

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Острая интоксикация. Клинические рекомендации. Проект

Брюн Е.А.	д.м.н., профессор
Агибалова Т.В.	д.м.н.
Бедина И.А.	к.м.н.
Бузик О.Ж.	д.м.н.
Винникова М.А.	д.м.н., профессор
Кошкина Е.А.	д.м.н., профессор
Михайлов М.А.	д.м.н.
Надеждин А.В.	к.м.н.
Тетенова Е.Ю.	к.м.н.
Уткин С.И.	к.м.н.

ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы»;
109390, Москва, ул. Люблинская, д. 37/1

Клинические рекомендации (протоколы) — это систематически разрабатываемые документы, предназначенные для практических врачей с целью помощи в принятии решений в конкретной клинической ситуации. Настоящие клинические рекомендации обобщают научные данные по классификации, лабораторной и инструментальной диагностике острой интоксикации, вызванной психоактивными веществами. Представлена наиболее полная база по доказательным стратегиям терапии острой интоксикации. Тезис-рекомендации сформулированы с учетом уровней достоверности доказательств и убедительности рекомендаций. Данные клинические рекомендации являются результатом длительной совместной работы специалистов научного и практического звена. **Список сокращений:** АД — артериальное давление; ВИЧ — вирус иммунодефицита человека; ЦНС — центральная нервная система; ВНС — вегетативная нервная система; ВОЗ — Всемирная Организация Здравоохранения; ВЭЖХ МС — высокоэффективная жидкостная хроматография с масс-спектрометрическим детектированием; ГХ МС — газовая хроматография с масс-спектрометрическим детектированием; ИБС — ишемическая болезнь сердца; ИВЛ — искусственная вентиляция легких; ИФА- иммуноферментный анализ; ИХА — иммунохроматографический анализ; КЩС — кислотно-щелочное состояние; pH — показатель, отражающий концентрацию ионов водорода в растворе (кровь, моча и др.); BE — избыток оснований в крови; ЛС — лекарственные средства; ЛР — летучие растворители; ЖКТ — желудочно-кишечный тракт; ЖКК — желудочно-кишечное кровотечение; LSD — диэтиламид лизергиновой кислоты; MDMA — 5-метокси-3,4-метиленадиоксиамфетамин; ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения; ПАВ — психоактивное вещество; СК — синтетические каннабиноиды; ЧСС — частота сердечных сокращений; DMT — N,N-диметилтриптамин; DOM, STP — 2,5-диметокси-4-метиламфетамин; DOET — 2,5-диметокси-4-этиламфетамин; DOB — 2,5-диметокси-4-бromoамфетамин; DMA — 3,4-диметоксиамфетамин; GBL — гамма-бутиролактон; BDO — 1,4-бутандиол; MDA — 3,4-метиленадиоксиамфетамин; PCP — 1-(1-фенилциклогексирил)-пиперидин (фенциклидин); МЗ РФ — Министерство здравоохранения Российской Федерации; МКБ-10 — международная классификация болезней 10-го пересмотра; МС — масс-спектрометрия; НА — норадреналин; ОИ — острая интоксикация; ОЦК — объем циркулирующей крови; ВЭБ — водно-электролитный баланс; ПВ — патологическое влечение; ПФИА — поляризационно-флуоресцентный иммуноанализ; УЗИ — ультразвуковое исследование; ЧМТ — черепно-мозговая травма; ЭКГ — электрокардиограмма; Эхо-ЭГ — эхоэнцефалография; ЭЭГ — электроэнцефалография; КТ — компьютерная томография; МРТ — магнитно-резонансная томография; РГ — рентгенография.

Ключевые слова: психоактивное вещество, острая интоксикация, психомоторное возбуждение, соматоневрологические проявления интоксикации, расстройства сознания, нарушения мышления, расстройства восприятия, эмоциональные нарушения, расстройства поведения.

Для цитирования: Брюн Е.А., Агибалова Т.В., Бедина И.А., Бузик О.Ж., Винникова М.А., Кошкина Е.А., Михайлов М.А., Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю. Уткин С.И. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Острая интоксикация. Клинические рекомендации. Проект. *Наркология* 2019; 18(3): 3-32.

DOI: 10.25557/1682-8313.2019.03.3-32

Автор для корреспонденции. Брюн Евгений Алексеевич; e-mail: mnpn@zdrav.mos.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила: 20.03.2019.

Mental and behavioral disorders caused by psychoactive drugs. Acute intoxication. Clinical recommendations. Project

Bryun E.A., Agibalova T.V., Bedina I.A., Buzik O.Zh., Vinnikova M.A., Koshkina E.A., Mikhaylov M.A., Nadezhdin A.V., Tetenova E.Yu., Utkin S.I.

Moscow Research and Practical Centre on Addictions of the Moscow Department of Healthcare
Moscow, Russia

Clinical recommendations (protocols) are systematically developed documents intended for practical doctors with the purpose of assisting in making decisions in a specific clinical situation. These clinical recommendations summarize scientific data on the classification, laboratory and instrumental diagnosis of acute intoxication caused by psychoactive drugs. The most complete database on evidence-based strategies for the treatment of acute intoxication is presented. The thesis recommendations are formulated taking into account the levels of reliability of evidence and the credibility of the recommendations. These clinical recommendations are the result of long-term joint work of specialists of scientific and practical level.

Keywords: psychoactive substances, acute intoxication, classification, diagnosis, treatment, prevention of relapses.

For citation: Bryun E.A., Agibalova T.V., Bedina I.A., Buzik O.Zh., Vinnikova M.A., Koshkina E.A., Mikhaylov M.A., Nadezhdin A.V., Tetenova E.Yu. Utkin S.I. Mental and behavioral disorders caused by psychoactive drugs. Acute intoxication. Clinical recommendations. Project. *Narkologia [Narcology]* 2019; 18(3): 3-32.

DOI: 10.25557/1682-8313.2019.03.3-32

Corresponding author: Bryun Evgeny; **e-mail:** mnpcn@zdrav.mos.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Accepted: 20.03.2019.

Термины и определения

Интоксикация — нарушение жизнедеятельности, вызванное токсическими веществами эндо- и экзогенного происхождения.

Психоактивное вещество (ПАВ) — вещество, которое при приеме или введении в организм человека воздействует на психические процессы, например на когнитивную или аффективную сферы¹.

Острая интоксикация ПАВ — преходящее состояние, возникающее вслед за введением психоактивного вещества и приводящее к расстройствам сознания, когнитивной деятельности, восприятия, суждения, эмоционального состояния или поведения либо других психофизиологических функций и реакций².

Толерантность к ПАВ — степень резистентности организма к психофизиологическим эффектам ПАВ.

Расстройство сознания — острое преходящее нарушение психической деятельности, сопровождающееся расстройством восприятия окружающего, дезориентировкой во времени, месте, нарушением мышления с затруднением суждений и последующей более или менее выраженной амнезией.

Оглушение — синдром нарушенного сознания, характеризующийся значительным повышением порога восприятия всех внешних раздражителей и сонливостью.

Сопор — глубокое угнетение сознания с утратой произвольной и сохранностью рефлексорной деятельности.

Кома — состояние, характеризующееся полной утратой сознания, отсутствием активных движений, расстройством дыхания и сердечной деятельности, отсутствием реакции на внешние раздражения, угасанием рефлексов до полного их исчезновения.

Расстройство восприятия — нарушение психического процесса отражения предметов и явлений в целом, в совокупности их свойств, не зависящее от воли субъекта с данным расстройством.

Расстройство поведения — нарушение, характеризующееся устойчивой неспособностью контролировать поведение в соответствии с установленными в обществе нормами.

Делирий интоксикационный — экзогенное психическое расстройство, протекающее с нарушением сознания (от помраченного состояния до комы). Характеризуется наличием истинных, преимущественно зрительных, галлюцинаций и иллюзий, и, как следствие, вторичным бредом; наличием эмоционально аффективных нарушений, расстройством сна, дезориентацией в месте и времени при сохраненной ориентировке в собственной личности.

