

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ НАРКОМАНИИ**

А.А. Кусаинов, Ж.К. Мусабекова, Г.А. Садвакасова

**Определение степени опьянения, дифференцированные подходы к
принимаемым мерам по отношению к лицам, находящимся в состоянии
опьянения**

Пособие

Павлодар, 2012

УДК 613.8

Кусаинов А.А., Мусабекова Ж.К., Садвакасова Г.А.

Определение степени опьянения, дифференцированные подходы к принимаемым мерам по отношению к лицам, находящимся в состоянии опьянения: Пособие. – Павлодар, 2012. – с.

Пособие разработано А.А. Кусаиновым, Ж.К. Мусабековой, Г.А. Садвакасовой.

Предлагаемое пособие предназначено для сотрудников органов (подразделений) внутренних дел.

Данное пособие разработано в рамках реализации пункта 29 Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, пункта 1.19.4 Отраслевой программы борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2012-2016 годы и направлено в помощь сотрудникам органов (подразделений) внутренних дел (полицейским, участковым инспекторам) при освоении навыков определения степени опьянения и дифференцированного подхода по отношению к лицам, находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсикоманического опьянения.

Рецензенты:

Доктор медицинских наук В.П. Павленко

Кандидат медицинских наук А.С. Ракишева

Пособие рассмотрено на заседании Учёного совета Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (председатель учёного совета – Ескалиева А.Т., протокол от «3» июля 2012 года № 267).

© РГКП “Республиканский научно-практический
Центр медико-социальных проблем наркомании”
Республика Казахстан, Павлодар, 2012

ОГЛАВЛЕНИЕ

1	Введение
2	Определение степени опьянения
3	Алкогольное опьянение
4	Наркотическое опьянение
5	Заключение
6	Список использованной литературы
7	Приложения

1. Введение

В современных условиях рыночных отношений в Казахстане здоровье каждого человека, как составляющая здоровья всего населения, становится фактором, определяющим не только полноценность его существования, но и потенциал его возможностей. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы одними из основных направлений определяет повышение эффективности межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья граждан и усиление профилактических мероприятий социально-значимых заболеваний. Планируется, что развитие и укрепление сотрудничества между правоохранительными органами и медико-социальными службами должно способствовать профилактике потребления психоактивных веществ.

В рамках предлагаемого обучения особое внимание уделяется мероприятиям, направленным на профилактику правонарушений и преступлений, связанных с алкоголем и наркотиками, а также вопросам содействия в обеспечении доступа к услугам по лечению и реабилитации наркопотребителей и лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Основываясь на передовом опыте других государств обязательным условием в данном направлении, является развитие партнерских отношений между правоохранительными органами на местах, службами по борьбе с наркоманией, профилактике наркомании, и службами оказания медико-социальной помощи. Планируется, что специальная подготовка сотрудников внутренних органов по определению степени опьянения, а так же обучение навыкам по отношению к лицам, находящимся в состоянии опьянения могут стать эффективным механизмом реализации альтернативных мер воздействия в отношении наркозависимых правонарушителей.

2. Определение степени опьянения

При осуществлении медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества или состояния опьянения следует иметь в виду, что соответствующее заключение нуждается не только в медицинском обосновании ("медицинский критерий"), но и в правовом рассмотрении ("юридический критерий").

Соотношение медицинского и юридического критериев может быть различным в зависимости от характера конкретной правовой ситуации, по поводу которой проводится освидетельствование.

Медицинский аспект установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения регулируется приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 июня 2003 года № 446 «Об утверждении Инструкции по проведению медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения». Данный приказ согласован Министром внутренних дел Республики Казахстан от 2 июля 2003 года (см. приложение 1).

Данный приказ регламентирует процесс *освидетельствования* - экспертизы состояния какого-либо технического или биологического объекта ква-

лифицированными профессионалами в какой-либо области, уполномоченными на это органами государственной власти.

Опьянением называется состояние, возникающее вследствие острой интоксикации психоактивными веществами и характеризующееся комплексом психических, поведенческих, вегетативных и соматоневрологических расстройств. Опьянение может быть алкогольным, наркотическим и токсикоманическим.

Поскольку опьянение является сложным клиническим состоянием, его оценку медицинский сотрудник проводит комплексно, с учетом, прежде всего, клинических данных, а при необходимости – лабораторных показателей.

Решающим фактором в данном случае является строгое соблюдение единого порядка диагностических процедур.

Проведение освидетельствования должно отвечать двум принципам: правомерность проведения экспертизы, обоснованность вынесения заключения.

Правомерность предполагает соблюдение законности, прозрачности, юридического обоснования процедуры.

Обоснованность заключения обеспечивается за счет целостной квалификации состояния освидетельствуемого лица.

3. Алкогольное опьянение

Чаще всего в экспертной практике приходится проводить освидетельствование лиц, употребивших алкоголь.

Алкоголь – рафинированное вещество, основным компонентом которого является этиловый спирт. В человеческом организме имеется некоторое количество эндогенного (внутреннего) алкоголя. Физиологическая доза в крови достигает 0,01% – 0,03% (до 0,3‰ – промилле). В организме человека вырабатываются специальные ферменты: каталаза, алкогольдегидрогеназа.

Алкоголь легко проникает через все биологические мембраны, соответственно через все ткани. Всасывание из желудочно-кишечного тракта происходит беспрепятственно на всем протяжении, начинаясь в ротовой полости, пищеводе, затем в желудке (20%), двенадцатиперстной кишке (80%). Скорость всасывания зависит от нескольких параметров: от присутствия пищи, крепости алкогольного напитка (скорость всасывания обратно пропорциональна крепости алкоголя). Натощак концентрация алкоголя в крови достигает максимума через 30-80 минут, после еды – через 90-180 минут.

Из крови путём пассивной диффузии алкоголь проникает во все органы и ткани, обладая при этом наибольшей тропностью к мозговой ткани, простате, яичкам, молочным железам. В данных тканях алкоголь концентрируясь, может сохраняться более продолжительное время, чем в организме в целом.

При снижении концентрации этилового спирта в крови алкоголь из тканей элиминируется вновь в общий кровоток. По малому кругу кровообращения алкоголь среди прочих тканей диффундирует в альвеолярный воздух. Разница в соотношении алкоголя в крови и выдыхаемом воздухе постоянна и составляет 2100:1.

Степень токсичности этилового спирта зависит от дозы, концентрации его в напитках, от наличия в них сивушных масел и других примесей.

