составляющей профилактики автодорожного травматизма, связанного с опьянением водителя транспортного средства. Вместе с тем, поскольку Россия находится только в начале этого пути, то необходимость последующего внесения дополнений и изменений в существующую нормативно-правовую и методическую базу профилактического направления обеспечения безопасности дорожного движения будет являться неизбежной.

Как это было особо отмечено в начале настоящей работе, в значительном количестве документов ООН, посвященных профилактике автодорожного травматизма, указывается на необходимость подготовки и последующего введения программ медицинского просвещения, направленных на снижение числа случаев управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения. Соответственно, разработка и внедрение программ медицинского просвещения является необходимым средством для снижения имеющихся показателей автодорожного травматизма в мире. Одна из таких программ под названием «Автотрезвость» уже начала работать в нескольких регионах России.

В 2013 году два события предопределили начало разработки в России нового образовательного проекта, посвященного профилактике управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения. Во-первых, началась масштабная федеральная реформа автошкол, основным направлением которой стало изменение обязательной учебной программы с целью создания отвечающих современным тенденциям в области безопасности дорожного движения новых учебных модулей. И, во-вторых, Правительство России приняло федеральную целевую программу «Повышение безопасности дорожного движения в 2013-2020 годах», тем самым продолжив ранее взятый курс на системный подход в обеспечении безопасности дорожного движения в нашей стране.

В этих условиях, при поддержке Международного альянса за ответственное потребление алкоголя (IARD) в России впервые был разработан учебный модуль по профилактике управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения.

IARD был основан 15 октября 2014 г. на базе слияния двух организаций, став преемником в том числе и Международного исследовательского центра алкогольной политики (ICAP), который начинал проект «Автотрезвость» в России в 2013 году. Являясь некоммерческой организацией, работающей при поддержке ведущих мировых производителей алкогольных напитков, Альянс способствует решению проблем здравоохранения – снижению чрезмерного употребления алкоголя путем проведения информационно-просветительской деятельности с целью недопущения употребления алкоголя несовершеннолетними, предотвращения управления автомобилем в состоянии алкогольного опьянения, продвижения принципов ответственного маркетинга и информирования потребителей о последствиях потребления алкогольных напитков.

Содействуя исполнению Глобальных обязательств по снижению чрезмерного употребления алкоголя, взятых на себя производителями пива, вина и крепких спиртных напитков [199], согласно которым «решение каждого человека в отношении употребления алкоголя должно соответствовать закону, безопасности и личной ответственности,

такое решение может быть принято только при условии доступности, знания и понимания фактов», в 2015 г. IARD запустил новый веб-сайт [77] на 8 языках мира (в том числе и на русском языке) с информацией по вопросам ответственного потребления алкоголя, нацеленный на широкий круг пользователей. Сайт приводит цифры и факты по следующим направлениям: алкоголь и вы, мифы об алкоголе и т.д.

На первом этапе создания учебного модуля нового образовательного проекта в 2013 г. проводилось изучение как существующих в России мер, направленных на снижение числа случаев управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, так и возможности применения уже зарекомендовавших себя с положительной стороны в странах Европейского Союза методов. При этом особое внимание уделялось мнению российских руководителей и специалистов в данной области.

На втором этапе разработку и реализацию пилотного проекта учебного модуля взяли на себя Смоленский гуманитарный университет и Общественный совет при УМВД России по Смоленской области. При поддержке местных руководителей Смоленская область стала первым пилотным регионом проекта, где он и получил свое название – «Автотрезвость». В начале 2014-го года, заручившись поддержкой заинтересованных партнеров и профильных организаций области, была проведена подготовительная работа – семинары для преподавателей автошкол, а также серия исследований, включающих опросы общественного мнения по проблеме управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения в Смоленской области, тестирование до и после занятий в автошколах, анкетирование в целевых фокус-группах водителей и специалистов.

Широкая общественная поддержка в Смоленской области привела к быстрому развитию проекта «Автотрезвость» к концу 2014 года, что позволило начать подготовку к его продвижению в другие регионы России уже в 2015 году.

Центральное место в проекте «Автотрезвость» занимает образовательный модуль, посвященный недопустимости вождения в нетрезвом состоянии. Этот модуль стал важным дополнением к уже существующему учебному курсу как по правилам дорожного движения, так и по вопросам безопасности в автошколах и других учебных заведениях России.

В течение 2015 г. образовательный модуль проекта «Автотрезвость» активно использовался в обучающих программах 31 автошколы в четырех регионах России (Смоленской и Ульяновской областях, Стерлитамаке и Курске), что позволило получить дополнительные знания о недопустимости нетрезвого вождения более 7 000 кандидатам в водители.

Программа учебного модуля «Автотрезвость» представляет собой интерактивное занятие, состоящее из лекционной части, практических упражнений, групповой работы и дискуссий [69].

Программа рассчитана на 1,5 часа и предусматривает следующие разделы: официальные статистические данные по основным показателям автодорожного травматизма, связанного с опьянением, в стране и в регионе, где проводится обучение; влияние алкоголя на организм человека; последствия управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения; юридические аспекты; вопросы общественного влияния и личной ответственности. В целом модуль представляет собой новый подход к изучению обозначенной проблемы в автошколах, так как дает всестороннее освещение этого фактора риска. Кроме того, учебный модуль освещает новые профилактические методы правоохранительной работы ГИБДД МВД России.

Практическая часть курса базируется на использовании специального тренажера – очков «фатальное зрение», которые позволяют на собственном опыте оценить «искажения действительности», замедление скорости и изменение реакций человека под действием алкоголя.

В 1992 г. в одном американском городе в автоаварии пострадали два подростка, игравших возле дороги. За рулем автомобиля был пьяный водитель. К счастью, все оста-

лись живы, однако Майкл Агилар, отец одного из мальчиков, всерьез задумался о том, как можно предупредить такие аварии.

Некоторое время спустя Майкл вместе со своим другом Патриком Флахерти разработал концепцию, согласно которой для профилактики вождения в нетрезвом состоянии использовались специальные очки, симулирующие поведение пьяного человека, с целью демонстрации того, как сильно алкоголь может повлиять на восприятие человека. В мае 1996 г. они основали фирму Innocorp Ltd, которая начала производство таких очков. Очки получили название «фатальное зрение» и не раз демонстрировались на конференциях по дорожной безопасности. Со временем очки стали широко использоваться и в обучении начинающих водителей, и в профилактической работе, направленной на предотвращение чрезмерного употребления алкоголя.

Сегодня продукция международной компания Innocorp Ltd признается и используется специалистами в образовательных целях более чем в 60 странах мира. Компания также занимается разработками программ по предотвращению рисков нетрезвого вождения, предупреждению травматизма и смертности.

Простые упражнения с очками, такие как, например, хождение по прямой линии, стояние на одной ноге, поднятие с пола связки ключей или бумажника, перебрасывание мяча, заставляют участников занятия понять, насколько в действительности может быть опасным нетрезвое вождение.

Основную задачу проекта «Автотрезвость» разработчики и партнеры видят в том, чтобы сформировать позицию недопустимости вождения в нетрезвом состоянии среди молодых водителей путем предоставления дополнительных теоретических и практических знаний по разным аспектам рисков нетрезвого вождения. Осуществление проекта и проведение рекламных акций («Я за автотрезвость!» в день города Смоленска, раздача листовок во время проверок работниками дорожной полиции автотранспортных средств на дорогах в Смоленске и в Ульяновске, флэш-моб в Ульяновске, раздача листовок в торговых центрах Ульяновска, специальные мероприятия в День памяти жертв ДТП в Стерлитамаке, акция «Трезвые рулят!» в городском парке Смоленска, трехнедельная акция «ПитьНельзяРулить» совместно с популярным баром и таксопарком Смоленска накануне новогодних каникул) в регионах России позволило значительно снизить существующий уровень терпимости к случаям нетрезвого вождения как молодых, так и опытных водителей, а также населения в целом.