¹ https://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/ru/

² Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.Б. М.: Минздрав России, 1998. 512 с

Судорожный припадок — острое расстройство сознания, сопровождающееся очаговыми двигательными расстройствами или конвульсиями (непроизвольными сокращениями мышц всего тела).

Алкоголь — этиловый спирт, главный психоактивный ингредиент алкогольных напитков.

Суррогаты алкоголя — жидкости, употребляемые с целью опьянения вместо обычных алкогольных напитков. Эти жидкости могут содержать в качестве основы недостаточно очищенный этиловый спирт и/или другие вещества, чаще всего различные спирты (метанол, пропанол, бутанол, этиленгликоль и др.) и их эфиры.

Опиоиды — группа алкалоидов опийного мака и их производных натурального (части и сок опийного мака, морфин, кодеин, тебаин, наркотин), полусинтетического (героин, гидрокодон, бупренорфин, оксикодон, этилморфин и пр.) и синтетического (метадон, бупторфанол, трамадол, фентанил, промедол и пр.) происхождения, являющихся агонистами опиатных рецепторов головного мозга.

Каннабиноиды — группа действующих веществ конопли (*Cannabis Sativa*) натурального (фитоканнабиноиды) и синтетического (каннабимиметики — «спайсы», «миксы» и прочие курительные смеси, обычно, сложного состава, основой которого являются СК), являющихся агонистами каннабиноидных рецепторов головного мозга.

Седативно-снотворные препараты — постоянно пополняющийся перечень медикаментов, обладающих, помимо основного седативного эффекта, эйфоризирующим (и, как следствие, наркогенным) радикалом, объединенных по причине сходства эффектов, мишеней воздействия, и клинико-динамических особенностей развития зависимости в одну группу. В последние годы наблюдается рост злоупотребления и зависимости от ГАМК-миметиков, таких как GBL и BDO.

Кокаин — био- и психостимулятор, очищенный экстракт содержащегося в листьях коки (*Erythroxylum Coca*) алкалоида тропанового ряда, применяющийся, чаще всего, в виде водорастворимого порошкообразного гидрохлорида (в основном, интраназально и внутривенно) и более доступного крэка (*Crack*) — свободного основания, с более высокой температурой распада, использующегося для курения.

Стимуляторы (психостимуляторы) — группа ПАВ, стимулирующих деятельность ЦНС и, до некоторой степени, физическую активность (амфетамин и производные амфетаминового ряда, такие как метамфетамин и MDMA, катиноны и их производные). К этому перечню относятся кустарно изготовленные первитин (метамфетамин) и эфедрон (меткатинон), изготавливаемые из эфедринсодержащих препаратов. Большое распро-

странение в последние годы получили меткатиноны МДПВ и мефедрон (4-метилметкатинон), которые известны как «соли», «кристаллы», «скорость (speed)» и пр. Список психостимуляторов постоянно пополняется за счет разработки дизайнерских разновидностей (близких, но не идентичных по строению веществ, обладающих, сходными психотропными эффектами).

Галлюциногены (психомиметики, психодислептики) — разнородная группа ПАВ естественного (мескалин, псилоцибин, буфотарин, сальвинорин, ибogaин и пр.) и искусственного происхождения (LSD, PCP, кетамин и пр.) причудливым образом изменяющие психические функции (сознание, восприятие, эмоции, мысли), вызывающие, чаще всего, кратковременный и обратимый экзогенный психоз на фоне облигатной галлюцинаторно-иллюзорной симптоматики. Исходя из особенностей интоксикации подразделяются на серотонинергические (LSD, DMT, мескалин, псилоцибин, сальвинорин и др.), антихолинергические (скополамин, атропин и прочие препараты с холинолитическим действием), диссоциативные анестетики (PCP, кетамин), психоделики амфетаминового класса (DOM, DOET, DMA, MDA, DOB и др.) К данной группе, достаточно условно, можно отнести активно распространяющиеся в последние годы т.н. эмпагогены. Эти вещества облегчают контакты с окружающими людьми, снижают чувство неловкости, страха, улучшают настроение.

Никотин — алкалоид, содержащийся в листьях и стебле табака и прочих растений семейства пасленовых, является основным индуктором табачной зависимости. В подавляющем большинстве случаев потребляется путем курения, вдыхания паров никотинсодержащих жидкостей (в электронных сигаретах и кальянах), либо жевания (жевательный табак), рассасывания (снюс, насвай) и интраназально (нюхательный табак).

Летучие растворители — группа легко испаряющихся в нормальных условиях органических соединений в составе средств технической и бытовой химии с преимущественно ингаляционным, реже транскутанным способом введения в организм (растворители, аэрозоли).

1. Краткая информация

1.1 Определение

Острая интоксикация — преходящее расстройство, возникающее вслед за введением ПАВ, характеризующееся расстройствами сознания, когнитивной деятельности, восприятия, суждения, эмоционального состояния или поведения либо других психофизиологиче-

ских функций и реакций. Эти нарушения обусловлены острыми фармакологическими эффектами вещества и условными рефлексами на него. Характер ОИ и степень тяжести состояния пациента в значительной степени зависит от дозы ПАВ, индивидуального уровня толерантности, исходного психического и физического состояния субъекта и от других факторов (например, степени очистки принятого ПАВ). На поведенческие проявления ОИ заметно влияют культуральные и личностные ожидания в отношении воздействия ПАВ. Интенсивность проявлений ОИ со временем уменьшается, и при отсутствии дальнейшего употребления ПАВ ее эффекты снижаются и полностью исчезают. Выздоровление, поэтому, является полным, за исключением случаев, где имеется тканевое повреждение или другое осложнение.

1.2. Эпидемиология

Специальные эпидемиологические исследования, посвященные острой интоксикации ПАВ отсутствуют. Поскольку ОИ является безусловным следствием любого употребления ПАВ, представление о распространенности этого явления можно составить, исходя из общей распространенности наркологических заболеваний и количества потребителей ПАВ. Наиболее серьезной проблемой в России являются алкогольные отравления. Так, за период с 2012 по 2017 гг. на территории Российской Федерации зарегистрировано 301 182 случая острых отравлений от спиртосодержащей продукции, в том числе 81 226 случаев — с летальным исходом (27,0%). В 2010 г. от причин, обусловленных потреблением наркотиков, погибло 4418 человек, если учитывать и соответствующие лекарственные отравления и отравления органическими растворителями — 5293 человека. В эту статистику не вошли отравления неизвестной этиологии. В 2010 г. в России от неизвестных причин умерло 27 237 человек 20—59 лет, Сколько из них погибли по причине ОИ вследствие приема ПАВ неизвестно [5, 6, 7]. Глобальная годовая распространенность употребления каннабиса в 2010—2015 гг. составляла, согласно оценкам ВОЗ, от 2,9 до 4,3% населения в возрасте от 15 до 64 лет. Число годовых потребителей кокаина в мире насчитывало от 15 млн до 19,3 млн человек (годовая распространенность колеблется в диапазоне от 0,3 до 0,4%). В 2015 году опиоиды в мире употребляли 53 млн человек. При этом опиоиды — причина 76% всех смертельных случаев от наркотиков [8].