Ориентировочно смертельной дозой для человека считается 6-8 мл чистого этилового спирта на 1 кг массы тела. Однако эта доза может изменяться в зависимости от чувствительности к этиловому спирту, условий его приёма (крепость напитков, наполненность желудка пищей) и т.д. У одних лиц смерть может наступить после приема 100-150 мл чистого этилового спирта, в то время как у других лиц смерть не наступает и после приема 600-800 мл спирта.

Биохимические процессы под влиянием алкоголя в различных системах мозга происходят не синхронно, а мозаично. Следствием этого является разнообразие, преходящий характер физиологических изменений. Данная закономерность характерна для воздействия низких доз алкоголя. По мере увеличения концентрации этанола в крови мозаичность клинических нарушений уменьшается, уступая место типовым, специфичным проявлениям интоксикации.

Как уже отмечалось выше, констатация алкогольного опьянения должна быть комплексной, и учитывать все возможные стороны влияния алкоголя на состояние человека:

- внешний вид обследуемого лица (состояние одежды, её загрязнение, наличие рвотных масс, состояние кожных покровов, наличие повреждений),
- поведение (возбужден, болтлив, агрессивен, сонлив, плачет),
- состояние сознания (ориентирован ли в месте, времени и окружающей обстановке, а также в своей личности) и память,
- способность связанного изложения мыслей и правильного счета, речевую способность при чтении текста,
- пульс, дыхание, состояние зрачков и реакцию их на свет. Констатируют наличие тошноты, рвоты, икоты,
- состояние двигательной сферы (подвижен, заторможен), мимику, походку, устойчивость при стоянии с закрытыми глазами, дрожание пальцев рук, век, языка, способность выполнять ходьбу с быстрыми поворотами, точные движения (поднимание с пола мелких предметов, касание кончика носа пальцем при закрытых глазах и др.), устойчивость в позе Ромберга.

Нередко наблюдается сочетание алкогольного опьянения с острой черепно-мозговой травмой. При наличии наружных повреждений на голове, пострадавшие, в особенности находящиеся без сознания, должны быть подвергнуты более тщательному осмотру. При обнаружении признаков черепно-мозговой травмы пострадавший подлежит срочной госпитализации.

Чтобы приблизительно определить содержание алкоголя в крови в промилле, надо разделить количество принятого алкоголя в граммах на вес тела в килограммах и помножить на 0,6; при этом следует учитывать, что с каждым часом концентрация алкоголя в крови снижается на 0,1-0,2‰ (промилле).

Ниже представлены данные стандартизированного соотношения количественного содержания алкоголя в крови и оценки состояния освидетельствуемого лица (Таблица 1).

Таблица 1

Стандартизированное соотношение количественного содержания алкоголя в крови и оценки состояния освидетельствуемого лица

Содержание алкоголя в крови, ‰	Оценка
Менее 0,3	Отсутствие влияния алкоголя
От 0,3 до 0,5	Незначительное влияние алкоголя
От 0,5 до 1,5	Легкое опьянение
От 1,5 до 2,5	Опьянение средней степени
От 2,5 до 3,0	Опьянение сильное
От 3,0 до 5,0	Тяжелое отравление алкоголем, может наступить смерть

Как уже говорилось выше, для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения необходимо правильное формулирование соответствующего заключения. Недопустимым является установление факта употребления алкоголя и состояния опьянения у обследуемого исключительно на основании запаха алкоголя изо рта, а также сведений о употреблении спиртных напитков.

Заключение об установлении факта употребления алкоголя и состояния опьянения должно выноситься на момент первичного осмотра освидетельствуемого. Это связано в первую очередь с приходящим характером опьянения. Кроме того, определенное значение здесь может иметь влияние сопутствующих факторов, например, введение обследуемому наркотических или спиртосодержащих препаратов по медицинским показаниям. Необходимость вынесения заключения по вопросам опьянения в возможно более ранние сроки продиктована также большим социальным и моральным значением указанного диагноза. Причем соблюдение прав граждан в данном отношении предполагает сообщение освидетельствуемому результатов освидетельствования.

Состояние трезв, признаков потребления алкоголя нет

Если при первичном осмотре отсутствуют клинические нарушения состояния, нет запаха алкоголя изо рта, и результаты биологических проб на наличие алкоголя в выдыхаемом воздухе отрицательные – выносятся заключения: трезв, признаков потребления алкоголя нет.

Установлен факт употребления алкоголя, признаков алкогольного опьянения не выявлено

При данном состоянии присутствующий в организме алкоголь (в концентрации, не превышающей 0,5‰) оказывает минимальное действие на ЦНС. Выявляется лёгкая приподнятость настроения, облегчение контакта с окружающими, усиление аппетита, ощущение тепла в эпигастрии. Данное состояние может быть результатом приёма малой дозы алкоголя непосредст-

венно перед освидетельствованием или же имеют место остаточные явления лёгкого алкогольного опьянения.

Факт употребления алкоголя диагностируется в случаях наличия убедительных данных, подтверждающих потребление освидетельствуемым алкоголя при отсутствия четкой клинической картины алкогольного опьянения. Такие состояния могут наблюдаться при потреблении алкоголя в незначительных дозах, а также через некоторое время после исчезновения выраженного синдрома опьянения в фазе элиминации.

Алкогольное опьянение по степеням (легкая, средняя, тяжелая)

Лёгкая степень алкогольного опьянения. По проводимой функциональной оценке при данной степени количество алкоголя в крови и выдыхаемом воздухе колеблется в диапазоне от 0,5-1,5‰. В целом состояние определяется лёгким возбуждением, разноплановым оживлением некоторых психических функций. Отмечается неустойчивость внимания, отвлекаемость. Данные отклонения раскрываются при проведении проб на внимание (можно использовать информативную пробу с вычитанием «от ста по семь»). У некоторых лиц возникает эйфория – повышение настроения с пассивным поведением, беспечностью. Характерны небольшие по размаху колебания настроения, при мелких неприятностях возникают чувства досады, обиды, нетерпения.

Речь выразительная, чёткая, громкая, осмысленная, без нарушений артикуляции. Временами речь может быть сбивчивой. Тематика разговоров может неоднократно меняться.

Имеет место ощущение улучшения умственных возможностей, прилива тепла, силы, бодрости, беспечности, назойливости, гиперболизации. Снижается способность к критичной оценке своих поступков. Выпившие лица инициативны, деятельны, предприимчивы. Движения оживлены, порывисты, жестикуляция и мимика утрированно выразительны. Внешняя деятельность и активность сочетаются со снижением продуктивности. Притупляется чувство утомления.

Кожные покровы лица гиперемированы. Склеры инъекцированы, наблюдается блеск глаз. Усиливается аппетит и слюноотделение. Дыхание и пульс учащаются.