Кроме того, опыт осуществления проекта в различных регионах России свидетельствует о том, что в процессе его проведения происходит консолидация между общественными организациями, а также органами и ведомствами, заинтересованными в обеспечении безопасности на наших дорогах. При этом сегодняшний модифицированный вариант учебного модуля проекта «Автотрезвость» является готовой стандартной учебной программой о рисках вождения в нетрезвом состоянии, которая может быть использована в любом регионе России.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алкоблокираторы: Interlock XT; Drager; Alcolock V3; Алкогран АМ-2065 [Электронный ресурс] // Медицинская техника, СИМС-2. URL: <http://sims2.ru/alcobloki.shtml>.
2. Ахадов Н.У. Методические аспекты оценки и проблема практики снижения экономических потерь от дорожно-транспортных происшествий : дис. ... канд. экон. наук : 08.00.05 / Ахадов Наби Укаевич. – Махачкала, 1999.
3. Бабаян Э.А., Посохов В.В. Клинико-неврологические критерии различных степеней алкогольного опьянения // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1980. – № 9. – С. 1384-1388.
4. Баринская Т.О., Смирнов А.В. Обнаружение этанола в выдыхаемом воздухе // В сб.: «Внелабораторный химический анализ» под ред. Ю.А. Золотова. – М.: Наука. – 2009. – С. 344-365.
5. Баринская Т.О., Смирнов А.В. Процедура медицинского освидетельствования на состояние опьянения в России и за рубежом // Вопросы наркологии. – 2009. – № 1. – С. 80-98.
6. Баринская Т.О., Смирнов А.В., Саломатин Е.М., Шаяев А.И., Морозов Ю.Е. Изучение корреляционной зависимости содержания этилового алкоголя в крови, моче, выдыхаемом воздухе и слюне // Материалы итоговой научной конференции РЦСМЭ. – М. – 17-18.11.2005. – С. 80-82.
7. Баринская Т.О., Смирнов А.В., Саломатин Е.М., Шаяев А.И., Морозов Ю.Е. Кинетика этанола в биологических средах // Наркология. – 2007. – № 5. – С. 50-57.
8. Баринская Т.О. Химико-токсикологическое исследование кинетики этанола в крови, выдыхаемом воздухе, слюне и моче (к медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения) : дис. ... канд. фарм. наук : 14.04.02 / Баринская Татьяна Оскаровна. – Москва, 2011.
9. Безопасность дорожного движения в Российской Федерации [Электронный ресурс] // ВОЗ. Программы и проекты. Предупреждение насилия и травматизма, 2014. URL: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/countrywork/rus/ru/.
10. Буров Ю.В., Тресков В.Г., Кампов-Полевой А.Б., Коваленко А.Е., Родионов А.П., Красных Л.М. Уровень эндогенного этанола и алкогольная мотивация // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 1983. – № 11. – С. 73-76.
11. Бурцев А.А., Зеренин А.Г. О проведении предсменных (предрейсовых) и послесменных (послерейсовых) медицинских осмотров и выявлении состояний опьянения // Вопросы наркологии. – 2014. – № 4. – С. 102-107.
12. Бурцев А.А., Петухов А.Е. Некоторые аспекты обучения врачей кабинетов медицинского освидетельствования // Независимость личности. – 2014. – № 1. – С. 27.
13. Временная инструкция о порядке медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения Утверждена зам. министра здравоохранения СССР 01.09.1988 г. N 06-14/33-14 (с изм. от 27.07.2010) [Электронный ресурс] // Некоммерческая интернет-версия «Консультант Плюс». URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=33652>.
14. Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма, 2004 // ВОЗ. – М.: Весь Мир. – 2004. – С. 3-6; С. 86; С. 91-92; С. 152-154.
15. Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма: резюме [Электронный ресурс] // ВОЗ. – 2004. – С. 31. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42925/5/9241591315_rus.pdf.
16. Всемирный доклад о профилактике детского травматизма [Электронный ресурс] // ВОЗ, Женева, 2008. URL: http://week2011.roadssafety.org.ua/assets/files/new/new_docs/Summary_russian.pdf.

17. Всемирный саммит по устойчивому развитию [Электронный ресурс] // ООН, Йоханнесбург, 26.08.-04.09.2002. URL: http://ihst.ru/~biosphere/terminal/ADD_20_09/About_sammit.htm.
18. Второй доклад Комитета экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя [Электронный ресурс] // ВОЗ, Женева, 2006. URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789244209448_rus.pdf.
19. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя [Электронный ресурс] // ВОЗ (ISBN 978-92-4-159993-1), 2010. URL: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyru.pdf?ua=1.
20. Глобальный кризис в области безопасности дорожного движения [Электронный ресурс] // ООН, Генеральная Ассамблея, 57 сессия, 57/309, 29.05.2003. URL: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/561/93/PDF/N0256193.pdf?OpenElement>.
21. Глобальный кризис в области безопасности дорожного движения [Электронный ресурс] // ООН, Генеральная Ассамблея, 62 сессия, A/62/257, 14.08.2007. URL: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N07/458/62/PDF/N0745862.pdf?OpenElement>.
22. Глобальный кризис в области безопасности дорожного движения. Повышение безопасности дорожного движения во всем мире [Электронный ресурс] // ООН, Генеральная Ассамблея, 64 сессия, A/64/266, 07.08.2009. URL: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/449/75/PDF/N0944975.pdf?OpenElement>.
23. Глобальный кризис в области безопасности дорожного движения. Повышение безопасности дорожного движения во всем мире [Электронный ресурс] // ООН, Генеральная Ассамблея, 66 сессия, Записка Генерального секретаря, A/66/389, 30.09.2011. URL: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/526/40/PDF/N1152640.pdf?OpenElement/>.
24. Глобальный план осуществления Десятилетия действий по обеспечению безопасности дорожного движения 2011–2020 гг. [Электронный ресурс] // ВОЗ, Женева, 2010. URL: http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/plan/plan_russian.pdf.
25. Громов Г.Р. Юридический статус водителя в Америке: (drive license) – право или привилегия? [Электронный ресурс] // Горизонты промышленной политики. Тенденции и тренды в международной транспортной политике, 2012. URL: <http://prompolit.ru/86573>.
26. Декларация молодежи по безопасности дорожного движения, 2007 [Электронный ресурс] // Всемирная ассамблея молодежи по безопасности дорожного движения, Женева, 2007. URL: http://www.who.int/roadsafety/week/activities/global/youth/youth-declaration-lowres_ru.pdf.
27. Диагностика, мониторинг хронического злоупотребления алкоголем и скрининг наиболее распространенных патологических состояний, обусловленных злоупотреблением : методические рекомендации // Утв. 03.11.2013 Главным внештатным специалистом-наркологом Минздрава РФ. – М.: 2013. – С.4; С 14.
28. Динамика основных показателей аварийности за 7 лет [Электронный ресурс] // Госавтоинспекция Министерства внутренних дел РФ. Графический анализ. URL: <http://www.gibdd.ru/stat/charts/>.
29. Динамика роста количества транспортных средств в Российской Федерации за 2004-2012 года [Электронный ресурс] // Госавтоинспекция Министерства внутренних дел РФ. URL: [http://www.gibdd.ru.images.1c-bitrix-cdn.ru/upload/iblock/620/620c5a6169640ccdd6bee4fe8823cedf.jpg](http://www.gibdd.ru/images.1c-bitrix-cdn.ru/upload/iblock/620/620c5a6169640ccdd6bee4fe8823cedf.jpg).
30. Доклад Генерального секретаря «Глобальный кризис в области безопасности дорожного движения» [Электронный ресурс] // ООН, Генеральная Ассамблея, 58 сессия, A/58/228, 07.08.2003. URL: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N03/462/62/PDF/N0346262.pdf?OpenElement>.

31. Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире: время действовать [Электронный ресурс] // ВОЗ, 2009. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44122/2/9789244563847_rus.pdf.
32. Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире, 2013 г. Поддержать Десятилетие действий [Электронный ресурс] // ВОЗ, 2013. URL: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/report/ru
33. Дорожная безопасность в 10 странах [Электронный ресурс] // ВОЗ. Департамент по профилактике травматизма, насилия и инвалидности, RS-10, 2010. URL: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/countrywork/rs10_russia_rus.pdf.
34. Дорожная безопасность для детей и молодежи в Европе. Информация о политике [Электронный ресурс] // ВОЗ, Европейское региональное бюро, Европейский центр ВОЗ по окружающей среде и охране здоровья (ISBN 978-92-890-7279-3), Рим, 2007. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98455/E90142R.pdf.
35. Дорожная безопасность и здоровье [Электронный ресурс] // ВОЗ, Женева, 57 сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Восьмое пленарное заседание, Комитет А второй доклад, WHA57.10., 22.05.2004. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R10-ru.pdf.
36. ДТП в истории: самые первые знаменитые аварии на дорогах [Электронный ресурс] // ДТП инф. URL: <http://dtpinfo.net/?p=3058>.
37. Европейская база данных «Здоровье для всех» (HFA-DB) [Электронный ресурс] // ВОЗ, Европейское региональное бюро, 2007. URL: <http://data.euro.who.int/hfad/index.php?lang=ru>.
38. Европейский доклад о состоянии безопасности дорожного движения «За безопасные дороги и более здоровые транспортные альтернативы [Электронный ресурс] // ВОЗ, Европейское региональное бюро, 2009. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/111151/E92789R.pdf?ua=1.
39. Европейское соглашение, дополняющее Конвенцию о дорожном движении 1968 г. [Электронный ресурс] // ООН, Женева, 1971. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pdf/ev1.pdf.
40. Егоров А.Ю., Крупицкий Е.М., Софронов А.Г., Бобров А.Е., Тявокина Е.Ю., Добровольская А.Е. Злоупотребление алкоголем у больных, экстренно госпитализированных в больницу скорой помощи // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2013. – № 1. – С. 36-43.
41. Заседание рабочей группы Госсовета по вопросам безопасности дорожного движения, 13.11.2015 [Электронный ресурс] // Президент РФ. URL: <http://kremlin.ru/events/administration/50681>.
42. Зеренин А.Г. Проведение предрейсовых осмотров водителей на транспортных предприятиях : пособие для врачей психиатров-наркологов и врачей общей практики // М.: НИИ Наркологии. – 2001.
43. Зеренин А.Г., Мостовой С.М. Диагностическая значимость отдельных симптомов алкогольного опьянения при медицинском освидетельствовании. Усовершенствованная медицинская технология // М.: НИИ Наркологии. – 2006.
44. Зеренин А.Г., Мостовой С.М. Пособие для врачей психиатров-наркологов и врачей общей практики по вопросам медицинского освидетельствования на состояние опьянения // М.: НИИ Наркологии. – 2007. – С. 6-7; С 17.
45. Зеренин А.Г., Стрелец Н.В. Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения // Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. Том II. – М.: Медпрактика-М. – 2002. – С. 421-423.
46. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Алкоголизм: Руководство для врачей // Иванец Н.Н., Винникова М.А. и др. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2011. – С. 357.