Больные с диагнозом «отравление наркотиками и психодислептиками», другими (ПАВ), в среднем составляют до 20% и более всех экстренно поступающих в токсикологические отделения. Структура острых от-

равлений такими веществами по данным различных токсикологических центров широко варьирует: — от 40 до 74% случаев представлена отравлениями медикаментами, преимущественно психотропного действия, и от 12 до 20% — наркотиками. По данным Российского Республиканского центра судебно-медицинской экспертизы смертность вследствие отравления наркотиками (преимущественно группы опия и опиоидами) составляет до 14—18% всех умерших от острых отравлений, причем эта величина не имеет тенденции к снижению [9]. По данным ООН на 2016 г. каннабис употребляли около 27 млн. взрослых жителей Европы; на всей территории Европы амфетамин или метамфетамин употребляли 2,4 млн человек, возрастает также количество новых ПАВ, которые попадают в сферу мониторинга ВОЗ по контролю за потреблением ПАВ [10]. В 2016 г. специализированными учреждениями Министерства Здравоохранения Российской Федерации (МЗ РФ) зафиксировано 2 406 702 пациента с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, т.е. 1,6% общей численности населения страны, 78,5% от общего числа зарегистрированных — это пациенты с пагубным употреблением алкоголя и синдромом зависимости. Произведя несложный расчет можно составить примерное представление о частоте фиксации острой интоксикации ПАВ — она составляет около 21,5% [11].

1.3. Кодирование по МКБ-10³

Кодирование диагноза осуществляется с использованием международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10). В адаптированном для России варианте МКБ-10 используется 7 знаков, которые позволяют формализовать диагноз обнаруженного у больного расстройства.

В МКБ-10 ОИ, вызванная употреблением различных ПАВ (алкоголь, опиоиды, каннабиноиды, седативные и снотворные средства, кокаин, другие психостимуляторы, включая кофеин, галлюциногены, никотин, летучие растворители) и сочетанным употреблением ПАВ рассматривается в соответствующих разделах, по виду вещества. Констатация наличия ОИ определяется четвертым знаком 0 (F1x.0xx) (табл. 1).

В группах F13, F15, F16, F19, где конкретное вещество может относиться либо к наркотическим, либо к токсикоманическим, дополнительно вводятся буквенные коды. В случае, если ОИ вызвана наркотическим

³Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.Б. М.: Минздрав России, 1998. 512 с.

веществом, в конец шифра ставится русская буква «Н». Наркотическим является ПАВ, которое включено списки 1 и 2 официального «Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации». В случае, если ПАВ не является наркотическим, вещество относят к токсикоманическим — в конце шифра ставится русская буква «Т».

Диагноз ОИ может быть уточнен, в зависимости от наличия осложнений. В этом случае код диагноза дополняется пятым знаком (табл. 2).

Степень тяжести ОИ определяется шестым знаком (легкая — 1, средняя — 2, тяжелая — 3) [12].

1.4. Классификация

Отдельные виды ОИ, вызванных ПАВ классифицируют в зависимости от вещества, послужившего причиной интоксикации. Кроме этого учитывается степень тяжести течения интоксикации. Степень тяжести интоксикации оценивается клинически. В случае острой алкогольной интоксикации степень ее тяжести дополнительно оценивается с помощью лабораторных методов (концентрация алкоголя в крови пациента или в выдыхаемом воздухе).

ОИ ПАВ легкой степени тяжести, как правило, не сопровождается значимыми изменениями состояния пациента.

ОИ ПАВ средней степени тяжести сопровождается клинически значимыми изменениями психического состояния и обратимым нарушением функции внутренних органов.

ОИ ПАВ тяжелой степени — состояние, угрожающее жизни, связанное с нарушением функции ЦНС и

жизненно важных органов. Тяжелая степень ОИ, требующая оказания специализированной наркологической помощи характеризуется наличием психомоторного возбуждения, психотических расстройств, помрачением сознания, не достигающим степени комы, компенсированными нарушениями функции жизненно важных органов.

Крайняя форма тяжелой интоксикации — отравление. Отравление алкоголем, опиоидами, снотворными и седативными веществами, летучими органическими растворителями сопровождается глубоким помрачением сознания до степени комы, тяжелым угнетением гемодинамики и дыхания. Отравление стимуляторами и галлюциногенами сопровождается выраженным психомоторным возбуждением, нарушениями ритма сердца, ишемией жизненно важных органов (мозг, сердце, почки). При отравлениях ПАВ пациентам требуется оказание специализированной токсикологической помощи, используются другие коды МКБ-10:

T40 Отравление наркотиками и психодислептиками (галлюциногенами);

T41 Отравление анестезирующими средствами и терапевтическими газами;

T42 Отравление противосудорожными, седативными, снотворными и противопаркинсоническими средствами;

T43 Отравление психотропными средствами, не классифицированными в других рубриках;

T49 Отравление препаратами местного действия, влияющими преимущественно на кожу и слизистые оболочки, и средствами, используемыми в офтальмологической, оториноларингологической и стоматологической практике;

Таблица 1

Формализация диагноза по МКБ -10

Код диагноза по МКБ -10	Диагноз по МКБ-10
F10.0xx	Острая интоксикация, вызванная употреблением алкоголя
F11.0xx	Острая интоксикация, вызванная употреблением опиоидов
F12.0xx	Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиноидов
F13.0xx	Острая интоксикация, вызванная употреблением седативных или снотворных веществ (F13.-T; F13.-H)
F14.0xx	Острая интоксикация, вызванная употреблением кокаина
F15.0xx	Острая интоксикация, вызванная употреблением других стимуляторов, включая кофеин (F15.-T; F15.-H)
F16.0x	Острая интоксикация, вызванная употреблением галлюциногенов (F16.-T; F16.-H)
F17.0xx	Острая интоксикация, вызванная употреблением никотина
F18.0x	Острая интоксикация, вызванная употреблением летучих растворителей
F19.0xx	Острая интоксикация, вызванная одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ (F19.-T; F19.-H)

Т51 Токсическое действие алкоголя (в том числе токсическое действие 2-пропанола, сивушных масел, других и неуточненных спиртов);

Т52 Токсическое действие органических растворителей (в том числе: токсическое действие нефтепродуктов, бензола, гликолей, кетонов, других и неуточненных органических растворителей);

Т53 Токсическое действие галогенпроизводных алифатических и ароматических углеводов.

2. Диагностика

2.1. Жалобы и анамнез

Жалобы пациента при ОИ зависят от вида и дозы ПАВ и определяются либо его основными фармакологическими, либо побочными эффектами. Также жалобы пациента могут быть связаны с возникшими осложнениями ОИ. При тяжелой степени ОИ жалобы, как правило, отсутствуют, т.к. контакт с пациентом затруднен или невозможен.

- Рекомендуется выяснить, принимал ли пациент незадолго до того, как изменилось его состояние, какие-либо ПАВ, какие именно и в какой последовательности [2, 3, 4, 13, 14].

Уровень GPP.

- Рекомендуется расспросить сопровождающих лиц о систематическом приеме ПАВ пациентом, возможных случаях ОИ ПАВ в прошлом [2, 3, 4, 13, 14].

Уровень GPP.

2.2. Физикальное обследование

- Рекомендуется проведение общего осмотра пациента по системам и органам последовательно, имеет значение внешний вид больного, следует обратить внимание на свежие следы от инъекций, запахи, исходящие от пациента, так как они могут помочь идентифицировать ПАВ, вызвавшее интоксикацию [2, 3, 4, 13, 14].

Уровень GPP.

- Рекомендуется проведение оценки состояния кожных покровов, степени инъецированности склер, мышечного тонуса, пальпации и перкуссии печени, почек, аускультация сердца, измерения АД, ЧСС, ЧДД измерения артериального давления, пульса, частоты дыхания, сатурации крови [2, 3, 4, 13, 14].

Уровень GPP.

- Рекомендуется проведение оценки состояния нервной системы: реакции зрачков, наличия или отсутствия нистагма, тремора, степени сохранности тактильной и болевой чувствительности, статической и динамической координации [2, 3, 4, 13, 14].

Уровень GPP.