Увеличивается время, необходимое для восприятия зрительных и слуховых ощущений, замедляется период адаптации, нарушается цветное зрение. Ухудшается зрительное восприятие в сумерках, при нерезких световых контрастах. Даже при низких концентрациях алкоголя (0,30-0,40‰ в крови) констатируется снижение восприимчивости зрительного анализатора, нарушение «чувства пространства», «пластического видения», затрудняются ответы о взаиморасположении отдельных предметов, сужается поле зрения. Все эти нарушения также занимают важное место среди причин автомобильных аварий и производственного травматизма.

Нарушаются точные координационные движения, заметно ухудшается качество выполняемых проб (начертание на бумаге простейших геометрических фигур, поднятие монет, застегивание пуговиц, сенсебилизованная поза Ромберга, проба с приседаниями). Почерк слегка изменен, буквы разнока-

либерные, строчка кривая. Сухожильные рефлексы не изменены. Зрачки обычные, слегка расширены, реакция на свет живая. Может регистрироваться мелкоразмашистый нистагм в крайних отведениях глазных яблок.

Более чувствительной является проба Ташена, которая проводится следующим образом. Обследуемому лицу предлагают, стоя на месте, совершить 5 оборотов вокруг собственной оси в течение 10 секунд. Затем его останавливают и просят зафиксировать взгляд на каком-либо предмете, который врач держит у него перед глазами на расстоянии 25 сантиметров. По секундомеру отмечают время длительности появляющегося нистагма. Обычно у здорового индивида длительность нистагма не превышает 10 секунд. В случае опьянения этот показатель увеличивается.

Постинтоксикационные проявления после алкогольного опьянения отсутствуют, либо проявляются у лиц, редко выпивающих. Для данной степени потеря памяти не характерна.

Алкогольное опьянение средней степени. При данной степени интоксикации наблюдаются выраженные изменения психической сферы.

Средняя степень опьянения развивается при употреблении в среднем 300 мл водки или коньяка, 1000 мл вина.

По мере углубления опьянения нарушается ориентировка. Если ориентировка во времени и пространстве не изменена, то нюансировка текущей ситуации, оценка актуальных изменений окружающей обстановки заметно нарушены. Нарушения сознания в ряде случаев можно сравнить с легкой степенью оглушенности. После вытрезвления события состояния опьянения не амнезируются. Заметно нарушается чувство осторожности, инстинкт самосохранения.

Определяются легкие нарушения памяти, проявляющиеся в трудности воспроизведения точной последовательности событий, предшествующих освидетельствованию.

Контакт с подэкспертным лицом затруднен за счёт отвлекаемости внимания либо за счёт его неравномерности. Внимание привлекается с трудом, после неоднократного повторения вопросов. Явно затруднено последовательное намеренное переключение разговора на другие темы.

Волевой контроль поведения страдает. Появляется несдержанность, нетактичность, раздражительность, злобность, грубость, импульсивность, придирчивость, назойливость, подозрительность.

Фон настроения нестабилен. Подъёмы настроения перемежаются со спадами, амплитуда колебаний выражена. Пустая беззаботность и веселье сменяются гневливостью, раздражением, назойливым недовольством. Нередко поведение опьяневшего лица несёт на себе оттенок демонстративности с нарочитыми рыданиями, стенаниями на якобы несправедливое к себе отношение.

Наблюдаются заметные нарушения речи: монотонность, потеря ритма, смазанность, искажения слов, замедление темпа. Речь состоит из отдельных фраз, предложения, как правило, простые, с продолжительными паузами. Опьяневшие лица часто нецензурно бранятся, болтливы, многоречивы.

Движения становятся размахистыми, грубыми. Преобладает импульсивность поведения. Желания реализуются сразу же, так как социальный контроль с тонкой дифференциацией текущей ситуации крайне снижен или утрачен. Поэтому легко могут совершаться аморальные и противоправные поступки.

Утрачивается способность выполнения привычных бытовых действий. Походка шаткая, заплетающаяся, нетвёрдая. Человек, находящийся в средней степени опьянения, падает, спотыкаясь, однако встаёт. Движения в целом лишние, ситуационно неадекватные.

Характерна неустойчивость даже в простой позе Ромберга. Выполнение пальце-носовых проб крайне затруднено как за счёт невнимательного выполнения команд, так и за счёт выраженного промахивания, мимопопадания (вследствие состояния атаксии). Определяются нистагмоидные подергивания глазных яблок. Зрачки расширены, возможны ослабление реакции на свет и конвергенции. Мышечный тонус значительно ослаблен, продолжают притупляться все виды чувствительности. Снижаются сухожильные рефлексy.

Усиливается гиперемия лица, появляется его одутловатость. Пульс учащается до 100-110 ударов в минуту. Ускоряется дыхание. Растет артериальное давление. Возможны повышенное слюноотделение, икота, рвота. Появляются позывы на мочеиспускание, дефекацию.

Терминальной стадией средней степени алкогольного опьянения является сон (чаще всего), хотя может быть выход через бодрствующее состояние. Постинтоксикационные состояния после данной степени опьянения более постоянны. Характеризуются разбитостью, жаждой, тошнотой, рвотой, отворачиванием к спиртным напиткам.

Тяжелая степень алкогольного опьянения. Наступает при концентрации алкоголя в крови от 2,5-3‰.

Нарастает оглушенность сознания. Нарушаются все виды ориентировки. Осмысление и оценка ситуации почти невозможны. Контакт малопродуктивен за счет грубых нарушений внимания, неадекватное реагирование. Характерно резкое повышение порога восприятия для всех внешних раздражителей.

Психика обеднена, однообразна, «блекла». Спонтанная речь отсутствует, либо опьяневший человек произносит отдельные, несвязанные слова или короткие фразы, бормочет, выкрикивает.

Опьяневшие лица сонливы, двигательная активность резко снижена. Походка шатающаяся, устойчивость в вертикальном состоянии нарушена. Наблюдаются падения, при этом в отличие от средней степени опьянения попытки подъема безрезультатны. Внешний вид малоопрятен, на теле – ссадины и кровоподтеки. Наблюдается рвота, икота. Возникает непроизвольная дефекация и мочеиспускание.

Кожные покровы влажные, бледные, цианотичные. Пульс слабого наполнения, отмечается тахикардия. Артериальное давление снижено. Дыхание учащенное, поверхностное. Выражен резкий запах алкоголя на расстоянии.

При благоприятной динамике состояние всегда разрешается глубоким сном. Длительность физиологического сна составляет 8-16 часов. После пробуждения восстановление в памяти периода тяжелой интоксикации происходит не однотипно: могут быть как отрывочные воспоминания, так и полная амнезия.

