

12

безопасные дороги

90 суток на оплату
Конституционный суд объявил,
в какой срок надо оплатить штраф

КОНСТИТУЦИОННЫЙ суд РФ вынес определение, подтвердив законность установленного срока давности административной ответственности за неуплату штрафа в три месяца. КоАП обязывает гражданина уплатить назначенный ему штраф в течение 60 дней. В противном случае согласно статье 20.25 гражданин может быть повторно оштрафован в двукратном размере, приговорен к аресту на срок до 15 суток или обязательным работам.

Попасть в «золотой час»

Пострадавший в аварии должен оказаться в больнице вовремя

КОМПЕТЕНТНО

Владимир Баршев

Главный Государственный инспектор по безопасности дорожного движения Виктор Нилов рассказал «Российской газете» о своем видении медицинской помощи на дорогах.

В первую очередь его беспокоит количество пьяных на дорогах, которые садятся за руль в нетрезвом состоянии уже не в первый раз. И еще одна тема поднялась в беседе нашего корреспондента с начальником ГУ ОБДД МВД России — своевременное оказание помощи.

— Виктор Иванович, почему, несмотря на все ужесточения ответственности, количество аварий с нетрезвыми водителями или растет, или остается на прежнем уровне? Невозможно выявить пьяных на дороге?

ВИКТОР НИЛОВ: Работа в этом направлении ведется постоянно и планомерно. За неполный год уже выявлено 700 тысяч таких водителей, причем часть из них наркоманы. Но вопрос следует ставить несколько иначе. Важно, чтобы нетрезвый человек вообще не мог попасть за руль, а тем более недопустимы рецидивы. Сегодня предлагается множество путей решения этой проблемы — конфискация транспортного средства, введение уголовной ответственности, то же самое за отказ от медосвидетельствования. Многие инициативы частично уже внесены в ряд проектов законодательных актов. Мы со своей стороны регулярно проводим так называемые сплошные проверки по выявлению нетрезвых водителей с приглашением общественности, средств массовой информации. В целом ведется большая разъяснительная работа в этом направлении. Казалось бы, водитель не должен находиться за рулем пьяным, а он появляется, значит, не все меры были приняты.

Необходимо добиться, чтобы граждане сами смелее проявляли свою гражданскую позицию, буквально за руку останавливали нетрезвого водителя, пытающегося сесть за руль. Я уж не говорю о том, чтобы обязательно сообщать в полицию, если стали свидетелем подобного факта. Не менее важен медицинский аспект этой проблемы. Именно в компетенции медиков очень большой круг вопросов, непосредственно влияющих на безопасность дорожного движения, начиная с выдачи объективной медсправки кандидату в водители и заканчивая целым рядом других вопросов, касающихся здоровья водителя на всем протяжении, пока он остается за рулем. Ведь на основании заключений медиков мы даем законное право человеку управлять транспортным средством. А стало быть, ошибки здесь — равны преступлению. Алкоголиков, наркоманов, эпилептиков за рулем быть не должно.

Еще один немаловажный вопрос — это оказание экстренной профессиональной медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспорт-

ном происшествии. Когда жизнь человека зависит от каждой секунды, алгоритм действий должен быть безупречен, предельно ясен и четок. Недаром первые, самые дорогие минуты спасения жизни так и называются — золотой час. Как правило, дорожно-транспортные происшествия отличаются высокой тяжестью последствий. Поэтому мало оказаться на месте своевременно, важно, чтобы помощь была оказана качественно, высокопрофессионально.



Не лезь в бутылку сам и помоги товарищу. Совместными усилиями можно избавиться от пьяных аварий.

Должен сказать, на прошедшем недавно в С.-Петербурге Международном конгрессе по безопасности дорожного движения прошел «круглый стол», где с большим интересом специалисты, эксперты медицины, общественность обсуждали эти вопросы. И было очень много дельных, интересных предложений.

ПРОГРАММА

Лишился прав — не пей

Евгений Брюн
Главный внештатный специалист психиатр-нарколог Минздрава России, директор Московского научно-практического центра наркологии

— Как показывает практика, водители, лишённые прав за управление в нетрезвом виде, исчезают из нашего поля зрения. Их лишают прав, но они все равно садятся за руль и ездят по-прежнему пьяные.