47. *Иванец Н.Н.* Наркология : национальное руководство // Под ред. Н.Н. Иванца. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2008. – С. 200-202; С. 206; С. 397; С. 678; С. 694.
48. *Иванец Н.Н., Успенский А.Е.* Экспертиза алкогольного опьянения: современное состояние и перспективы совершенствования // Вопросы наркологии. – 1989. – № 2. – С. 3-8.
49. Иногородные водители смогут регистрировать автомобили в столице через интернет [Электронный ресурс] // NewsMsk.com в Москве. URL: http://www.newsmsk.com/article/27dec2013/inogor_registr.html.
50. Иногородным машинам въезд в Москву будет закрыт [Электронный ресурс] // Официальный сайт Северо-западного окружного подразделения общественного движения «Мой двор» г. Москвы. URL: <http://www.tsiganov.ru/ru/22/14.html>.
51. Инструкция о порядке направления граждан на освидетельствование для установления состояния опьянения и проведения освидетельствования. Утверждена 29.06.1983 приказами МВД СССР (№ 45), Минздрава СССР (№ 06-14/14) и Минюста СССР (№ К-8-347) [Электронный ресурс] // Некоммерческая интернет-версия «Консультант Плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_16908/.
52. Информационные системы: руководство по безопасности дорожного движения для руководителей и специалистов (ISBN 978-92-4-159896-5) [Электронный ресурс] // ВОЗ, 2010. URL: http://www.who.int/roadsafety/publications/data_manual_ru.pdf.
53. Исторический обзор (Сводный текст) [Электронный ресурс] // ООН, Европейская экономическая комиссия, Отдел транспорта, 2007. URL: http://www.unece.org/fileadmin/DAM/trans/conventn/Conv_road_signs_2006v_RU.pdf.
54. *Калетина Н.И.* Токсикологическая химия: метаболизм и анализ токсикантов : учебное пособие для вузов // Под ред. проф. Калетиной Н.И. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2008. – С. 69; С. 683; С. 706.
55. Кампании в России [Электронный ресурс] // Экспертный центр «Движение без опасности». За безопасность на дорогах России. URL: <http://bezdtp.ru/campaigns/>.
56. Кодекс РФ об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2002. – № 1. – Ст. 1. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2002001000&docid=98>.
57. Количество автотранспортных средств и прицепов к ним, зарегистрированных в установленном порядке ГИБДД МВД России в 2010-2013 гг. [Электронный ресурс] // Госавтоинспекция Министерства внутренних дел РФ. URL: <http://www.gibdd.ru/stat>.
58. Количество граждан, получивших водительские удостоверения на право управления автотранспортными средствами в 2010-2013 гг. [Электронный ресурс] // Госавтоинспекция Министерства внутренних дел Российской Федерации. URL: <http://www.gibdd.ru/stat>.
59. Количество дорожно-транспортных происшествий (регламентные таблицы) [Электронный ресурс] // Госавтоинспекция Министерства внутренних дел РФ. Статистические отчеты. URL: <http://www.gibdd.ru/stat>.
60. Количество машин в Москве вдвое превысило число парковок [Электронный ресурс] // Кьюто.ру. URL: <http://quto.ru/journal/curious/33027/>.
61. Количество преступлений (из числа предварительно расследованных), совершенных в состоянии алкогольного опьянения [Электронный ресурс] // Единая межведомственная информационно-статистическая система (ЕМИСС). URL: <http://www.fedstat.ru/indicator/data.do?id=36206&referrerType=0&referrerId=947021>.
62. Конвенция о дорожном движении [Электронный ресурс] // ООН, Вена, 1968. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pdf/crt1968r.pdf.

63. *Констандов Э.А., Рещикова Т.Н.* Изменения зрительного восприятия под влиянием алкоголя // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1973. – 73. – С. 230-235.
64. Концепция общественной безопасности в РФ. Утверждена Президентом РФ 20.11.2013 [Электронный ресурс] // Президент РФ. Документы. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/19653>.
65. Коэффициенты смертности по основным классам причин смерти [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики РФ. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/dem5_bd.htm.
66. *Кузнецов Л.Е., Шибанова Н.И.* Назначение и производство медицинских экспертиз : учебно-практическое пособие // Российский государственный медицинский университет, Московский институт медико-социальной реабилитологии. – М.: Инга. – 2002. – С. 199-202.
67. *Лиопо А.В.* Содержание эндогенного этанола и некоторые биохимические параметры сыворотки крови больных алкоголизмом женщин // Здравоохранение Белоруссии. – 1994. – № 4. – С. 18-20.
68. *Лужников Е.А.* Медицинская токсикология : национальное руководство // Под ред. Е.А. Лужникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2012. – С. 425.
69. *Мартынов В.П., Бурцев А.А., Плотникова М.А., Шантор Е.В.* Алкоголь и автомобиль : методическое пособие // Под ред. О.Ю. Мониной, Е.А. Брюна. Международный проект «Автотрезвость» в России, М.: 2016 – С. 1-93.
70. Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения : методические указания. Утверждены зам. министра здравоохранения СССР 02.09.1988 г. N 06-14/33-14 [Электронный ресурс] // Некоммерческая интернет-версия «Консультант Плюс». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=16540>
71. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств // ВОЗ, Альтшуллер В.Б. и др., 1992. – СПб.: Оверлайд. – 1994. – С. 74-75.
72. *Менделевич В.Д. и др.* Руководство по аддиктологии // Основные понятия, связанные с употреблением алкоголя. Критерии диагностики алкоголизма. – СПб.: Речь. – 2007. – С. 166-167; С. 227; С. 247.
73. Методика измерений массовой концентрации этанола в крови, моче и слюне // ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» и др. – М., 2012. – С. 5.
74. Минздрав разработал проект федерального закона по вопросу назначения наказания лицам, совершившим преступление в области дорожного движения в состоянии опьянения [Электронный ресурс] // Минздрав РФ. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2015/08/17/>.
75. Министр Вероника Скворцова приняла участие в Президиуме Госсовета по вопросам безопасности дорожного движения [Электронный ресурс] // Минздрав РФ. URL: <http://www.rosminzdrav.ru/news/2016/03/14>.
76. Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ [Электронный ресурс] // ВОЗ, Европейское региональное бюро (ISBN 92-890-4384-9), 2006. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/79397/E88335R.pdf.
77. Ответственное употребление алкоголя [Электронный ресурс] // Responsible Drinking. URL: <http://www.responsibledrinking.org/about/?lang=ru>.
78. Первая Всемирная конференции по безопасности дорожного движения в Москве [Электронный ресурс] // Правительство РФ, ВОЗ, Москва, 19-20.11.2009. URL: <http://old.19may.ru/wp-content/uploads/2012/07/pwc.pdf>.