Во всех случаях наблюдается постинтоксикационное состояние: выраженная астения, гиподинамия, отсутствие аппетита, раздражительность, гипотимия, отмечается сильная головная боль, непереносимость яркого света и громкого шума. Наблюдается тремор, который в отличие от абстиненции крупноразмашистый и быстро преходящий.

При неблагоприятной динамике развивается сопорозное состояние. Происходит погружение в состояние, при котором пробуждение не возможно. Контакт отсутствует, сохраняются лишь рефлекторные реакции. Происходит углубление нарушения сознания до коматозного состояния. Алкогольная кома развивается при поступлении алкоголя в дозах, превышающих наркотические. Наркотическая фаза опьянения развивается при концентрации алкоголя в крови 3-5‰.

4. Наркотическое опьянение

Наркоманическое опьянение – состояние опьянения (наркотическое, токсикоманическое), вызванное употреблением других (кроме алкоголя) психоактивных веществ (наркотики – опиоиды, каннабиноиды, кокаин, седативные, снотворные вещества, психостимуляторы, галлюциногены, летучие растворители).

Психоактивные вещества (ПАВ) действуют практически на все органы и системы, но наиболее значимыми в диагностическом плане являются симптомы, отражающие воздействие ПАВ на центральную нервную систему (ЦНС). Употребление ПАВ приводит к различным нарушениям сознания, познавательной способности, восприятия, суждения, эмоционального состояния, поведения, других психофизиологических функций и реакций. Характер и степень интоксикации, прежде всего, зависят от типа и дозы ПАВ, индивидуального уровня толерантности, поэтому внешние клинические признаки интоксикации обычно более выражены у начинающих потребителей (низкая толерантность) или при передозировке. У высокотолерантных лиц, больных наркоманиями и токсикоманиями, состояние привычной интоксикации не имеет явных внешних клинических признаков (исключение составляют потребители ПАВ, интоксикация которыми сопровождается психическими расстройствами, – галлюциногены, летучие органические соединения и др.). В таких случаях о возможном факте употребления ПАВ можно заподозрить по следующим косвенным признакам: внешний вид - либо ультрамодный в молодежной среде, либо неряшливый и запущенный; следы от внутривенных инъекций по ходу поверхностных вен, изменение самих вен (склерозирование, прокрашивание, следы от нагноительных процессов по ходу вен), следы от внутримышечных инъекций в необычных местах (плечи, передняя поверхность бедер и т.д.); признаки хронической интоксикации (дефицит веса,

бледно-серые кожные покровы, тусклые и ломкие волосы, ногти в виде «часовых стекол», «запавшие» глаза, гнойничковая сыпь на коже лица, спины и т.д.); использование наркоманического сленга; резкий химический запах ПАВ или ингредиентов, используемых для его приготовления.

Наркотическое опьянение, вызванное употреблением каннабиноидов

Наркотическое действие оказывают психоактивные вещества, содержащиеся в конопле, - каннабиноиды. Конопля содержит около 60 каннабиноидов, некоторые из которых являются биологически активными. Наиболее активным является транс-0-9-тетрагидроканнабиол (ТГК), именно который ответственен за наркотическое действие препаратов каннабиса. От количества ТГК в том или ином сорте зависит наркотический эффект. Особенно богата им индийская конопля (*Cannabis indica*). Но и в других сортах конопли, в том числе и в дикоросах, содержится то или иное количество ТГК. Богата им, например, южноманьчжурская конопля, растущая на Дальнем Востоке, и южночуйская конопля, произрастающая в знаменитой Чуйской долине в Киргизии.

Содержание ТГК, а, следовательно, и наркотический эффект зависят не только от разновидности конопли, но и от условий роста растения, возраста собранного материала, условий хранения. Кроме того, ТГК неравномерно распределен в разных частях растения. Поэтому наркотические вещества, приготовленные из разных частей конопли, обладают разной наркогенностью.

Наркотик, приготовленный из стеблей и листьев конопли с небольшим добавлением цветков, называется марихуаной – от португальского слова *maquiango* (на сленге наркоманов – «травка», «сено»). Смолистое вещество, собранное из цветущих верхушек травы каннабиса, называется гашиш (анаша, банг, хуррус и др., на сленге наркоманов – «план», «дурь», «грязь»). Гашишное масло – это концентрированные каннабиноиды, получаемые с помощью экстракции из необработанного материала или смолы. Марихуана значительно менее наркогенна, чем гашиш. В ней содержится от 0,5% до 4% ТГК, в гашише – от 2% до 8%, но концентрация может достигать и 10-20%. В гашишном масле концентрация ТГК достигает от 15% до 50%.

При курении ТГК всасываются быстрее, чем при приёме внутрь. Фармакологическое действие наступает немедленно и достигает пика в пределах 30 минут, поэтому нарушение функций у водителей транспорта обнаруживаются сразу же после курения. Для курения готовят специальные папиросы, смолу курят редко. Определенных дозировок в этих случаях не существует, дозы определяются качеством наркотика, числом затяжек, умением использовать вдыхаемый дым; имеют также значение местность, из которой привезен гашиш, сорт растения. О толерантности судят по количеству выкуренных папирос. В отличие от других ПАВ действие каннабиса зависит от предшествующей установки на результат и эффект. Эйфория может возникнуть лишь после 2-3 курений. При первых пробах могут отмечаться защитные реакции: першение в горле, сухость слизистых носа и зева, стеснение в груди, ощущение нехватки воздуха, головокружение, сердцебиение, тошнота, рвота.

Картина гашишного опьянения весьма красочна. Однако, в экспертной практике следует учитывать, что большинство субъективных проявлений обследуемым лицом скрываются или намеренно извращаются.

Поэтому важно обратить внимание на объективные признаки гашишной интоксикации. Регистрируется сухость во рту, блеск глаз, инъекция склер, расширение зрачков, гиперемия лица и слизистой ротовой полости. Очень характерны немотивированные перепады настроения – от весёлости и безудержной смешливости до страха, подозрительности. Изменения поведения встречаются в двух вариантах:

1) умеренное психомоторное возбуждение (бесцельные движения, гримасы, речь бессвязна, темп ее ускорен, говорливость, общительность);

2) заторможенность, отрешенность от окружающего, когда контакт затруднен, координация нарушена, речь смазана.

Иногда один вариант переходит в другой, тогда говорят о фазах интоксикации, как при алкогольном опьянении.

По выходе из интоксикации появляется резкий голод и жажда. В дальнейшем, как и при алкогольном опьянении, возникает усталость, сонливость. В течение нескольких часов сохраняется смолянистый запах от одежды.