Таблица 2

Уточнение диагноза острой интоксикации при наличии осложнений

Код диагноза по МКБ -10	Диагноз по МКБ-10
F1x.00x	Острая интоксикация неосложненная
F1x.01x	Острая интоксикация с травмой или другим телесным повреждением. Данный код используется в случаях, когда нетелесные повреждения, а острая интоксикация психоактивным веществом стала причиной обращения за медицинской помощью.
F1x.02x	Острая интоксикация с другими медицинскими осложнениями Включаются: — острая интоксикация психоактивными веществами, осложненная рвотой с кровью; — острая интоксикация психоактивными веществами, осложненная аспирацией рвотных масс.
F1x.03x	Острая интоксикация с делирием
F1x.04x	Острая интоксикация с нарушением восприятия Исключаются: — острая интоксикация психоактивными веществами с делирием (F1x.03x).
F1x.05x	Острая интоксикация с комой
F1x.06x	Острая интоксикация с судорогами
F1x.07	Патологическое опьянение Применимо только для случая употребления алкоголя (F10.07).
F1x.08x	Острая интоксикация с другими осложнениями
F1x.09x	Острая интоксикация с неуточненными осложнениями Включается: — острая интоксикация психоактивными веществами с осложнением БДУ.

• Рекомендуется оценка степени возбуждения или седации пациента по клинической шкале определения уровня возбуждения/седации RASS (приложение Г-1) [4, 15, 16, 17, 18, 19, 20].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).

Комментарии:

Клиника ОИ ПАВ может сильно отличаться как у разных субъектов, так и у одного и того же субъекта в зависимости от множества факторов. Так, она может зависеть от динамики приема ПАВ (времени, в течение которого было принято его суммарное количество), индивидуальных характеристик субъекта (возраста, этнической принадлежности, пола, психического и физического состояния), характеристик ПАВ (степени его очистки, наличия в нем токсичных примесей), температуры окружающей среды. Наконец важное значение имеет степень толерантности к ПАВ у зависимых лиц. Также при постановке диагноза ОИ ПАВ необходимо учитывать, что ее симптомы не всегда отражают первичное действие вещества, например, средства, обладающие седативным действием, могут вызвать симптомы оживления или гиперактивности, а стимуляторы — уход в себя и малоподвижность [4, 21, 22].

2.3. Специфические диагностические признаки острой интоксикации различными психоактивными веществами

2.3.1. Острая интоксикация, вызванная употреблением алкоголя (F10.0xx)

• Рекомендуется при диагностике ОИ алкоголем средней степени тяжести (F10.0x2) опираться на следующие признаки:

- запах алкоголя;
- возможны тошнота и рвота;
- гиперемия кожных покровов;
- мидриаз;
- нистагм;
- нарушение аккомодации;
- гиперемия лица;
- инъектированность склер;
- тахикардия;
- артериальная гипертензия;
- нарушение речи, походки, координации движений;
- быстрая смена настроения, часто дисфория;
- снижение болевой чувствительности;
- психомоторное возбуждение или торможение [4, 13, 14].

Уровень GPP.

• Рекомендуется при диагностике ОИ алкоголем тяжелой степени (F10.0x3) опираться на следующие признаки:

- запах алкоголя;
- часто тошнота и рвота;
- бледность кожных покровов;
- возможно непроизвольное мочеиспускание;
- неспособность стоять и совершать целенаправленные действия;
- нарушение речевого контакта (краткие, часто бессмысленные высказывания или звуки);
- сужение и слабая реакция зрачков на свет;
- угнетение сухожильных и снижение корнеальных рефлексов;
- спонтанный нистагм;
- снижение болевой чувствительности;
- изменение ЧСС (брадикардия или тахикардия), возможны нарушения ритма сердца;
- артериальная гипотензия;
- психомоторная заторможенность;
- оглушение или сон [4, 13, 14].

Уровень GPP.

• Рекомендуется при диагностике патологического алкогольного опьянения (F10.07) опираться на следующие признаки:

- внезапное изменение психического состояния после приема небольшого количества алкоголя;
- психомоторное возбуждение;
- резкая смена аффекта (обидчивость, неадекватная ситуации веселость, тревога, страх, ярость);
- нарушение поведения (дурашливость, бегство, агрессия);
- сумеречное помрачение сознания;
- полная, реже частичная амнезия произошедших событий после продолжительного сна [4, 13, 14].

Уровень GPP.

Комментарии:

При осмотре пациентов с ОИ алкоголем необходимо учитывать высокую вероятность осложнений, требующих немедленной медицинской помощи: ЧМТ, ЖКК, аспирации содержимого желудка, острого панкреатита, нарушений ритма сердца. Подробное описание клинической картины ОИ алкоголем см. в Приложении Г-2).

2.3.2. Острая интоксикация, вызванная употреблением опиоидов (F11.0xx)

• Рекомендуется при диагностике ОИ опиоидами средней степени (F11.0x2) тяжести опираться на следующие признаки:

- миоз, отсутствие реакции зрачков на свет;
- бледность кожных покровов;

- зуд кожи лица, особенно кончика носа, и верхней половины туловища;
- вялая мимика;
- замедленная речь, с большими паузами;
- брадикардия;
- артериальная гипотензия;
- снижение перистальтики;
- дизартрия;
- снижение болевой чувствительности;
- благодушие или эйфория;
- психомоторная заторможенность [4, 21, 23, 24].

Уровень GPR.

• Рекомендуется при диагностике ОИ опиоидами тяжелой степени (F11.0x3) опираться на следующие признаки:

- миоз, отсутствие реакции зрачков на свет;
- бледность кожных покровов;
- брадикардия;
- артериальная гипотензия;
- снижение или отсутствие перистальтики;
- гипорефлексия;
- отсутствие болевой чувствительности;
- дизартрия;
- оглушение или сопор;
- психомоторная заторможенность [4, 21, 23, 24].

Уровень GPR.

Комментарии:

Необходимо тщательно проводить физикальный осмотр пациентов с подозрением на ОИ опиоидами с целью исключения инфекций кожи и подкожной клетчатки. Подробное описание клинической картины ОИ опиоидами см. в Приложении Г-3).

2.3.3. Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиноидов (F12.0xx)

• Рекомендуется при диагностике ОИ каннабиноидами средней степени (F12.0x2) тяжести опираться на следующие признаки:

- запах конопли, жженных листьев;
- мидриаз;
- инъектированность склер;
- сухость во рту;
- усиление аппетита;
- изменение ЧСС (брадикардия или тахикардия);
- изменение АД (гипотензия или гипертензия);
- аффективные нарушения (эйфория, страх, дисфория);
- психомоторное возбуждение или заторможенность [3, 4, 21, 23, 25].

Уровень GPR.

• Рекомендуется при диагностике ОИ каннабиноидами тяжелой степени (F12.0x3) опираться на следующие признаки:

- запах конопли, жженных листьев;
- тошнота, рвота;
- мидриаз;
- инъектированность склер;
- снижение болевой чувствительности;
- изменение ЧСС (брадикардия или тахикардия), возможны нарушения ритма сердца;
- изменение АД (гипотензия или гипертензия);
- судороги;
- аффективные нарушения (эйфория, страх, дисфория);
- преходящие психотические нарушения (иллюзии и галлюцинации, бредовые идеи, явления дереализации и деперсонализации);
- психомоторное возбуждение или заторможенность [3, 4, 21, 23, 24, 25].

Уровень GPR.

Комментарии:

ОИ СК в целом не отличается от ОИ натуральных препаратами конопли. В связи с большей активностью СК в отношении каннабиноидных рецепторов, состояние ОИ развивается раньше, ее признаки нарастают быстрее, ОИ более продолжительна. Как правило, состояние интоксикации протекает тяжелее, часты случаи отравлений, развития тяжелых осложнений. Подробное описание клинической картины ОИ каннабиноидами см. в Приложении Г-4).

2.3.4. Острая интоксикация, вызванная употреблением седативных и снотворных средств (F13.0xx)

• Рекомендуется при диагностике ОИ седативными и снотворными средствами средней степени тяжести (F13.0x2) опираться на следующие признаки:

- мидриаз;
- нистагм;
- нарушение аккомодации;
- бледность кожных покровов;
- заторможенная мимика лица;
- нарушение речи, походки, координации движений;
- снижение сухожильных и корнеальных рефлексов;
- снижение болевой чувствительности;
- изменение ЧСС (брадикардия или тахикардия);
- артериальная гипотензия;
- редкое, поверхностное дыхание;
- аффективные нарушения (эйфория или дисфория);

— оглушение;
— психомоторное возбуждение или заторможенность [4, 26, 27, 28, 29].