79. Перечень поручений по вопросам обеспечения безопасности дорожного движения, 20.02.2015 [Электронный ресурс] // Президент РФ. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/assignments/orders/47728>.
80. Письмо Минздравсоцразвития РФ от 30.09.2011 N 14-9/10/2-9696 «Об особенностях кодирования травм при дорожно-транспортных происшествиях в соответствии с МКБ-10» [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант.РУ». URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4094235/>.
81. Повышение безопасности дорожного движения во всем мире [Электронный ресурс] // ООН, Генеральная Ассамблея, 60 сессия, A/RES/60/5, 01.12.2005. URL: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N05/487/86/PDF/N0548786.pdf?OpenElement>.
82. Повышение безопасности дорожного движения во всем мире [Электронный ресурс] // ООН, Генеральная Ассамблея, 62 сессия, A/RES/62/244, 25.04.2008. URL: http://www.who.int/roadsafety/about/resolutions/A-RES-62-244_RU.pdf.
83. Повышение безопасности дорожного движения во всем мире [Электронный ресурс] // ООН, Генеральная Ассамблея, 64 сессия, A/64/255, 10.05.2010. URL: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/477/15/PDF/N0947715.pdf?OpenElement>.
84. Повышение безопасности дорожного движения во всем мире [Электронный ресурс] // ООН, Генеральная Ассамблея, 66 сессия, A/RES/66/260, 23.05.2012. URL: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/474/44/PDF/N1147444.pdf?OpenElement>.
85. Послание Генерального секретаря по случаю начала Десятилетия действий по обеспечению безопасности дорожного движения [Электронный ресурс] // ООН, Женева, 11.05.2011. URL: <http://www.un.org/ru/sg/messages/2011/roadsafetydecade.shtml>.
86. Постановление Правительства РФ от 29.06.1995 N 647 «Об утверждении Правил учета дорожно-транспортных происшествий» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 1995. – № 28. – Ст. 2681 URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=1995028000&docid=58>.
87. Постановление Правительства РФ от 30.04.1997 N 508 «О порядке государственного учета показателей состояния безопасности дорожного движения» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант.РУ». URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/1345035/paragraph/9049:2>.
88. Постановление Правительства РФ от 26.12.2002 N 930 «Об утверждении Правил медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством, и оформления его результатов» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2002. – № 52. – Ст. 5233. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2002052000&docid=139>.
89. Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 N 100 «О федеральной целевой программе «Повышение безопасности дорожного движения в 2006-2012 годах» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2006. – № 9. – Ст. 1020. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2006009000&docid=119>.
90. Постановление Правительства РФ от 11.11.2006 N 661 «О переносе выходных дней в 2007 году» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2006. – № 47. – Ст. 4892. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2006047000&docid=32>.

91. Постановление Правительства РФ от 11.08.2007 N 512 «О переносе выходных дней в 2008 году» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2007. – № 34. – Ст. 4246. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2007034000&docid=35>.
92. Постановление Правительства РФ от 26.06.2008 N 475 «Об утверждении Правил освидетельствования лица, которое управляет транспортным средством ...» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2008. – № 27. – Ст. 3280. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2008027000&docid=159>.
93. Постановление Правительства РФ от 19.11.2008 N 859 «О внесении изменений в Правила учета дорожно-транспортных происшествий» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2008. – № 48. – Ст. 5609. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2008048000&docid=110>.
94. Постановление Правительства РФ от 26.11.2008 N 877 «О переносе выходных дней в 2009 году» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2008. – № 48. – Ст. 5625. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2008048000&docid=126>.
95. Постановление Правительства РФ от 31.10.2009 N 869 «О переносе выходных дней в 2010 году» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2009. – № 45. – Ст. 5346. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2009045000&docid=86>.
96. Постановление Правительства РФ от 05.08.2010 N 600 «О переносе выходных дней в 2011 году» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2010. – № 32. – Ст. 4330. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2010032000&docid=43>.
97. Постановление Правительства РФ от 10.02.2011 N 64 «О внесении изменений в Правила освидетельствования лица, которое управляет транспортным средством ...» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2011. – № 7. – Ст. 993. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2011007000&docid=96>.
98. Постановление Правительства РФ от 20.07.2011 N 581 «О переносе выходных дней в 2012 году» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2011. – № 3. – Ст. 4638. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2011030000&docid=80>.
99. Постановление Правительства РФ от 03.10.2013 N 864 «О федеральной целевой программе «Повышение безопасности дорожного движения в 2013-2020 годах» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2013. – № 41. – Ст. 5183. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2013041000&docid=44>.
100. Постановление Правительства РФ от 01.11.2013 № 980 «Об утверждении Правил разработки примерных программ профессионального обучения водителей транспортных средств соответствующих категорий и подкатегорий» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2013. – № 45. – Ст. 5816. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2013045000&docid=20>.
101. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 N 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2014. – № 17. – Ст. 2057. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2014017000&docid=134>

102. Постановление Правительства РФ от 29.12.2014 N 1604 «О перечнях медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению транспортным средством» [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант.РУ». URL: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/592843/>.
103. Постановление Совета Министров – Правительства РФ от 23.10.1993 № 1090 «Правила дорожного движения Российской Федерации» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 1993. – № 47. – Ст. 4531. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition06&issid=1993047000&docid=1757>.
104. Предупреждение дорожно-транспортного травматизма: перспективы здравоохранения в Европе [Электронный ресурс] // ВОЗ, Европейское региональное бюро, 2004. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/87566/E82659R.pdf?ua=1.
105. Приветствие Президента РФ в связи с началом реализации программы «Десятилетие действий ООН по обеспечению безопасности дорожного движения» [Электронный ресурс] // Президент РФ, № Пр-918 от 08.04.2011. URL: <http://kremlin.ru/news/11205>.
106. Приказ МВД РФ от 09.02.2005 N 79 «О признании неприменяемым нормативного правового акта» [Электронный ресурс] // Некоммерческая интернет-версия «Консультант Плюс». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=51980>.
107. Приказ Минздрава РФ от 14.07.2003 № 308 «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. – 2003. – № 48. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition05&issid=2003048000&docid=1>.
108. Приказ Минздрава РФ от 05.03.2014 N 98н «О внесении изменения в приложение N 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 июля 2003 г. N 308» [Электронный ресурс] // Некоммерческая интернет-версия «Консультант Плюс». URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=165916>.
109. Приказ Минздрава РФ от 15.12.2014 N 835н «Об утверждении Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров» [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант.РУ». URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/70980038/paragraph/16:4>.
110. Приказ Минздрава РФ от 15.06.2015 N 344н «О проведении обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)» [Электронный ресурс] // Некоммерческая интернет-версия «Консультант Плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_195212/.
111. Приказ Минздрава РФ от 15.07.2015 N 343н «Об утверждении порядка организации и проведения санитарно-просветительной работы по вопросам профилактики управления транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения» [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант.РУ». URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/71199498/paragraph/1:3>.
112. Приказ Минздрава РФ от 18.12.2015 N 933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)» [Электронный ресурс] // Некоммерческая интернет-версия «Консультант Плюс». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=195274>.

113. Приказ Минздрава РФ от 30.12.2015 N 1034н «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» [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант.РУ». URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/71360612/paragraph/192:1>.
114. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.09.2004 N 115 «О внесении дополнения в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 июля 2003 г. N 308» [Электронный ресурс] // Некоммерческая интернет-версия «Консультант Плюс». URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=49584>.
115. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 10.01.2006 N 1 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 июля 2003 г. N 308» [Электронный ресурс] // Некоммерческая интернет-версия «Консультант Плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58463/.
116. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 14.07.2009 N 512н «О внесении изменений в Инструкцию по проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством ...» [Электронный ресурс] // Российская газета, Федеральный выпуск № 4985 от 28.08.2009. URL: <http://www.rg.ru/2009/08/28/pyanenie-dok.html>.
117. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.02.2010 N 85н «О внесении изменений в Инструкцию по проведению медицинского освидетельствования ...» [Электронный ресурс] // Некоммерческая интернет-версия «Консультант Плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_98675/.
118. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.08.2010 N 723н «О внесении изменения в Инструкцию по проведению медицинского освидетельствования ...» [Электронный ресурс] // Некоммерческая интернет-версия «Консультант Плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_105071/.
119. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.08.2010 N 724н «О внесении изменений в Инструкцию по проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством ...» [Электронный ресурс] // Российская газета, Федеральный выпуск № 5316 от 20.10.2010. URL: <http://www.rg.ru/2010/10/20/alcotest-dok.html>.
120. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры ...» [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант.РУ». URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/12191202/paragraph/1:5>.
121. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 18.05.2016 N 304 «О признании не действующим на территории Российской Федерации приказа Министерства здравоохранения СССР, Министерства внутренних дел СССР от 20 мая 1988 г. N 402/109 «Об утверждении Инструкции о порядке выявления и учета лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических или других средств ...» [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант.РУ». URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71312558/>.
122. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.05.2016 N 321 «О признании не действующим на территории Российской Федерации некоторых актов Министерства здравоохранения СССР» [Электронный ресурс] // Некоммерческая интернет-версия «Консультант Плюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_199694/.
123. Приказ Минздрава СССР от 12.09.1988 N 704 «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями» [Электронный ре-