Наркотическое опьянение, вызванное употреблением опиоидов

Препараты опия применяются путем курения, вдыхания, приёма внутрь, а также парентерально (внутривенно). Такие препараты, как морфий, омнопон, промедол вводятся преимущественно внутривенно. Внутривенно вводятся и кустарные препараты, приготовленные из химически обработанной маковой соломки. Героин вводится внутривенно и употребляется путем вдыхания.

Объективные признаки опийного опьянения следующие. Покраснение и зуд кожи лица, особенно кончика носа в начале интоксикации (около 5-10 минут после употребления наркотика), затем - бледность кожных покровов, сохраняющаяся до конца интоксикации. Иногда кожные покровы имеют желтоватый или зеленоватый оттенок. Зрачки резко сужены, реакция на свет ослаблена. Артериальное давление (АД) понижено, пульс редкий, иногда аритмичный. Изменение поведения встречается в двух вариантах: заторможенность, вялость, сонливость либо повышение двигательной и речевой активности, расторможенность. Как в первом, так и во втором случае интоксикация сопровождается немотивированным подъёмом настроения, благодушием, иногда - нарушением памяти и внимания. При углублении интоксикации вследствие передозировки речь всё более замедляется, делается смазанной, развиваются сопор и кома. Кожные покровы бледны, затем цианотичны. Сознание утрачено, зрачки узкие, не реагируют на свет. Артериальное давление снижается, пульс редкий, дыхание редкое и поверхностное. Смерть чаще всего наступает из-за остановки дыхания вследствие паралича дыхательного центра.

Наркотическое опьянение, вызванное употреблением стимуляторов

Стимуляторы – это препараты, которые возбуждающе действуют на ЦНС. У здоровых лиц они устраняют чувство усталости, вызывают стремле-

ние к деятельности, создают ощущение бодрости, ясности ума и сообразительности, легкости движений, уверенности в своих силах и способностях.

К группе психостимуляторов относятся амфетамин, кустарные препараты эфедрина и эфидринсодержащих смесей, кокаин и кофеин.

Внешне определяется бледность кожных покровов, сухость слизистых оболочек, отсутствие аппетита, тахикардия, повышение температуры тела, отсутствие или ослабление реакции зрачков на свет, горизонтальный мелко-размашистый нистагм, мышечная гипотония, снижение или отсутствие сухожильных рефлексов. Наблюдаются также промахивание при выполнении координаторных проб, тремор.

При интоксикации кокаином наблюдается гиперрефлексия и выраженный гипертонус мышц, миоклонические подергивания, учащение позывов на мочеиспускание. Характерны бессонница, психомоторное возбуждение; фон настроения приближается к маниакальному, аффект часто смещается в сторону гневливости. Субъект в состоянии интоксикации говорлив, переоценивает свои способности и возможности, речь сбивчива, отрывочна до бессвязности, темп ее ускорен. Обычно наблюдается неусидчивость, движения носят стереотипный характер, координация их нарушена. Могут наблюдаться агрессивные тенденции, склонность к конфликтам, импульсивному сексуальному поведению. При употреблении высоких доз возможны судорожные припадки.

Наркотическое опьянение, вызванное употреблением снотворных

К снотворным препаратам, вызывающим зависимость, относятся производные барбитуровой кислоты (барбитураты) и вещества небарбитурового ряда, способные производить снотворный эффект.

В состоянии опьянения происходит острое оглушение, по типу «рауш-наркоза», сопровождающегося возможными зрительными иллюзиями. Опьяневший стремится куда-то двигаться, предпринимает пустые, хаотичные попытки действовать. Фон настроения неустойчив, восприятие кататимно. Речь ускорена, предмет разговора постоянно меняется. Состояние сменяется 3-4-часовым глубоким сном.

Внешне кожные покровы бледные, с сальным налетом. Зрачки сужены или расширены, вяло реагируют на свет, часто наблюдается нистагм. Часто отмечаются тахикардия, гипотония, дыхание частое и поверхностное, рефлексы снижены. Походка неуверенная, шаткая. Движения неточные, размашистые. Речь смазана, внимание неустойчиво. При углублении интоксикации заторможенность нарастает, прогрессирует ухудшение координации, наблюдается помрачение сознания до степени сопора и комы.

Наркотическое опьянение, вызванное употреблением галлюциногенов

К галлюциногенам относят псилоцибин, мескалин, диэтиламид лизергиновой кислоты, фенциклидин, кетамин, некоторые холинолитические препараты.

Галлюциногены способны изменять человеческое восприятие и сознание весьма необычным способом. Чаще всего возникают зрительные галлюцинации.

Признаки интоксикации отличаются большим разнообразием. В начале часто наблюдаются расширение зрачков с фотофобией, анизокория (неравномерность зрачков), ритмическое расширение и сужение зрачков (иногда в такт дыхания). Гиперрефлексия, часто до спонтанного тонуса, спазм мышц челюсти. Характерны зрительные и тактильные, реже слуховые галлюцинации, в соответствии с которыми меняется и поведение больного. Больные во что-то всматриваются, прислушиваются, что-то стряхивают с себя, вытягивают что-то изо рта, прячутся, убегают, обороняются, нападают. Высказывания больного также соответствуют характеру переживаемых галлюцинаций.

Одурманивание, вызванное употреблением летучих органических соединений

Данным видом зависимости, по различным литературным данным наиболее подвержены в младшем или среднем подростковом возрасте (12-14 лет), а порой даже раньше. Чаще всего злоупотребление ингалянтами бывает массовым. Группа обычно формируется по месту жительства или учебы и может включать от 2-3 человек до почти целого класса. Средства промышленной и бытовой химии часто являются первыми веществами, которые ребята используют для изменения сознания. У подростков старше 16 лет злоупотребление летучими растворителями практически не встречается, однако многие из них от клея и бензина переходят к алкоголю или другим психоактивным веществам.

Объективно при одурманивании наблюдается следующее. Зрачки расширены, лицо гиперемировано, склеры инъекцированы. Отмечаются тахикардия, учащение дыхания, колебания артериального давления. От одежды, волос, кожи исходит характерный химический запах. Походка шаткая, координация движений нарушена, часто тошнота, рвота. В начале интоксикации может возникнуть состояние неадекватной веселости, отмечаются зрительные галлюцинации, спутанность сознания, дезориентация в месте и времени. Поведение определяется характером галлюцинаций. При углублении интоксикации, как правило, развиваются судорожное состояние и кома.

5. Заключение

Установление факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения представляет комплексную оценку сложного клинического феномена. Данная процедура требует конечно осмотра эксперта, с выполнением четких, последовательных, стандартизированных действий.