Уровень GPP.

• Рекомендуется при диагностике ОИ седативными и снотворными средствами тяжелой степени (F13.0x3) опираться на следующие признаки:

— сужение или расширение зрачков, слабая реакция на свет;
— спонтанный нистагм;
— нарушение аккомодации;
— бледный или землистый цвет, сальность кожных покровов;
— отсутствие мимики;
— неспособность стоять и совершать целенаправленные действия;
— нарушение речевого контакта (бормотание или отдельные звуки);
— угнетение или отсутствие сухожильных и корневых рефлексов;
— снижение болевой чувствительности;
— изменение ЧСС (брадикардия или тахикардия);
— артериальная гипотензия;
— возможно непроизвольное мочеиспускание;
— редкое, поверхностное дыхание;
— оглушение или сопор [4, 26, 27, 28, 29].

Уровень GPP.

Комментарии:

ОИ новыми ПАВ седативного действия (бутандиол, бутиролактон) в целом не отличается от ОИ другими седативными средствами. На высоте интоксикации возможно развитие судорожного синдрома и брадиаритмии. Подробное описание клинической картины ОИ седативными и снотворными средствами см. в Приложении Г-5.

2.3.5. Острая интоксикация, вызванная употреблением кокаина (F14.0xx)

Рекомендуется при диагностике ОИ кокаином средней степени тяжести (F14.0x2) опираться на следующие признаки:

— мидриаз;
— бледность кожных покровов;
— артериальная гипертензия;
— тахикардия;
— повышение сухожильных рефлексов;
— аффективные нарушения (эйфория или дисфория);
— воинственность, грандиозность;
— бессонница;
— снижение аппетита;
— психомоторная ажитация [4, 14, 21, 23, 24].

Уровень GPP.

• Рекомендуется при диагностике ОИ кокаином тяжелой степени (F14.0x3) опираться на следующие признаки:

— мидриаз;
— бледность кожных покровов;
— тошнота, рвота;
— изменения АД (артериальная гипертензия, возможна гипотензия);
— выраженная тахикардия, возможна тахикардия;
— повышение сухожильных рефлексов;
— преходящие психотические нарушения (иллюзии и галлюцинации, бредовые идеи);
— возможны судороги;
— психомоторная ажитация, иногда заторможенность [4, 14, 21, 23, 24].

Уровень GPP.

Комментарии:

Подробное описание клинической картины ОИ кокаином см. в Приложении Г-6.

2.3.6. Острая интоксикация, вызванная употреблением других психостимуляторов, включая кофеин (F15.0xx)

• Рекомендуется при диагностике ОИ другими психостимуляторами средней степени тяжести ((F15.0x2) опираться на следующие признаки:

— мидриаз;
— бледность кожных покровов;
— артериальная гипертензия;
— тахикардия;
— повышение сухожильных рефлексов;
— аффективные нарушения (эйфория, гипомания, дисфория);
— бессонница;
— снижение аппетита;
— повышение температуры тела;
— психомоторная ажитация;
— бредоподобные идеи собственного могущества [4, 14, 21, 25, 30].

Уровень GPP.

• Рекомендуется при диагностике ОИ другими психостимуляторами тяжелой степени (F15.0x3) опираться на следующие признаки:

— мидриаз;
— бледность кожных покровов;
— гипертермия;
— изменения АД (артериальная гипертензия, реже гипотензия);
— тахикардия, возможна тахикардия;
— повышение сухожильных рефлексов;
— преходящие психотические нарушения (иллюзии и галлюцинации, бредовые идеи);

— мышечные спазмы, судороги;
 — психомоторная ажитация, иногда заторможенность [4, 14, 21, 25, 30].

Уровень GPP.

Комментарии:

Клинические проявления ОИ новыми синтетическими психостимуляторами (синтетические амфетамины, метамфетамины, катиноны и меткатиноны) достаточно разнообразны. Эти вещества могут различаться по продолжительности действия, скорости наступления эффекта, сопутствующей симптоматикой. В целом клинические признаки ОИ новыми ПАВ этой группы соответствуют признакам интоксикации известными психостимуляторами, однако их отличительной особенностью можно считать наличие дополнительных галлюциногенных и эмпатогенных эффектов. Подробное описание клинической картины ОИ другими психостимуляторами см. в Приложении Г-7.

2.3.7. Острая интоксикация, вызванная употреблением галлюциногенов (F16.0x)

Поскольку интоксикационные эффекты галлюциногенов определяются психотическими нарушениями, состояние пациента всегда необходимо оценивать, как тяжелое.

• Рекомендуется при диагностике ОИ галлюциногенами опираться на следующие признаки:

- мидриаз;
- нистагм;
- нарушения координации;
- артериальная гипертензия;
- тахикардия;
- нарушения сознания по типу делирия при ОИ препаратами с холинолитическим действием;
- нарушения сознания по онейроидному типу при ОИ психодизлептиками;
- слуховые, зрительные или тактильные иллюзии или галлюцинации;
- деперсонализация;
- дереализация;
- бредовые идеи;
- психомоторное возбуждение или заторможенность [4, 14, 31, 32, 33].

Уровень GPP.

Комментарии:

ОИ новыми синтетическими галлюциногенами (фенилэтиламинами и триптами) в целом не отличается от «классических» психотомиметиков, таких как мескалин и псилоцибин. Подробное описание клинической картины ОИ галлюциногенами см. в Приложении Г-8.

2.3.8. Острая интоксикация, вызванная употреблением никотина (F17.0xx)

Рекомендуется при диагностике ОИ никотином средней степени тяжести (F17.0x2) опираться на следующие признаки:

- тошнота или рвота;
- гиперсаливация;
- боль в области живота;
- потливость;
- бледность кожных покровов;
- тахикардия, возможна тахиаритмия;
- артериальная гипертензия;
- бессонница [4, 14, 25].

Уровень GPP.

• Рекомендуется при диагностике ОИ никотином тяжелой степени (F17.0x3) опираться на следующие признаки:

- тошнота или рвота;
- нистагм;
- резкая бледность кожных покровов;
- нарушение речи, походки, координации движений;
- брадикардия, возможна брадиаритмия;
- артериальная гипотензия;
- брадипноэ [4, 14, 25].

Уровень GPP.

Комментарии:

Подробное описание клинической картины ОИ никотином см. в Приложении Г-9.

2.3.9. Острая интоксикация, вызванная употреблением летучих растворителей (F18.0x)

Поскольку интоксикационные эффекты летучих растворителей, как правило, определяются психотическими нарушениями, а также в связи с высоким риском развития тяжелых осложнений (острая энцефалопатия, острая почечная или печеночная недостаточность), состояние пациента всегда необходимо оценивать, как тяжелое.

• Рекомендуется при диагностике ОИ летучими растворителями опираться на следующие признаки:

- «химический» запах;
- мидриаз;
- нистагм;
- нарушение аккомодации;
- бледность или цианоз (при употреблении нитритов);
- тошнота, рвота;
- гиперсаливация;
- нарушение речи, походки, координации движений;

- тахикардия;
- аффективные нарушения (эйфория, страх, дисфория);
- возможны оглушение или сопор;
- преходящие психотические нарушения (иллюзии и галлюцинации, чаще зрительные, реже слуховые и тактильные, метаморфопсии, деперсонализация);
- психомоторное возбуждение или заторможенность [4, 14, 23].

Уровень GPP.

Комментарии:

Подробное описание клинической картины ОИ летучими растворителями см. в Приложении Г-10.

2.3.10. Острая интоксикация, вызванная одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ (F19.0xx)

- Рекомендуется использовать данный диагноз в случаях, когда клиническая картина ОИ обусловленной недавним приемом других психоактивных веществ, не относящихся к перечисленным выше, или нескольких психоактивных веществ, когда неясно какое вещество является основным [4, 14, 23, 34, 35].