Это колоссальная проблема, от этих людей гибнет масса народа, детей. Как быть? Существует целая стратегия, которая заключается в том, что на период лишения прав данный человек проходит или обязательный курс профилактических лекций, или лечения, или реабилитации, или все вместе. Эффективность такой модели была доказана. Есть способы вычислять тех, кто употребляет. Например, использовать специальные маркеры. Такой маркер проявляется в организме при употреблении примерно 40–50 миллилитров крепкого алкоголя ежедневно в течение двух-четырех недель. Есть инструмент, которым можно контролировать злоупотребление.

Схема, как нам представляется, должна быть такой: водитель оказался пьяным, провели экспертизу, суд назначает обязательное наблюдение в наркологическом диспансере, контроль крови на злоупотребление, справка о том, что он прошел курс профилактики, лечения и реабилитации — и выносятся вердикт, возвращать ему права или не возвращать. То есть водитель-нарушитель находится под пристальным нашим вниманием.

Во многих странах такая система работает, и я думаю, что нам нужно ее вводить, и тогда пациентов в клиниках уже будет меньше.

РЕАБИЛИТАЦИЯ

Когда доедет «скорая»

Сергей Багненко
Ректор Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения Российской Федерации

— В 2006 году в России количество погибших на дорогах достигло почти 35 тысяч и еще около 130 тысяч пострадавших. Мы подошли к тому рубежу, когда развитые страны начинают принимать государственные программы, препятствующие вот такому количеству погибших. Справедливости ради надо сказать, что Соединенные Штаты приняли свою программу в середине 80-х годов, когда они подошли к рубежу 40 тысяч погибших на дорогах. И они приняли государственную программу Emergency Medical Service System, которая сформировала центры концентрации пострадавших, соответствующее ранжирование их и маршрутиза-

цию. По сути дела, это военная система, которая экстраполирована в гражданское здравоохранение, основана на сортировке и выделении той категории, которая, прежде всего, нуждается в использовании максимальных возможностей в «золотой час». Этот принцип был заложен и в нашу программу.

С 2006 по 2012 год в рамках Федеральной целевой программы повышения безопасности дорожного движения на медицинскую составляющую потратили 4 миллиарда. И эти деньги были сосредоточены на догоспитальном этапе: начали строить вертолетные площадки, доукомплектовали автомобили. Также были разработаны укладки для сотрудников ГИБДД, сформированы постовые укладки, которые могли быть использованы на месте до прибытия скорой помощи, появилось понятие первой помощи.

Но очевидно, что надо не просто вовремя прибыть на место происшествия. Во-первых, желательно прибыть на специально оборудованном автомобиле, с нужным составом бригады. Во-вторых, надо иметь точный маршрут, куда мы можем отвезти пострадавшего, там должна быть готовая бригада, шоковая операционная, компьютерный томограф, и только тогда появляется шанс на то, чтобы процесс медицинской эвакуации и неотложной специализированной помощи стал единым.

Самое главное — помощь необходимо оказывать как можно раньше с момента травмы и до помещения в специализированный стационар. Это должны делать в основном реанимационные бригады, где самая тяжелая категория пострадавших. Это не значит, что на любое ДТП должна выезжать реанимационная бригада, но там, где есть множественная травма, тяжелый пострадавший, туда должна всегда на усиление приезжать реанимационная бригада и в процессе эвакуации оказывать уже все необходимые мероприятия, направленные на восстановление нормальной перфузии висцерального ядра организма. Вот это ключевой момент догоспитального этапа.

Сейчас показатели по Москве по части обеспеченности травмоцентрами гораздо лучше, чем европейские, а если взять, допустим, Ленинградскую область, то здесь пока показатели хуже, чем среднероссийские. 60 процентов погибающих на дорогах погибают до прибытия медицины. И предполагать, что все решится за счет медицинской составляющей — иллюзия. Это все равно как если бы в каком-то регионе была бы велика смертность от пожаров, а мы думаем, что если мы там построим пять ожоговых центров, они меньше будут сгорать. Надо заниматься инфраструктурным обеспечением безопасности дорожного движения. Вот где главная составляющая, которая поможет нам достичь европейских показателей.

Если говорить о Ленинградской области, то построй там 12, 15 или 18 травмоцентров — пока мы не реализуем программы безопасности дорожного движения в инфраструктуре дорог Ленинградской области, эта область так и останется лидером по травматичности на дорогах среди российских регионов. Тем не менее такие специализированные отделения необходимы, и я уверен — это найдет отражение в программах развития скорой неотложной экстренной специализированной медицинской помощи в регионах страны.