При проведении экспертизы необходимо всегда помнить, что всех интересует не то, сколько экспертиз провел конкретный специалист- эксперт, а то как провел он данную экспертизу

6. Список использованной литературы

1. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. – М.: Медицина, 1987.
2. Балякин В.А. Токсикология и экспертиза алкогольного опьянения. – М.: Медгиз, 1962.
3. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Острая интоксикация психоактивными веществами (алкогольное опьянение) // Журнал «Наркология». – № 6, 2002.
4. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология – М.: Медицина, 1991.
5. Малин Д.И., Медведев В.М. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках, учебное пособие. – М.: Вузовская книга, 2002.
6. Морозов Г.В. Клиника алкогольного опьянения (в книге: Алкоголизм: Руководство для врачей). – М.: Медицина, 1983.
7. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 июня 2003 года № 446 «Об утверждении Инструкции по проведению медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения».
8. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1994.
9. Руководство по наркологии / под ред. проф. Н.Н. Иванца, I-II том. – М.: Медпрактика – М., 2002.
10. Руководство по психиатрии / под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999.
11. Шабанов П.В. Руководство по наркологии. – СПб: «Лань», 1998.
12. Шкутина И.В. и соавт. Экспертиза алкогольного опьянения, учебно-методическое пособие для студентов по специальности «Фармация». – Воронеж, 2004.

**Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан
от 11 июня 2003 года № 446 «Об утверждении Инструкции по проведе-
нию медицинского освидетельствования для установления факта упот-
ребления психоактивного вещества и состояния опьянения»**

**Инструкция
по проведению медицинского освидетельствования
для установления факта употребления психоактивного вещества
и состояния опьянения**

1. Общие положения

1. Настоящая Инструкция применяется при проведении медицинского освидетельствования граждан для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения в случаях, когда законодательством Республики Казахстан предусмотрена административная ответственность за употребление психоактивного вещества: управление транспортными средствами в состоянии опьянения, пребывание в состоянии опьянения в общественных местах, на работе и другое.

2. Опьянением называется состояние, возникающее вследствие острой интоксикации психоактивными веществами и характеризующееся комплексом психических, поведенческих, вегетативных и соматоневрологических расстройств. Опьянение может быть алкогольным, наркотическим и токсикоманическим.

3. Настоящая Инструкция не охватывает случаи судебно-медицинской, судебно-психиатрической и судебно-наркологической экспертиз, которые производятся в установленном порядке, по постановлению судебных и следственных органов.

4. Не подлежат медицинскому освидетельствованию, без их согласия, лица, пользующиеся дипломатическим иммунитетом.

5. В установленных законодательством Республики Казахстан и настоящей Инструкцией случаях, сотрудники правоохранительных органов, а также должностные лица предприятий и организаций по месту работы освидетельствуемого направляют и доставляют указанных лиц на медицинское освидетельствование только в государственные медицинские организации.

6. Водители - участники дорожно-транспортных происшествий, в результате которых имеются пострадавшие или причинен существенный материальный ущерб, подлежат обязательному направлению на освидетельствование в медицинские организации.

7. Иностранцы граждане, не пользующиеся дипломатическим иммунитетом, а также лица без гражданства, находящиеся в общественном месте либо управляющие транспортными средствами в состоянии опьянения подлежат медицинскому освидетельствованию на общих основаниях.

8. За нарушение применения настоящей Инструкции, вынесение заведомо ложного заключения о состоянии освидетельствуемого, сотрудники правоохранительных органов, медицинских организаций, а также должностные лица предприятий, организаций по месту работы освидетельствуемого, несут ответственность в установленном законодательством Республики Казахстан порядке.

9. Медицинское освидетельствование, в обязательном порядке, оформляется в виде заключения медицинского освидетельствования (приложение № 1).

10. При уклонении лица, управляющего транспортным средством от прохождения медицинского освидетельствования, в отношении него принимаются меры в соответствии с законодательством Республики Казахстан. Указанные действия влекут ответственность, установленную действующим законодательством Республики Казахстан.

11. При подозрении на наличие у освидетельствуемого лица заболевания, внешние проявления которого сходны с признаками какого-либо опьянения или травматических повреждений, он доставляется в лечебно-профилактическую организацию, где вместе с оказанием медицинской помощи производится его освидетельствование на состояние опьянения.

2. Освидетельствование в медицинских организациях

12. Освидетельствование в медицинских организациях, для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения, производится в любое время суток в специализированных кабинетах наркологических организаций врачами психиатрами-наркологами или в определяемых органами здравоохранения лечебно-профилактических организациях, специально подготовленными врачами других специальностей, а в сельской местности (при значительной удаленности от медицинских организаций фельдшерских пунктов, не имеющих в штате врачей) допускается проведение медицинского освидетельствования фельдшерами, прошедшими специальную подготовку в наркологических организациях.

13. Прием на освидетельствование осуществляется по письменному направлению сотрудников органов внутренних дел, других правоохранительных органов, а также должностных лиц предприятий и организаций по месту работы освидетельствуемого (приложение № 2).

См.: Правила направления для освидетельствования на состояние опьянения, освидетельствования на состояние опьянения и оформления его результатов.

Во всех случаях врачу, проводящему освидетельствование, должны быть сообщены причины, вызвавшие необходимость освидетельствования, и его цели.

Примечание: Допускается проведение освидетельствования по личному обращению граждан без официального направления. При этом освидетельствуемый представляет документ, удостоверяющий личность и письменное заявление с подробным изложением причины его просьбы о необходимости проведения медицинского освидетельствования. Результаты оформляются

соответствующим актом медицинского освидетельствования, который выдается гражданину, а также может быть выдан (выслан) по официальному письменному запросу заинтересованных организаций.

14. Лица, подлежащие медицинскому освидетельствованию, должны быть доставлены к месту его проведения не позднее двух часов с момента совершения дорожно-транспортного происшествия или выявления признаков состояния опьянения.

15. Если проведение освидетельствования в полном объеме не представляется возможным из-за тяжести состояния или полученных травм, то в лечебно-профилактической организации, где оказывается неотложная медицинская помощь, в обязательном порядке проводятся исследования на наличие психоактивных веществ в выдыхаемом воздухе и биологических средах (кровь, моча, слюна).

16. Должностное лицо, доставившее освидетельствуемого, обязано принять меры к установлению его личности (при невозможности установления личности допускается фотографирование освидетельствуемого). Врач обязан удостовериться в личности освидетельствуемого, ознакомившись с его документами (паспорт, удостоверение личности, водительское удостоверение и другое). Отсутствие документов не служит основанием к тому, чтобы не проводить освидетельствования. При отсутствии таких документов, в заключении медицинского освидетельствования указываются приметы обследуемого и что данные о личности освидетельствуемого записаны с его слов. При необходимости сведения об освидетельствуемом уточняются в органах внутренних дел и сообщаются в медицинскую организацию.