Уровень GPP.

Комментарии:

Подробное описание клинической картины ОИ, вызванной одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ см. в Приложении Г-11.

2.4. Лабораторная диагностика

- Рекомендуется проведение экспресс-диагностики содержания психоактивных веществ в биологических средах (моча, слюна) с помощью метода ИХА [2, 3, 4, 36, 37, 38].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).

Комментарии:

В настоящее время возможно качественное определение методом ИХА следующих ПАВ: амфетамина, марихуаны, морфина/героина, кокаина, метамфетамина, барбитуратов, бензодиазепинов, фенциклидина, метадона и экстази(мдма). Экспресс-диагностика выполняется при помощи тест-полосок, можно использовать моно-тесты (один тест — одно ПАВ) и мульти-тесты (определение до 10 различных ПАВ в одном тесте). ИХА с фотометрическим детектированием позволяет не только определить наличие ПАВ, но и оценить его концентрацию. Недостатками ИХА являются возможность получения ложноположительных результатов и невозможность обнаружения многих ПАВ (например, син-

тетических каннабиноидов и стимуляторов, галлюциногенов, ГАМК-миметиков и др.). Поэтому при получении сомнительных результатов ИХА необходимо проведение химико-токсикологического исследования.

- Рекомендуется проведение экспресс-диагностики концентрации алкоголя в выдыхаемом воздухе с помощью алкометра (для подтверждения диагноза ОИ алкоголем) [2, 3, 4, 36, 37, 38].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).

Комментарии:

Профессиональные алкометры позволяют быстро и достаточно точно оценить концентрацию паров этанола в выдыхаемом воздухе, которая находится в прямой зависимости от концентрации алкоголя в крови пациента. Недостатком метода является невозможность определения концентрации других спиртов и веществ, входящих в состав суррогатов алкоголя. Поэтому при явном несоответствии полученных результатов алкометрии клинической картине необходимо проведение химико-токсикологического исследования.

- Рекомендуется химико-токсикологическое исследование биологических сред (слюны, крови, мочи, желудочного содержимого) с использованием методов ГХ МС или ВЭЖХ МС в случаях, когда данные анамнеза, клинические данные не позволяют исключить факт острой интоксикации ПАВ, а экспресс-тесты показывают отрицательный или сомнительный результат или применение их не представляется возможным [2, 3, 4, 36, 37, 38]⁴.

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).

Комментарии:

ГХ МС является точным методом качественного и количественного определения ПАВ в биологических средах. Позволяет проводить в том числе ненаправленный анализ, т.е. одновременно определять большое количество различных ПАВ. Метод ВЭЖХ МС менее доступен из-за высокой стоимости, но обладает существенным преимуществом — позволяет обнаруживать распадающиеся при нагревании ПАВ.

- Рекомендуется проведение общего (клинического) анализа крови развернутого [2, 4, 39, 40, 41, 42].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

⁴Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 января 2006 г. № 40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ». Зарегистрирован Минюстом России 26 февраля 2006 г.

- Рекомендуется проведение анализа крови биохимического общетерапевтического [2, 4, 39, 40, 41, 42].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

- Рекомендуется проведение анализа мочи общего [2, 4, 39, 40, 41, 42].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

- Рекомендуется проведение анализа крови биохимического на содержание калия, натрия при наличии признаков дыхательной и/или сердечной недостаточности, нарушений ритма сердца [2, 4, 39, 40, 41, 42].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

- Рекомендуется проведение анализа показателей КЩС крови (рН, ВЕ) при наличии признаков дыхательной и/или сердечной недостаточности [2, 4, 39, 40, 41, 42].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии

При ОИ ПАВ тяжелой степени часто развиваются нарушения ВЭБ и КЩС. Они проявляются в виде жажды, отеков, нарушений ритма сердца, изменений АД, слабости, сухости слизистых). Для подтверждения или исключения данных нарушений необходима лабораторная диагностика (минимальный анализ включает определение уровня калия, натрия рН, ВЕ).

2.5. Инструментальная диагностика

Выполнение данных диагностических процедур не позволяет уточнить диагноз ОИ ПАВ. Тем не менее, их проведение необходимо для ранней диагностики имеющихся осложнений хронического употребления ПАВ, которые определить могут значимо повлиять на исход ОИ.

- Рекомендуется исследование ЭКГ с расшифровкой, описанием, интерпретацией данных [3, 7, 13, 41, 43].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

2.6. Иные методы диагностики

Иные методы диагностики назначаются специалистами, исходя из конкретной клинической ситуации, в соответствии с показаниями (РГ, УЗИ, КТ, МРТ).

2.7. Консультации специалистов:

Поскольку ОИ ПАВ отличается высокой вариабельностью клинических проявлений, высокая вероятность развития осложнений, часто возникает необходимость

привлечения следующих специалистов для решения вопросов диагностики и лечения:

- врач терапевт;
- врач невролог;
- врач анестезиолог-реаниматолог [3, 7, 13, 41, 43].

3. Лечение

3.1. Общие подходы к терапии острой интоксикации психоактивными веществами

Состояния ОИ легкой степени тяжести специфической терапии, как правило, не требуют. Состояния ОИ средней степени тяжести могут проявляться расстройствами поведения, которые могут потребовать назначения психофармакотерапии или оказания психотерапевтической помощи. Состояния ОИ тяжелой степени требуют оказания неотложной медицинской помощи. Тяжесть ОИ не всегда коррелирует с концентрацией ПАВ в крови пациента. Возможность немедленного количественного определения концентрации ПАВ в средах организма технически не всегда возможна, поэтому при выборе лечебной тактики врач часто вынужден придерживаться симптоматического подхода. Для клинической диагностики крайне важной является оценка степени возбуждения или седации пациента. Очень удобным диагностическим инструментом для этого является клиническая шкала определения уровня возбуждения/седации RASS (приложение Г-1) [4, 15, 16, 17, 18, 19, 20].

3.2. Алгоритм лечебных мероприятий

3.2.1. Фиксация больного в функциональной кровати

Рекомендуется фиксация пациента при уровне возбуждения более 1 по шкале RASS с целью предупреждения ауто- и гетероагрессивных действий и обеспечения безопасного проведения лечебных манипуляций [4, 25].

Уровень GPP.

Комментарии

Фиксация должна проводиться максимально деликатно, с использованием мягких нетравматичных средств (полотенцами, простынями, матерчатыми ремнями и т. п.). Надежно фиксируют каждую конечность и плечевой пояс, нельзя допускать сдавливания нервных стволов и кровеносных сосудов. Зафиксированный пациент должен постоянно находиться в поле зрения персонала. Фиксация не предполагает снятие надзора, а напротив, требует постоянного мониторинга состояния больного. Применение фиксации пациен-

та требует обязательной записи в медицинской документации^{5,6}.

3.2.2. Терапия психомоторного возбуждения, судорожного припадка (в случае его возникновения)

При ОИ ПАВ стимулирующего действия, психических состояниях с возбуждением, при судорожных расстройствах очень важно, по возможности, быстро купировать возбуждение седативными препаратами, т.к. в этих состояниях потребности ЦНС в кислороде и энергетических субстратах резко возрастают. Возможности их доставки у наркологических больных, как правило, снижены, что может привести к кислородному голоданию, нарушению функции ЦНС, отеку мозга. Терапию седативными препаратами следует проводить с осторожностью, избегая излишней седации.

- Рекомендуется для терапии психомоторного возбуждения назначение препарата из группы «анксиолитики» — диазепама внутривенно [4, 17, 21, 23, 25, 39, 44, 45].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).

Комментарии:

Диазепам назначается в виде 0,5% раствора, вводится медленно не более 30 мг разово, не более 60 мг в сутки.