- сурс] // Некоммерческая интернет-версия «Консультант Плюс». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=129695>.
124. Приказ Минздрава и МВД СССР от 20.05.1988 N 402/109 (с изм. от 30.06.2003) «Об утверждении Инструкции о порядке выявления и учета лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических или других средств ...» [Электронный ресурс] // Некоммерческая интернет-версия «Консультант Плюс». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?base=MED&n=4454&req=doc>.
 125. Приказ Руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы от 11.09.2006 N 347 «О предоставлении информации о лицах, употребляющих наркотические средства и психотропные вещества с целью опьянения и одурманивания ...» [Электронный ресурс] // Некоммерческая интернет-версия «Консультант Плюс». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?base=MLAW;n=81342;req=doc>.
 126. Проект Федерального закона РФ «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях», 2014 [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант.РУ». URL: <http://www.garant.ru/news/537683/#ixzz2zyQgnqpP>.
 127. *Пронько П.С.* Уровень эндогенного этанола в крови больных алкоголизмом // Здравоохранение Белоруссии. – 1983. – № 9. – С. 50-54.
 128. *Пронько П.С., Шишкин С.Н., Колесников В.Б., Вольнец С.И., Островский Ю.М.* Эндогенный этанол в крови больных алкоголизмом и здоровых лиц с отягощенной и неотягощенной наследственностью // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 1987. – Т. 87. – № 3. – С. 417-422.
 129. Протокол заседания Коллегии МВД РФ «О ходе подготовки Федеральной целевой программы по безопасности дорожного движения на период 2013-2020 годов» [Электронный ресурс] // МВД РФ, 2011. URL: <http://mvd.ru/news/item/161237>.
 130. Протокол совещания у Председателя Правительства РФ по проблемам безопасности дорожного движения [Электронный ресурс] // Правительство РФ, 2012. URL: <http://government.ru/orders/6413/>.
 131. Раздел 3 «Сведения о регистрации транспортных средств» // Сводные отчеты по России о деятельности Госавтоинспекции Министерства внутренних дел Российской Федерации в 2004-2009 гг.
 132. Раздел 4 «Количество граждан, получивших водительские удостоверения на право управления транспортными средствами» // Сводные отчеты по России о деятельности Госавтоинспекции Министерства внутренних дел Российской Федерации в 2004-2009 гг.
 133. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2008. – № 47. – Ст. – 5489. – URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2008047000&docid=107>.
 134. Распоряжение Правительства РФ от 22.11.2008 N 1734-р «Транспортная стратегия Российской Федерации на период до 2030 года» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2008. – № 5. – Ст. 5977. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2008050000&docid=132>.
 135. Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2009 N 2128-р «Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2010. – № 2. – Ст. 264. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2010002000&docid=136>.

136. Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2012. – № 53. – Ст. 8019. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2012053020&docid=448>.
137. Решение Верховного Суда РФ от 27.07.2010 № ГКПИ10-736 «О признании частично не действующим примечания к пункту 4 Временной инструкции о порядке медицинского освидетельствования ...» [Электронный ресурс] // Некоммерческая интернет-версия «Консультант Плюс». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=103570;fld=134;dst=100024;rnd=0.5489553942231147>.
138. Решение Верховного Суда РФ от 23.12.2010 N ГКПИ10-1458 «Об отказе в признании недействующим приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25 августа 2010 г. N 724н ...» [Электронный ресурс] // Некоммерческая интернет-версия «Консультант Плюс». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=109399>.
139. Решение Верховного Суда РФ от 14.03.2013 N АКПИ12-1743 «Об отказе в признании недействующим абзаца первого пункта 22 Инструкции по проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством ...» [Электронный ресурс] // Некоммерческая интернет-версия «Консультант Плюс» URL: <http://www.supcourt.ru/search.php?searchf=N+%C0%CA%CF%C812-1743+>.
140. Решение Верховного Суда РФ от 28.11.2013 № АКПИ13-1077 «О признании частично не действующим пункта 16 Инструкции по проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством ...» [Электронный ресурс] // Верховный Суд РФ. URL: http://vsrf.ru/vs_cases6_npa.php?autor=1050193.
141. Решение Верховного Суда РФ от 16.12.2014 N АКПИ14-1262 «Об отказе в удовлетворении заявления о признании недействующим пункта 4 Рекомендаций по организации работы по отбору, транспортировке и хранению биологических объектов..., утвержденных приказом Минздравсоцразвития ...» [Электронный ресурс] // Некоммерческая интернет-версия «Консультант Плюс». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=126725>.
142. Риски для здоровья молодых людей [Электронный ресурс] // ВОЗ, Женева. – Информационный бюллетень N 345, август 2011. URL: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs345/ru/>.
143. Руководителям органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья // Письмо Зам. министра РФ Яковлевой Т.В. от 28.03.2016 № 14-2/10/2-1873.
144. Сазыкин Ю.Л. Экономическая оценка потерь народного хозяйства региона от дорожно-транспортных происшествий (на примере Краснодарского края) : дис. ... канд. экон. наук : 08.00.05 / Сазыкин Юрий Леонидович. – Краснодар, 2003.
145. Сиволан Ю.П. Проблема гепатотоксичности в психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2013. – Т.15, № 1. – С. 29-32.
146. Соглашение об изменении границ между Москвой и Московской областью [Электронный ресурс] // Совет Федерации Федерального Собрания РФ, 27.12.2011. URL: <http://council.gov.ru/press-center/news/16105/>.
147. Состояние и тенденции ДТП с водителями, находящимися в состоянии опьянения и отказавшимися от прохождения медицинского освидетельствования на состояние опьянения за 7 месяцев 2013 г. [Электронный ресурс] // Госавтоинспекция Министерства внутренних дел РФ. Статистические отчеты. URL: http://www.gibdd.ru/stat/files/dtp_ns.pdf.
148. Сотрудничество в рамках ООН в области безопасности дорожного движения, 2005 [Электронный ресурс] // ООН. URL: <http://www.un.org/ru/roadsafety/system.shtml>.

149. Сошников С.С. Роль алкогольного фактора в формировании потерь здоровья населения в результате дорожно-транспортных происшествий (на примере Москвы) : дис. канд. мед. наук : 14.00.33 / Сошников Сергей Сергеевич. – М., 2008.
150. Статистика дорожно-транспортных происшествий в Европе и Северной Америке [Электронный ресурс] // ООН, Европейская экономическая комиссия (ЕЭК), Женева, Том LII, 2011. URL: http://www.unece.org/fileadmin/DAM/trans/main/wp6/pdfdocs/RAS_2011_Final_Version.pdf.
151. Статья 12.32 «Допуск к управлению транспортным средством водителя, находящегося в состоянии опьянения либо не имеющего права управления транспортным средством» Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях [Электронный ресурс] // Некоммерческая интернет-версия «Консультант Плюс». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=187205>.
152. Стремление к нулю: высокие задачи и системный подход к безопасности дорожного движения, 2008 [Электронный ресурс] // Совместный транспортный научно-исследовательский центр Организации по экономическому сотрудничеству и развитию (OECD) и Международного транспортного форума (ITF), 2008. URL: <http://www.internationaltransportforum.org/JTRC/safety/targets/08TargetsSummaryRU.pdf>.
153. Уголовный кодекс РФ от 13.06.1996 N 63-ФЗ (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант.РУ». URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/10108000/paragraph/26654339:1>.
154. Уголовно-исполнительный кодекс РФ от 08.01.1997 N 1-ФЗ (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] // Информационно-правовой портал «Гарант.РУ». URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/1306500/entry/0:7>.
155. Указ Верховного Совета СССР от 15.03.1983 «Об административной ответственности за нарушение правил дорожного движения». Утвержден Законом СССР 17.06.1983 // Ведомости Верховного Совета СССР. – 1983. – N 25. – Ст. 387.
156. Указ Президиума Верховного Совета СССР от 29.04.1974 N 5938-VIII «О ратификации Конвенции о дорожном движении» [Электронный ресурс] // Ведомости Верховного Совета СССР от 15.05.1974. – N 20. – Ст. 305. Информационно-правовой портал «Гарант.РУ». URL: <http://base.garant.ru/2560988/#ixzz2xzkQkHjw>.
157. Указ Президента РФ от 15.06.1998 № 711 «О дополнительных мерах по обеспечению безопасности дорожного движения» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 1998. – № 25. – Ст. 2897. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=1998025000&docid=3131>.
158. Указ Президента РФ от 09.10.2007 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2007. – № 42. – Ст. 5009. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2007042000&docid=81>.
159. Указ Президента РФ от 12.05.2009 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2009. – № 2. – Ст. 2444. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2009020000&docid=52>.
160. Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2012. – № 19. – Ст. 2335. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2012019000&docid=63>.
161. Федеральный закон РФ от 10.12.1995 № 196-ФЗ «О безопасности дорожного движения» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные

- электронные версии бюллетеней. – 1995. – № 5. – Ст. 4873. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=1995050000&docid=1980>.
162. Федеральный закон РФ от 08.12.2003 № 162-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2003. – № 5. – Ст. 4848. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2003050000&docid=29>.
 163. Федеральный закон РФ от 28.07.2004 N 93-ФЗ «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2004. – № 31. – Ст. 3229. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2004031000&docid=30>.
 164. Федеральный закон РФ от 21.03.2005 N 19-ФЗ «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2005. – № 13. – Ст. 1077. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2005013000&docid=9>.
 165. Федеральный закон РФ от 04.12.2006 N 203-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам ответственности военнослужащих» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2006. – № 5. – Ст. 5281. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2006050000&docid=20>.
 166. Федеральный закон РФ от 24.07.2007 N 210-ФЗ «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2007. – № 31. – Ст. 4007. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2007031000&docid=82>.
 167. Федеральный закон РФ от 23.07.2010 N 169-ФЗ «О внесении изменения в статью 19 Федерального закона «О безопасности дорожного движения» и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2010. – № 3. – Ст. 400. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2010030000&docid=17>.
 168. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2011. – № 48. – Ст. 6724. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2011048000&docid=1>.
 169. Федеральный закон РФ от 07.05.2013 № 92-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О безопасности дорожного движения» и Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2013. – № 19. – Ст. 2319. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2013019000&docid=27>.
 170. Федеральный закон РФ от 23.07.2013 № 196-ФЗ «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях и статью 28 Федерального закона «О безопасности дорожного движения» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2013. – № 3. – Ст. 4029. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2013030010&docid=8>.
 171. Федеральный закон РФ от 28.12.2013 № 437-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О безопасности дорожного движения» и Кодекс Российской Феде-

- рации об административных правонарушениях по вопросам медицинского обеспечения безопасности дорожного движения» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2013. – № 52. – Ст. 7002. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2013052010&docid=58>.
172. Федеральный закон РФ от 31.12.2014 № 528-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросу усиления ответственности за совершение правонарушений в сфере безопасности дорожного движения» [Электронный ресурс] // Собрание законодательства РФ. Официальные электронные версии бюллетеней. – 2015. – № 1. – Ст. 81. URL: <http://www.szrf.ru/doc.phtml?nb=edition00&issid=2015001010&docid=81>.
 173. Федеральная целевая программа «Повышение безопасности дорожного движения в 2006-2012 годах» [Электронный ресурс] // Официальный сайт. URL: <http://www.fcp-pbdd.ru/experience/211/23885/>.
 174. Характеристика проблемы, на решение которой направлена Программа [Электронный ресурс] // ФЦП «Повышение безопасности дорожного движения в 2013-2020 годах». URL: http://www.fcp-pbdd.ru/about_program/problem.php.
 175. Цыганков Б.Д., Шамов С.А., Земсков М.Н. Подходы к лечению абстинентного, постабстинентного состояния наркологических больных // Российский медицинский журнал. – 2013. – № 4. – С. 32-36.
 176. Цыганков Б.Д., Шамов С.А., Рыхлецкий П.З., Давлетов Л.А. Возможности применения ксенона в комплексной терапии психопатологических расстройств у больных наркологического профиля // Российский медицинский журнал. – 2013. – № 4. – С. 11-14.
 177. Четвертый доклад Комитета В [Электронный ресурс] // ВОЗ, Женева, 64 сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, А64/62, 24.05.2011. URL: <http://unicef.artus.ru/doc/doc.asp?obj=84632>.
 178. Чичерина М.П. Виктимологический анализ и профилактика дорожно-транспортных происшествий, совершаемых водителями частных легковых автомобилей: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08 / Чичерина Марина Петровна. – М., 2000.
 179. Шемчук Н.В. Психические расстройства у водителей-участников дорожно-транспортных происшествий : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Шемчук Наталья Валерьевна. – М., 2003.
 180. Шипшин С.С. Судебно-психологическая экспертиза психического состояния водителя по делам о дорожно-транспортных происшествиях : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.06 / Шипшин Сергей Сергеевич. – М., 1998.
 181. Шишкин С.Н., Островский Ю.М., Пронько П.С. Оптимизация метода определения эндогенного этанола в крови и тканях человека и экспериментальных животных // Вопросы медицинской химии. – 1988. – Т. 34. – № 5. – С. 219-133.
 182. Шпорт С.В. Особенности течения острой реакции на стресс у женщин-водителей-участников дорожно-транспортных происшествий : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Шпорт Светлана Вячеславовна. – М., 2007.
 183. Allsop R.E. Alcohol and road accidents: a discussion of the Grand Rapids study (RRL Report № 6) // Harmondsworth, Road Research Laboratory. – 1966.
 184. Baylor A.M., Layne C.S., Maefield R.D., Osborne L., Spduso W.W. Effects of ethanol on human fractionated response times // Drug and alcohol dependence. – 1989. – Vol.23. – P. 31.
 185. Biecheler-Fretel M.B., Facy F., Peytavin J.F. Drinking and Driving in France in 1999-2000: Changes in The Decade and New Perspectives [Электронный ресурс] // Proceedings of the 16th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Montreal. – 2002. – P. 991-997. URL: [http://www.saaq.gouv.qc.ca/t2002/actes/pdf/\(30a\).pdf](http://www.saaq.gouv.qc.ca/t2002/actes/pdf/(30a).pdf).

186. *Borkenstein R.F., Crowther R.F., Shumate R.P., Ziel W.B., Zylman R.* The role of the drinking driver in traffic accidents (The Grand Rapids Study) // *Blutalkohol, Alcohol, Drugs and Behavior*. – 1974. – 11 (Suppl. 1).
187. *Borkenstein R.F. et al.* The role of the drinking driver in traffic accidents // *Bloomington, IN, Department of Police Administration, Indiana University*. – 1964.
188. Broughton J., Lawton B., Walter L., Yannis G., Evgenikos P., Chaziris A., Hoeglenger S., Leitner T., Bos N., Reurings M., Andreu M., Pace J.F., Sanmartin J. Traffic safety basic facts (2007). Young people (aged 16–24) [Электронный ресурс] // *European Road Safety Observatory*, 2008. URL: http://ec.europa.eu/transport/road_safety/specialist/knowledge/pdf/bfs2007_sn-ntua-1-3-young_people.pdf.
189. *Cashman C.M., Ruotsalainen J.H., Greiner B.A., Beirne P.V., Verbeek J.H.* Alcohol and drug screening of occupational drivers for preventing injury (review) [Электронный ресурс] // *The Cochrane Library*. – 2009. – Issue 2, Published by John Wiley & Sons, Ltd. URL: http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/Safety_on_the_road/CD006566.pdf.
190. Characteristics of fatal rollover crashes [Электронный ресурс] // U.S. Department of Transportation, National Center for Statistics and Analysis (NCSA), National Highway Traffic Safety Administration, (DOT HS 809 438), 04.2002. URL: <http://www.citizen.org/documents/NCSAReport.pdf>.
191. Clarke's Analysis of Drugs and Poisons in pharmaceuticals, body fluids and postmortem material. Fourth edition // *London, Chicago: Pharmaceutical Press*. – 2011. – P. 2473.
192. *Compton R.P., Blomberg R.D., Moskowitz H., Burns M., Peck R.C., Fiorentino D.* Crash risk of alcohol impaired driving [Электронный ресурс] // In: Mayhew D.R., Dussault C. Proceedings of the 16th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Montreal, 04-09.08.2002. Montreal, Societe de l'assurance automobile du Quebec. – 2002. – P. 39-44. URL: [http://www.saaq.gouv.qc.ca/t2002/actes/pdf/\(06a\).pdf](http://www.saaq.gouv.qc.ca/t2002/actes/pdf/(06a).pdf).
193. *Conigrave K.M., Davies P., Haber P., Whitfield J.B.* Traditional markers of excessive alcohol use [Электронный ресурс] // *Addiction*. – 2003. – 98 (Suppl. 2). – P. 31-43. URL: <http://genepi.qimr.edu.au/contents/p/staff/JW104.pdf>.
194. *Conigrave K.M., Degenhardt L.J., Whitfield J.B., Saunders J.B., Helander A., Tabakoff B.* CDT, GGT, and AST as markers of alcohol use: the WHO/ISBRA collaborative project [Электронный ресурс] // *US National Library of Medicine, National Institutes of Health: Alcohol Clin Exp Res*. – 2002. – 26(3). – P. 332-339. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11923585>.
195. *Connors G.J., Maisto S.A.* Effects of alcohol instructions and consumption rate on motor performance // *Journal of Studies on Alcohol*. – 1980. – Vol. 41. – P. 509.
196. Costs–benefit analysis of road safety improvements (final report) [Электронный ресурс] // *ICF Consulting with Imperial College Centre for Transport Studies, London, UK*, 12.07.2003. URL: http://ec.europa.eu/transport/roadsafety_library/publications/icf_final_report.pdf.
197. Cost Effective EU Transport Safety Measures [Электронный ресурс] // *European Transport Safety Council (ETSC), Brussels, (ISBN: 90-76024-16-2), 2003*. URL: http://ec.europa.eu/transport/road_safety/specialist/knowledge/pdf/rsmref22%20etsc%20cost.pdf.
198. *Delaney A., Diamantopolou K., Cameron M.* Strategic principles of drink-driving enforcement [Электронный ресурс] // *Monash University, Accident Research Centre, Clayton, Victoria, Australia, (Report N 249), 07.2006*. URL: <http://www.monash.edu.au/miri/research/reports/muarc249.pdf>.
199. Drink Driving Initiative 2015 Summary Reports [Электронный ресурс] // *Beer, Wine and Spirits Producers' Commitments to Reduce Harmful Drinking*. URL:

- <http://www.producerscommitments.org/wp-content/uploads/2016/05/DrinkDriveInitiativeSummaryReports.pdf>.
200. Drinking and Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioners [Электронный ресурс] // Global Road Safety Partnership (GRSP), Geneva, 2007. URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9782940395002_eng.pdf.
 201. Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines [Электронный ресурс] // About DRUID, 2014. URL: <http://www.druid-project.eu/Druid/EN/about-DRUID/about-DRUID-node.html>.
 202. Drug Court Publications Resource Guide, Fourth Edition [Электронный ресурс] // National Drug Court Institute (NDCI), 2002. URL: <http://www.ndci.org/sites/default/files/ndci/ResourceGuide2002Edition%5B1%5D.pdf>.
 203. DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition // American Psychiatric Association, Washington, DC. – 2000. – P. 199.
 204. *Elder R.W., Shults R.A., Sleet D.A., Nichols J.L., Zaza S., Thompson R.S.* Effectiveness of sobriety checkpoints for reducing alcohol-involved crashes [Электронный ресурс] // Traffic Injury Prevention. – 2002. – 3. – P. 266-274. URL: http://www.researchgate.net/publication/248934748_Effectiveness_of_Sobriety_Checkpoints_for_Reducing_Alcohol-Involved_Crashes.
 205. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020 [Электронный ресурс] // World Health Organization, Regional Office for Europe (ISBN 978-92-890-0286-8), 2012. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf.
 206. *Ferguson M., Sheehan M., Davey J., Watson B.* Drink driving rehabilitation. The present context. (Part of the evaluation of the «Under the limit», Drink driving rehabilitation program) [Электронный ресурс] // Brisbane, Queensland, Queensland University of Technology: Centre for Accident Research and Road Safety, Road Safety Research (Report CR 184), 1999. URL: http://eprints.qut.edu.au/7379/1/Alc_Rehab_2.pdf.
 207. *Fitzpatrick J.L.* Problems in the evaluation of treatment programs for drunk drivers: Goals and outcomes // Journal of Drug Issues. – 1992. – 22 (1). – P. 155-167.
 208. *Green R.E., French J.F., Haberman P.W., Holland P.W.* The effects of combining sanctions and rehabilitation for driving under the influence: An evaluation of the New Jersey alcohol countermeasures program // Accident Analysis and Prevention. – 1991. – 23 (6). – P. 543-555.
 209. *Gullberg R.* The Elimination Rate of Mouth Alcohol: Mathematical Modeling and Implications in Breath Alcohol Analysis // Journal of Forensic Sciences. – 1992. – 37. – P. 1363.
 210. Handbook for action to reduce alcohol-related harm [Электронный ресурс] // World Health Organization, Regional Office for Europe (ISBN 978-92-890-4180-5), 2009. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/43320/E92820.pdf.
 211. *Harding P., McMurray M., Laessig R., Simley D., Correll P., Tsunehiro J.* The Effect of Dentures and Denture Adhesives on Mouth Alcohol Retention // Journal of Forensic Sciences. – 1992. – 37. – P. 999.
 212. *Haworth N., Smith R., Brumen I.* Case-control study of motorcycle crashes [Электронный ресурс] // Department of Transport and Regional Development. The Federal Office of Road Safety. Monash University Accident research Centre, Clayton Victoria 3168, Report CR 174, 1997. URL: <http://www.monash.edu.au/miri/research/reports/atsb174.pdf>.
 213. *Hels T., Bernhoft I.M.* Risk of serious injury and death for drivers positive for drugs [Электронный ресурс] // DRUID Final conference, Cologne 27-28.09.2011, Department of Transport Technical University of Denmark, 2011. URL: http://www.druid-project.eu/Druid/EN/Final%20Conference/Presentations/Downloads/A_3.pdf?__blob=publicationFile&v=1.

214. *Hurst P.M.* Epidemiological aspects of alcohol in driver crashes and citations // *Journal of Safety Research*. – 1973. – 5 (3). – P. 130-138.
215. *Hurst P.M., Harte D., Frith W.J.* The Grand Rapids dip revisited // *Accident Analysis and Prevention*. – 1994. – 26. – P. 647-654.
216. *Jones A.W., Mardh G., Anggard E.* Determination of endogenous ethanol in blood and breath by gas chromatography-mass spectrometry // *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. – 1983. – V. 18. – Suppl. 1. – P. 267-272.
217. *Jones A.W., Neri A.* Age-related differences in the effects of ethanol on performance and behaviour in healthy men // *Alcohol and Alcoholism*. – 1994. – 29 (2). – P. 171-179.
218. *Keall M.D., Frith W.J., Patterson T.L.* The influence of alcohol, age and number of passengers on the night-time risk of driver fatal injury in New Zealand // *Accident Analysis and Prevention*. – 2004. – 36. – P. 49-61.
219. *Killoran A., Canning U., Doyle N., Sheppard L.* Review of effectiveness of laws limiting blood alcohol concentration levels to reduce alcohol-related road injuries and deaths [Электронный ресурс] // Centre for Public Health Excellence NICE, Final report, 03.2010. URL: <http://www.nice.org.uk/media/default/About/what-we-do/NICEguidance/NICE-guidelines/Public-health-guidelines/Additional-publications/Blood-alcohol-content-effectiveness-review.pdf>.
220. *Lang A.* Alcohol: teenage drinking // In: Synder S, series ed. *Encyclopedia of psychoactive drugs*, 2 ed., Vol. 3, New York, Chelsea House, 1992.
221. *Logan B., Distefano S.* Ethanol content of various foods and soft drinks and their potential for interference with a breath alcohol test // *Journal of Analytical Toxicology*. – 1998. – 22. – P. 181-183.
222. Make Roads Safe: a new priority for sustainable development [Электронный ресурс] // Commission for Global Road Safety (CGRS), London, UK (ISBN-13: 978-0-9553198-0-8), 2007 URL: http://www.makeroadssafe.org/publications/documents/mrs_report_2007.pdf.
223. Make Roads Safe: a decade of action for road safety [Электронный ресурс] // Commission for Global Road Safety (CGRS), London, UK, 2009. URL: http://www.makeroadssafe.org/publications/Documents/decade_of_action_report_lr.pdf.
224. *Marr J.N.* The interrelationship between the use of alcohol and other drugs: overview for drug court practitioners [Электронный ресурс] // Washington DC, Office of Justice Programs, American University, 1999. URL: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/bja/178940.pdf>.
225. *Mathijssen M.P.M.* Indecisive drink-driving policy allows for increase of DUI in the Netherlands [Электронный ресурс] // Proceedings of the 16th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Montreal. – 2002. – P. 975-981. URL: [http://www.saaq.gouv.qc.ca/t2002/actes/pdf/\(30a\).pdf](http://www.saaq.gouv.qc.ca/t2002/actes/pdf/(30a).pdf).
226. *McLean A.J., Holubowycz O.T.* Alcohol and the risk of accident involvement // In: Goldberg L. *Alcohol, drugs and traffic safety*. Proceedings of the 8th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Stockholm, 15-19.06.1980. Stockholm, Almqvist & Wiksell International. – 1981. – P. 113-123.
227. *Morrow D., Leirer V., Yesavage J.* The influence of alcohol and aging on radio communication during flight // *Aviation, Space and Environmental Medicine*. – 1990. – 61. – P. 12-20.
228. Mortality indicators by cause of death, age and sex (off-line version) [Электронный ресурс] // Supplement to the WHO European health for all database. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004. URL: http://www.yasa.org/upload/uploadedfiles/Fact-sheet-EURO_en.pdf.
229. *Moskowitz H., Blomberg R., Burns M., Fiorentino D., Peck R. et al.* Methodological issues in epidemiological studies of alcohol crash risk [Электронный ресурс] // In: Mayhew D.R., Dussault C. Proceedings of the 16th International Conference on Alcohol,