17. Главной основой медицинского заключения по вопросу состояния, связанного с употреблением психоактивного вещества, служат данные клинического обследования. При сомнении врача в клинической картине опьянения или несогласии освидетельствуемого с заключением освидетельствования, у освидетельствуемого производится исследование выдыхаемого воздуха и биологических сред (моча, кровь, слюна).

Если проведение освидетельствования в полном объеме не представляется возможным в силу сложившихся обстоятельств (из-за тяжести состояния освидетельствуемого, отказа от освидетельствования и другого) в заключении медицинского освидетельствования указываются причины, почему не было выполнено то или иное исследование.

18. Характер и последовательность проведения биологических проб определяется врачом (фельдшером) в зависимости от особенностей клинического состояния обследуемого.

19. В тех случаях, когда состояние обследуемого не позволяет осуществить медицинское освидетельствование в полном объеме (тяжелая травма, бессознательное состояние) для определения состояния, связанного с употреблением психоактивного вещества, обязательно проводится двукратное (с интервалом 30-60 минут), количественное исследование на наличие психоактивных веществ в биологических жидкостях организма (кровь, моча, слюна). Данные образцы биологических сред сохраняются в медицинской организа-

ции, где проводилось освидетельствование, в течение 25 дней, при соблюдении необходимых, гарантирующих их сохранность условиях.

20. Врач (фельдшер), производящий освидетельствование, во всех случаях составляет заключение медицинского освидетельствования по установленной форме. В заключении подробно излагаются сведения о внешнем виде освидетельствуемого, его поведении, эмоциональном фоне, речи, вегетососудистых реакциях, нарушении сознания, ориентировки, памяти, координации движений, состоянии неврологической и соматической сферы, наличии запаха психоактивного вещества в выдыхаемом воздухе. При этом следует отметить жалобы освидетельствуемого, его субъективную оценку своего состояния. В обязательном порядке, если проводились, отмечаются результаты лабораторных исследований.

21. На основании медицинского освидетельствования формулируется заключение, в котором должно быть четко охарактеризовано состояние освидетельствуемого на момент обследования.

Врач (фельдшер) при составлении заключения, на основании имеющихся клинических и (при необходимости) лабораторных данных, должен установить одно из следующих состояний:

- 1) трезв;
- 2) установлен факт употребления (какого-либо) психоактивного вещества, признаки опьянения не выявлены;
- 3) алкогольное опьянение по степеням (легкая, средняя, тяжелая);
- 4) состояние опьянения (наркотическое, токсикоманическое), вызванное употреблением других психоактивных веществ (наркотики – опиоиды, каннабиноиды, кокаин, седативные, снотворные вещества, психостимуляторы, галлюциногены, летучие растворители), при лабораторном подтверждении.

22. Заключение медицинского освидетельствования составляется в двух экземплярах, заверяется подписью врача и печатью медицинской организации, в которой проводилось освидетельствование. Один экземпляр выдается должностному лицу, доставившему освидетельствуемого, а второй экземпляр остается в медицинской организации и хранится в архивных делах медицинской организации наравне с историями болезни и другими медицинскими документами.

При отсутствии сопровождающего, экземпляр заключения освидетельствования высылается почтой по официальному письменному запросу в органы внутренних дел, другие правоохранительные органы или иным заинтересованным организациям.

Результаты освидетельствования сообщаются освидетельствуемому сразу же в присутствии должностного лица, его доставившего. Врач обязан разъяснить освидетельствуемому, что при несогласии с результатами освидетельствования, он (она) имеет право представить письменное заявление руководителю организации, производившей освидетельствование о проведении повторного медицинского освидетельствования. Руководитель организации, производившей освидетельствование, рассматривает заявление о проведении повторного медицинского освидетельствования иным составом врачей.

В случаях, когда освидетельствуемый по своему состоянию не может оценивать происходящие события, результаты освидетельствования сообщаются понятным, о чем вносится соответствующая запись в приложении № 2.

23. Отсутствие бланков заключения медицинского освидетельствования не может служить причиной отказа в проведении освидетельствования. Не допускается составление заключения медицинского освидетельствования по произвольной форме.

24. Каждый случай освидетельствования подлежит регистрации в специальном журнале (приложение № 3). Журнал заполняется врачом (фельдшером), проводившим освидетельствование и хранится в кабинете, где осуществляется освидетельствование.

Журнал должен быть пронумерован, прошнурован и скреплен гербовой печатью медицинской организации, где производится медицинское освидетельствование. В журнал заносятся: фамилия, имя, отчество, возраст, место работы, занимаемая должность, домашний адрес освидетельствуемого, номер документа, удостоверяющего личность, кем, когда и в связи с чем доставлен на освидетельствование, номер удостоверения (паспорта) доставившего, дата и часы освидетельствования, его результаты с указанием исследований, которые проводились (выдыхаемый воздух, биологические среды - кровь, моча, слюна), фамилия врача (фельдшера), производившего освидетельствование, его подпись. Заполненный журнал сохраняется в течение 5 лет.

25. При несогласии освидетельствуемого лица (либо должностного лица, его доставившего) с результатами освидетельствования производится повторное освидетельствование другим врачом, либо комиссионно.

26. При необходимости повторное освидетельствование для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения может быть проведено на основании письменного заявления освидетельствуемого с изложением обстоятельств обращения на освидетельствование и только при наличии документа, удостоверяющего его личность.

27. В случае повторного медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения освидетельствование осуществляется в полном объеме и в соответствии с порядком, изложенным выше, но не позднее 2 часов после первичного освидетельствования.

При проведении повторного медицинского освидетельствования, как правило, должен производиться забор биологических сред (моча, кровь, слюна) для лабораторного исследования и вынесения заключения.

Заключение повторного медицинского освидетельствования, как и при первом освидетельствовании, выдается должностному лицу, доставившему освидетельствуемого, либо высылается по запросу заинтересованных органов. Решение вопроса о правомерности и обоснованности повторного заключения (при расхождении с первичным) может рассматриваться только главным специалистом врачом психиатром-наркологом районной, городской, областной, республиканской наркологической организации на основе личного заявления освидетельствуемого или заинтересованной организации.

28. В случаях несогласия с направлением, проведением и заключением медицинского освидетельствования (первичного, повторного), граждане вправе обжаловать действия сотрудников правоохранительных органов, должностных лиц предприятий, организаций по месту работы освидетельствуемого, медицинских работников в судебном порядке.

29. Медицинское освидетельствование по официальным направлениям финансируется за счет средств государственного бюджета.