- Рекомендуется для терапии психомоторного возбуждения при неэффективности диазепама назначение препарата группы «антипсихотические средства» — галоперидола внутривенно [4, 17, 21, 23, 25, 39, 44, 45].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).

Комментарии:

Галоперидол назначается в виде 0,5% раствора по 5 мг, не более 60 мг в сутки.

- Рекомендуется при возникновении судорожного припадка назначение препарата из группы «анксиолитики» — диазепама внутривенно [4, 16, 21, 25, 44, 46].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).

Комментарии:

Диазепам назначается по 10 мг; при сохраняющихся судорогах рекомендовано дополнительное назначение 20 мг диазепама.

- Рекомендуется при неэффективности диазепама и сохраняющихся судорогах назначение препарата группы «анестетики» — тиопентала натрия внутривенно [4, 16, 21, 25, 44, 46].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).

Комментарии:

Тиопентал натрия назначается по 75–125 мг в течение 10 мин. Препарат может применяться только в присутствии врача анестезиолога-реаниматолога, при наличии средств для поддержания сердечной деятельности и обеспечения проходимости дыхательных путей, мешка Амбу или аппарата ИВЛ.

3.2.3. Катетеризация вены

- Рекомендуется катетеризация вены всем пациентам с ОИ ПАВ тяжелой степени [2, 4, 16, 39, 41, 42].

Уровень GPP.

Комментарии

Гибкий внутривенный катетер позволяет проводить инфузионную терапию и внутривенное введение лекарственных препаратов с минимальным риском травмирования сосудистой стенки и возникновения кровотечения у пациентов с психомоторным возбуждением. Срок катетеризации составляет 48–72 часа в зависимости от материала катетера.

3.2.4 Мониторирование жизненно важных показателей

- Рекомендуется всем пациентам с ОИ тяжелой степени проведение мониторингирования ЧСС, АД, сатурации крови; при RASS < 3 — периодический контроль диуреза [3, 4, 15, 39, 42, 47].

Уровень GPP.

Комментарии

Мониторирование жизненно важных функций, по возможности, следует проводить аппаратным методом (с использованием реанимационного монитора). При отсутствии монитора периодический контроль жизненно важных показателей проводится вручную. Частоту повторных измерений определяет лечащий врач в зависимости от тяжести состояния больного.

3.2.5 Катетеризация и промывание желудка, назначение кишечных адсорбентов

Рекомендуется с целью детоксикации проведение катетеризации для промывания желудка всем пациентам с ОИ тяжелой степени, если есть сведения о приеме ПАВ внутрь в течение последнего часа [3, 4, 15, 39, 42, 47].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3).

⁵Приказ Минздрава РФ от 8 апреля 1998 г. № 108 "О скорой психиатрической помощи".

⁶Письмо Министерства здравоохранения РФ от 26.12.2002г. № 2510/12967-02-32 «О мерах физического стеснения при оказании психиатрической помощи».

Комментарии

Промывание желудка проводится через желудочный катетер чистой водой комнатной температуры до чистых промывных вод. При RASS < 3 желудок катетерируется только после интубации трахеи. При отсутствии специалистов и оборудования для проведения интубации необходимо организовать перевод пациента в токсикологическое отделение.

- Рекомендуется по окончании промывания желудка введение в его полость через катетер суспензии препаратов группы «кишечные адсорбенты» [3, 4, 15, 23, 41].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3).

Комментарии

Назначается кремния диоксида коллоидный 7-10 г в разведении водой. Он является универсальным кишечным адсорбентом, способным связывать различные ПАВ, включая алкоголь и его суррогаты. Возможно применение и других кишечных адсорбентов, например активированного угля, эффективного при отравлениях барбитуратами.

3.2.6. Катетеризация мочевого пузыря

- Рекомендуется проведение катетеризации мочевого пузыря всем пациентам с ОИ тяжелой степени при уровне седации RASS < 3 [3, 4, 15, 39, 42, 47].

Уровень GPP.**Комментарии**

При ОИ ПАВ тяжелой степени необходим тщательный контроль диуреза, поскольку задержка мочеиспускания при проведении инфузионной терапии может привести к развитию сердечной недостаточности, отеку легких и головного мозга. При утрате сознания единственным надежным способом контроля за диурезом является катетеризация мочевого пузыря. Катетеризация мочевого пузыря проводится также при задержке мочеиспускания.

3.2.7. Инфузионная терапия

- Рекомендуется с целью детоксикации проведение инфузионной терапии препаратами группы «растворы, влияющие на водно-электролитный баланс» [4, 23, 39, 40, 47].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3).

Комментарии

Инфузионная терапия является основным методом стимуляции естественных процессов детоксикации в наркологии. Инфузионные растворы вводятся со скоростью не более 500 мл/час, в объеме до 3–4 л в сутки. Объем инфузии зависит от степени интоксикации, степени тяжести нарушений ВЭБ и КЩС. При

наличии патологических изменений со стороны сердца, легких, печени и почек объем инфузии необходимо ограничивать. При проведении инфузионной терапии в больших объемах с целью детоксикации необходим тщательный контроль диуреза, который, в случае необходимости, стимулируется назначением 10–40 мг фуросемида в сутки. Поскольку инфузионная терапия может существенно повлиять на электролитный баланс и КЩС крови необходимо применять сбалансированные по составу полиионные буферизированные растворы. Инфузионная терапия проводится до полной коррекции ВЭБ и нормализации КЩС.

3.2.8. Восстановление проходимости дыхательных путей и/или искусственная вентиляция легких

- Рекомендуется при развитии острой дыхательной недостаточности очищение ротовой полости и глотки от слизи, инородных тел, рвотных масс и проведение ИВЛ мешком Амбу по показаниям и немедленный перевод пациента в отделение реанимации [4, 23, 39, 47].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3).

Комментарии:

При отсутствии отделения реанимации в наркологическом стационаре пациента необходимо немедленно перевести в отделение реанимации общего профиля.

3.2.9. Назначение специфических антидотов

- Рекомендуется при ОИ тяжелой степени, вызванной употреблением опиоидов, назначение специфического антагониста опиатных рецепторов налоксона [3, 4, 15, 23, 24, 41, 42].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1).

- Не рекомендуется назначение специфического антагониста опиатных рецепторов налоксона если пациент с ОИ опиоидами длительное время (более пол часа) находился в состоянии комы с депрессией дыхания, т.к. быстрое пробуждение приводит к значительному возрастанию потребностей ЦНС в кислороде и энергетических субстратах, декомпенсации энергетического обмена, нарастанию отека мозга и повышению вероятности смертельного исхода [3, 4, 15, 23, 41, 48].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).

Комментарии:

Налоксон вводится внутривенно струйно в разведении физиологическим раствором. Начальная доза налоксона — 0,4 мг, при отсутствии эффекта инъекции повторяют с интервалом в 2–3 мин, максималь-

ная суммарная доза — 10 мг. При неэффективности налоксона диагноз ОИ опиоидами исключается.

- Рекомендуется при ОИ тяжелой степени, вызванной употреблением бензодиазепинов, назначение специфического антагониста бензодиазепиновых рецепторов флумазенила [3, 4, 15, 23, 24, 41, 42, 49].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).

Комментарии:

Флумазенил вводится внутривенно в разведении 5% раствором декстрозы или физиологического раствора в начальной дозе 0,3 мг; при необходимости инъекцию повторяют каждые 60 секунд до суммарной дозы 2 мг. При неэффективности флумазенила диагноз ОИ бензодиазепинами маловероятен. Если пациент с ОИ бензодиазепинами длительное время (более пол часа) находился в состоянии комы с депрессией дыхания, то введение флумазенила противопоказано.

- Рекомендуется при ОИ алкоголем средней и тяжелой степени назначение метадоксина [2, 3, 13, 23].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).

Комментарии

Метадоксин активирует ферменты, метаболизирующие этанол, ускоряет процессы окисления и элиминации этанола и ацетальдегида. Препарат назначается в дозе 300—600 мг (5—10 мл) внутримышечно или 300—900 мг (5—15 мл) внутривенно, в зависимости от степени интоксикации. При внутривенном введении необходимую дозу препарата разводят в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида или 5% раствора декстрозы и вводят капельно в течение 1,5 часа.