- Drugs and Traffic Safety, Montreal, 04.-09.08.2002. Montreal, Societe de l'assurance automobile du Quebec. – 2002. – P. 45-50. URL: [http://www.saaq.gouv.qc.ca/t2002/actes/pdf/\(06a\).pdf](http://www.saaq.gouv.qc.ca/t2002/actes/pdf/(06a).pdf).
230. *Moskowitz H., Fiorentino D.* A Review of the scientific literature regarding the effects of alcohol on driving-related behavior at blood alcohol concentrations of 80 mg/dl and lower (Report: HS 809 028) [Электронный ресурс] // Washington DC: U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration, 2000. URL: <http://ntl.bts.gov/lib/16000/16800/16867/PB2000105778.pdf>.
 231. *Moskowitz H., Robinson C.D.* Effect of low doses of alcohol on driving-related skills: A review of the evidence (Report: DOT HS 807 280) [Электронный ресурс] // Washington DC.: National Highway Traffic Safety Administration, 1988. URL: <http://ntl.bts.gov/lib/25000/25700/25752/DOT-HS-807-280.pdf>.
 232. *Murray W., Pratt S., Dubens E.* Summary of the NIOSH promoting global initiatives for occupational road safety research white paper: review of occupational road safety worldwide [Электронный ресурс] // US National Institute for Occupational Safety and Health. NIOSH Global Review of Occupational Road Safety: Draft. 02.04.2010. URL: http://www.virtualriskmanager.net/main/aboutus/niosh/niosh_draft-white-paper-executive-summary_september-2012.pdf.
 233. *Oei T.P.S., Kerschbaumer D.M.* Peer attitudes, sex and the effects of alcohol on simulated driving performance // American Journal of Drug and Alcohol Abuse. – 1990. – 16 (1-2). – P. 135-146.
 234. *Peek-Asa C.* The effect of random alcohol screening in reducing motor vehicle crash injuries // American Journal of Preventive Medicine. – 1999. – 16. – P. 57-67.
 235. Police enforcement strategies to reduce traffic casualties in Europe [Электронный ресурс] // European Transport Safety Council (ETSC), Brussels, 05.1999. URL: <http://archive.etsc.eu/documents/strategies.pdf>.
 236. Prevention of traffic accidents // World Health Organization, 19 World Health Assembly, Geneva, 03-20.05.1966, WHA19.36. Handb. Res., 8th ed., 1.7.1 Fourteenth plenary meeting (Committee on Programme and Budget, fourth report), 1966.
 237. Prevention of traffic accidents // World Health Organization, forty-third session, Geneva, 18-28.02.1969, EB43.R22. Handb. Res., 10th ed., 1.7.2.4 Twelfth meeting, 1969.
 238. Prevention of road traffic accidents // World Health Organization, Twenty-seventh World Health Assembly, Geneva, 07-23.05.1974, WHA27.59. Handb. Res., Vol. I, 1.11.5.3 Fourteenth plenary meeting (Committee A, fifth report), 1974.
 239. Prevention of road traffic accidents // World Health Organization, Fifty-seventh session, Geneva, 14-30.01.1976, EB57.R30. Handb. Res., Vol. II, 1.11.5.2 Twenty-second meeting, 1976.
 240. Proceedings of the First International Conference on Road Safety at Work 2009 [Электронный ресурс] // US National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) and partners: World Health Organization, Pan American Health Organization, International Labour Organization, US Department of State, National Safety Council, Washington DC, 16-18.02.2009. URL: <http://www.virtualriskmanager.net/main/aboutus/niosh.php>.
 241. *Quinlan K.P., Brewer R.D., Siegel P., Sleet D.A., Mokdad A.H., Shults R.A., Flowers N.* Alcohol-impaired driving among U.S. adults 1993-2002 // American Journal of Preventive Medicine. – 2005. – 28(4). – P. 345-350.
 242. Road Safety Target Outcome: 100,000 fewer deaths since 2001. 5th Road Safety PIN Report [Электронный ресурс] // European Transport Safety Council (ETSC), Brussels, 07.2011. URL: http://etsc.eu/wp-content/uploads/ETSC_2011_PIN_Report.pdf.
 243. *Shults R.A., Elder R.W., Sleet D.A., Nichols J.L., Alao M.O., Carande-Kulis V.G., Zaza S., Sosin D.M., Thompson R.S.* Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving [Электронный ресурс] // American Journal of Preventive Medi-

- cine. – 2001. – 21. – P. 66-88. URL: <http://www.thecommunityguide.org/mvoi/mvoi-AJPM-evrev-alchl-imprd-drvng.pdf>.
244. *Shults R.A., Sleet D.A., Elder R.W., Ryan G.W., Sehgal M.* Association between state-level drinking and driving countermeasures and self-reported alcohol-impaired driving // *Traffic Injury Prevention*. – 2002. – 8. – P. 106-108.
 245. *Stephens B.W., Michaels R.M.* Time sharing between compensatory tracking and search-and-recognition tasks // *Highway Research Record*. – 1963. – 55. – P. 1-16.
 246. Summary and publication of best practices in road safety in the member states (thematic report) [Электронный ресурс] // European Commission. – 17th of 06.2007. URL: http://ec.europa.eu/transport/roadsafety_library/publications/supreme_f6_thematic_report_enforcement.pdf.
 247. The global burden of disease: 2004 update [Электронный ресурс] // World Health Organization, Geneva (ISBN: 978-92-4-156371-0), 2008. URL: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1.
 248. The world health report 2002 - Reducing risks, promoting healthy life [Электронный ресурс] // World Health Organization, 2002. URL: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1.
 249. *Toroyan T., Peden M.* Youth and Road Safety [Электронный ресурс] // World Health Organization, Geneva, 2007. URL: http://www.youthforroadsafety.org/uploads/tekstblokken/youth_and_road_safety.pdf.
 250. *Trafford D., Makin H.* Breath-alcohol concentration may not always reflect the concentration of alcohol in blood // *Journal of Analytical Toxicology*. – 1994. – 18. – P. 225.
 251. *Verstraete A.G.* Driving under the influence of alcohol and drugs; the results of the DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines) [Электронный ресурс] // Коллегия Международной ассоциации судебных токсикологов (TIAFT), 2012 URL: <http://www.interlab.ru/sobyitiya/arhiv/tiaft-2012-board-meeting-and-seminar-12-aprelya-2012-g>.
 252. *Voas R.B., Fell J.C., Scott A., Sweedler B.M.* Controlling impaired driving through vehicle programs: an overview // *Traffic Injury Prevention*. – 2004. – 5. – P. 292-298.
 253. *Voas R.B., McKnight A.S., Thom D.R., Smith T.A., Hurt H.Jr., Waller P.F., Zellner J.W.* Methodology for determining motorcycle operator crash risk and alcohol impairment. Vol. I: Synthesis report on alternative approaches with priorities for research [Электронный ресурс] // Pacific Institute for Research and Evaluation (Final Report 09/01–07/03), National Highway Traffic Safety Administration, Washington DC, 2007. URL: <http://www.nhtsa.gov/search?q=.+Methodology+for+Determining&x=0&y=0>.
 254. World health statistics (Ten highlights in health statistics; Global health indicators) [Электронный ресурс] // World Health Organization, Geneva, 2008. URL: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Part1.pdf?ua=1; URL: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Table3_RiskFactors.pdf?ua=1.
 255. World report on child injury prevention [Электронный ресурс] // World Health Organization, Geneva and New York, United Nations Children's Fund, 2008. URL: <http://www.slideshare.net/PreventionWorks/world-report-on-child-injury-prevention-8848742>.
 256. Young drivers. The road to safety, 2006 [Электронный ресурс] // European Conference of Ministers of Transport (ECMT) and OECD, Paris, 2006. URL: http://www.youthforroadsafety.org/uploads/tekstblok_bijlagen/oecd_young_drivers_the_road_to_safety.pdf.
 257. *Zador P.L., Krawchuk S.A., Voas R.B.* Relative risk of fatal crash involvement by bac, age, and gender (Report HS 809 050) [Электронный ресурс] // Washington DC: U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration, 2000. URL: <http://www.nhtsa.gov/people/injury/research/809-050pdf.pdf>.

Бурцев Александр Александрович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения правовых основ наркологии Научно-исследовательского института наркологии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Монография утверждена
Ученым советом ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П Сербского»
Минздрава России
«26» сентября 2016 г., протокол № 8.

Научное издание

БУРЦЕВ Александр Александрович

МЕДИЦИНСКИЙ И ПРАВОВОЙ
АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ
АВТОДОРОЖНОГО ТРАВМАТИЗМА,
СВЯЗАННОГО
С ОПЬЯНЕНИЕМ ВОДИТЕЛЯ
ТРАНСПОРТНОГО СРЕДСТВА

Монография

Компьютерная верстка
Н.А.Никитин

Подписано в печать 05.05.2017 г.
Формат 60×84×16
Усл. печ. л. 9,19
Тираж 500 экз. Заказ № 5
ТЕХПОЛИГРАФЦЕНТР
Россия, 125319, Москва, ул. Усиевича, д. 8а.
Тел. +7-916-191-08-51
Тел./факс +7 (499) 152-17-71
E-mail: 7tpc7@mail.ru