Медицинское освидетельствование по личному обращению без официального направления оплачивается за счет собственных средств граждан.

ИНСТРУКЦИЯ

по организации работы органов внутренних дел по доставлению нарушителей общественного порядка, находящихся в состоянии алкогольного опьянения в Центры временной адаптации и детоксикации, а также привлечение их к административной ответственности

1. Общие положения

1. Настоящая Инструкция регламентирует деятельность органов внутренних дел по вопросам доставления нарушителей общественного порядка, находящихся в состоянии алкогольного опьянения (далее – задержанные) в Центры временной адаптации и детоксикации (далее – Центр) и привлечение их к административной ответственности.

2. Доставка в Центр задержанных осуществляется силами и средствами органов внутренних дел, задействованными в обеспечении охраны общественного порядка и безопасности.

3. Сотрудник органов внутренних дел (далее – сотрудник полиции) при доставлении задержанного в Центр, строго руководствуется Конституцией Республики Казахстан, Кодексом Республики Казахстан об административных правонарушениях, Законами Республики Казахстан «Об органах внутренних дел» и «О правоохранительной службе», Положением о деятельности Центра, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан № 1 от 5 января 2011 года (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 6757) и настоящей Инструкцией.

4. В системе органов внутренних дел организация работы по доставлению нарушителей общественного порядка, находящихся в состоянии алкогольного опьянения в Центр, привлечения их к административной ответственности и взаимодействия с органами здравоохранения по данному вопросу возлагается на подразделения административной полиции департаментов внутренних дел городов, областей и на транспорте.

2. Организация работы по доставлению нарушителей общественного порядка, находящихся в состоянии алкогольного опьянения в Центр

5. В Центр доставляются нарушители общественного порядка, находящиеся в состоянии алкогольного опьянения, оскорбляющем человеческое достоинство и общественную нравственность.

6. Сотрудник полиции при доставлении задержанного в Центр:

1) производит его досмотр на предмет обнаружения и изъятия предметов, которые могут быть использованы для нападения или причинения себе и другим гражданам телесных повреждений. Об изъятии таких предметов сотрудник указывает в своем рапорте, который составляется по прибытии в Центр;

2) при обнаружении оружия, наркотических веществ или других запрещенных к хранению предметов, а также вещей и предметов, указывающих на возможную причастность задержанного к совершению преступления и являющихся основанием обоснованно подозревать его в этом, составляется протокол изъятия в присутствии понятых и вместе с задержанным передается в дежурную часть горрайоргана внутренних дел по месту задержания;

3) принимает меры, обеспечивающие сохранность имеющихся при нем вещей, документов и ценностей (деньги, часы, ювелирные изделия и так далее);

4) ведет постоянное наблюдение за его поведением и состоянием здоровья. При появлении признаков ухудшения состояния здоровья к месту нахождения вызывается «скорая помощь» либо больной доставляется в ближайшее лечебное учреждение органов здравоохранения.

7. Сотрудник полиции при обнаружении лиц, находящихся в тяжелой степени опьянения от алкоголя (бессознательном состоянии) или имеющие видимые телесные повреждения, либо несовершеннолетних, инвалидов и женщин с явными признаками беременности вызывает на место скорую помощь или доставляет в ближайшее лечебное учреждение органов здравоохранения.

8. Не подлежат доставлению в Центр лица, к которым в соответствии с законодательством Республики Казахстан предусмотрено освобождение от административной ответственности:

1) депутаты Парламента Республики Казахстан и местных представительных органов;

2) иностранные граждане, пользующиеся дипломатическим иммунитетом. При выявлении таковых сотрудник докладывает дежурному по горрайоргану и действует по его указанию;

3) военнослужащие и призванные на сборы военнообязанные, одетые в форменную одежду или находящиеся в штатской одежде и имеющие документы, удостоверяющие личность, передаются представителям военной комендатуры, командирам воинских частей или военной комиссариат; сотрудники полиции, Комитета национальной безопасности, прокуратуры и суда - соответствующим представителям; награжденные государственными наградами Республики Казахстан орденами "Алтын Кыран" (Золотой Орел), "Халық қаһарманы" (Народный герой), "Отан" (Отечество), "Данк" (Слава), "Айбын" (Доблесть), "Парасат" (Благородство), "Достық" (Дружба), "Құрмет" (Почет), Герои Советского Союза или Социалистического труда, лица, награжденные орденами "За службу Родине в Вооруженных Силах СССР" трех степеней, Славы трех степеней, Трудовой Славы трех степеней, а также граждане в возрасте 60 лет и старше, которые передаются родственникам. При невозможности передачи таких лиц они доставляются в Центр на общих основаниях.

9. Сотрудник по доставлению задержанного в Центр предоставляет рапорт (направление) врачу наркологу о необходимости проведения меди-

цинского освидетельствования для определения степени алкогольного опьянения.

10. В рапорте указывается:

1) место, время, обстоятельства, основания и мотив задержания доставленного, его личные данные, место работы и адрес проживания при наличии таких сведений;

2) наименование территориального органа внутренних дел с указанием телефонов дежурных частей для сообщения о предстоящей выписке задержанного;

3) звание, фамилия и инициалы, должность сотрудника полиции, доставившего задержанного в Центр.

11. Основанием для помещения задержанного в Центр, является заключение о медицинском освидетельствовании, вынесенное врачом наркологом о средней степени алкогольного опьянения.

12. Заключение составляется в двух экземплярах, один экземпляр которого выдается сотруднику полиции.

13. Не менее чем за один час до выписки задержанного работники Центра сообщают сотруднику органа внутренних дел, находящегося на дежурстве в Центре.

3. Действия сотрудника полиции по привлечению задержанного к административной ответственности

14. Дежурство сотрудников органов внутренних дел в Центре осуществляется из числа офицерского состава подразделений административной полиции в круглосуточном режиме.

График дежурств составляется – ежемесячно и утверждается начальником органа внутренних дел.

15. В случае наличия нескольких территориальных органов внутренних дел, расположенных на территории обслуживания Центра, график дежурств составляется Управлением административной полиции и утверждается руководством ДВД.

16. Сотрудник полиции, заступивший на дежурство, находится в форменной одежде, обеспечивается табельным оружием, специальными средствами защиты и связи.

17. Сотрудник полиции после вытрезвления задержанного:

1) устанавливает личность, производит дактилоскопирование и фотографирование;

2) проверяет по криминальным учетам Интегрированного банка данных МВД и автоматизированной информационно-поисковой системы «Информационный сервис» Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан;

3) составляет в отношении его протокол об административном правонарушении, производит регистрацию и представляет уполномоченным должностным лицам для рассмотрения и принятия решения.