- Рекомендуется при ОИ препаратами с холинолитическим действием, осложненном развитием делирия назначение препарата группы «ингибиторы ацетилхолинэстеразы» — галантамина [2, 3, 15, 23].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3).

Комментарии

Галантамин обратимо ингибирует ацетилхолинэстеразу, увеличивая при этом уровень эндогенного ацетилхолина, что, в свою очередь, уменьшает эффект холинергических средств. Препарат назначается в дозе 3 мг внутривенно. При сохраняющихся признаках нарушения сознания инъекции повторяют, максимальная разовая доза препарата 10 мг (10 мл).

3.2.10. Проведение экстракорпоральной детоксикации

- Рекомендуется при ОИ метанолом, изопропанолом и другими ПАВ, метаболизирующимися в крайне токсичные соединения, экстренный перевод пациен-

та в токсикологическое отделение, оснащенное аппаратурой для экстракорпоральной детоксикации [4, 39, 41, 43, 50].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).

- Рекомендуется при развитии сердечной, почечной или почечной недостаточности экстренный перевод пациента в отделение реанимации соответствующего или общего профиля, оснащенное аппаратурой для экстракорпоральной детоксикации [4, 39, 41, 43, 50].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).

3.2.11. Назначение симптоматического лечения

- Рекомендуется назначение препаратов янтарной кислоты [3, 4, 24, 41, 47, 51].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3).

Комментарии:

Назначаются препараты, содержащие янтарную кислоту (инозин + никотинамид + рибофлавин + янтарная кислота, меглюмина натрия сукцинат, этилметилгидроксипиридина сукцинат).

- Рекомендуется для симптоматической коррекции сердечно-сосудистых нарушений при развитии артериальной гипертензии назначение препаратов групп «нитроферрицианидные производные» и/или «блокаторы кальциевых каналов» [3, 4, 24, 41, 47, 51].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).

- Рекомендуется для симптоматической коррекции сердечно-сосудистых нарушений при развитии тахикардии назначение антиаритмических препаратов групп «блокаторы кальциевых каналов», «бета-адреноблокаторы», «антиаритмические препараты, классы I и III» [2, 4, 24, 39, 44].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).

Комментарии:

Антиаритмические препараты (бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, блокаторы натриевых каналов, активаторы калиевых каналов, средства, увеличивающие продолжительность потенциала действия) назначаются при острой интоксикации ПАВ со стимулирующим действием в случае развития тахикардии.

При ОИ, вызванной приемом кокаина бета-блокаторы не назначаются (возможно усиление ишемии миокарда).

Бета-блокаторы и блокаторы кальциевых каналов не назначаются одновременно из-за высокого риска развития брадикардии.

• Рекомендуются при угнетении сознания назначение препаратов групп «психостимуляторы и стимуляторы дыхания» [2, 4, 39, 41, 42].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3).

Комментарии:

Назначается кофеин-бензоат натрия 20% раствор подкожно, не более 5 мл, или никетамид 25% раствор внутривенно или подкожно, не более 5 мл).

При утрате сознания пациентом в течение 30 минут и более, или отсутствии достоверной информации о продолжительности пребывания пациента в бессознательном состоянии, стимуляторы противопоказаны [3, 23, 39, 41].

Рекомендуется с целью улучшения процессов метаболизма назначение тиамин гидрохлорида, пиридоксина гидрохлорида, аскорбиновой кислоты внутривенно [3, 4, 24, 41, 47, 51].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3).

Комментарии:

Тиамин гидрохлорид назначается по 50 мг в сутки внутривенно медленно, пиридоксина гидрохлорида по 150 мг в сутки внутривенно капельно, аскорбиновой кислоты по 150 мг в сутки внутривенно капельно.

• Рекомендуются при гипоксических состояниях назначение кислородных ингаляций [3, 4, 24, 41, 47, 51].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3).

3.5.12. Психотерапия при острой интоксикации ПАВ

• Рекомендуются проведение семейной психотерапии всем, у кого в доступе есть родственник/родственники или значимое лицо [4, 25].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3).

Комментарии:

При ОИ ПАВ проведение психотерапевтического лечения резко ограничено, так как пациенты не могут в полной мере использовать предлагаемые психотерапевтические интервенции. Основная задача психотерапевтического воздействия в этот период: вовлечение пациента и его удержание в лечебной программе, которая не ограничивается рамками купирования ОИ. Необходимо информировать пациента о дальнейшей терапии синдрома зависимости.

В этот период необходимо провести семейное консультирование таким образом, чтобы вовлечь членов семьи и значимых людей в терапевтическую программу. Необходимо беседовать с пациентом, успокаивать его, объяснять произошедшие события, настраивать

на дальнейшее лечение и поддерживать. При помрачении сознания психотерапия не проводится.

4. Реабилитация

Специфических реабилитационных мероприятий в рамках ОИ ПАВ не проводится. Реабилитация ориентирована на восстановление нарушенных вследствие интоксикации сомато-вегетативных и психических функций.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

При острой интоксикации ПАВ наиболее важное значение имеет третичная (модификационная) профилактика, которая является преимущественно медицинской, индивидуальной и направлена на предупреждение повторных интоксикаций, уменьшению вредных последствий для психической и соматической сферы перенесшего тяжелую интоксикацию пациента. Для решения вопроса о форме профилактики и диспансерного наблюдения важное значение имеет вопрос, является ли ОИ пациента разовой или возникла в рамках наркологического заболевания. При выявлении у больного в ходе клинического обследования употребления наркотических средств и (или) психотропных веществ с пагубными последствиями пациенту необходимо предложить профилактическое наблюдение в наркологическом диспансере в течение 1 года, при выявлении синдрома зависимости от ПАВ — диспансерное наблюдение в течение 3 лет.

6. Организация медицинской помощи

• Рекомендуются госпитализация по неотложным показаниям пациентов с ОИ ПАВ средней степени тяжести, не осложненной грубыми поведенческими расстройствами в наркологическое отделение.

• Рекомендуются госпитализация по неотложным показаниям пациентов с ОИ ПАВ средней степени тяжести, осложненной грубыми поведенческими расстройствами и с ОИ ПАВ тяжелой степени в отделение неотложной наркологической помощи.

• Рекомендуются госпитализация по экстренным показаниям в отделение реанимации при:

— ОИ ПАВ средней или тяжелой степени, осложненной сопутствующей соматоневрологической патологией, угрожающей жизни пациента;

— ОИ ПАВ средней или тяжелой степени, осложненной судорожным припадком (припадками), развившимся (развившимися) в течение 24—48 часов;

— ОИ ПАВ средней или тяжелой степени, осложненной тяжелым делирием.

Комментарии:

При отсутствии в наркологическом стационаре отделения реанимации необходимо экстренно направлять таких больных в токсикологическое отделение или отделение реанимации общего профиля.

- Рекомендуется экстренный перевод пациентов в токсикологическое отделение по следующим показаниям:

- ОИ ПАВ, метаболизирующимися в крайне токсичные соединения;

- при уровне седации RASS < 3 у пациентов, принявших ПАВ внутрь в течение часа до поступления при отсутствии в наркологическом стационаре отделения реанимации.

- Рекомендуется при развитии у пациента сердечной, почечной, печеночной недостаточности на фоне ОИ ПАВ экстренный перевод пациентов в отделение реанимации наркологического стационара или в отде-

ление реанимации общего профиля (при отсутствии отделения реанимации в наркологическом стационаре).

- Рекомендуется после восстановления сознания и жизненно важных функций у пациентов с ОИ ПАВ без синдрома зависимости и не употребляющих ПАВ с пагубными последствиями выписать пациента из наркологического стационара.

- Рекомендуется после восстановления сознания и жизненно важных функций у пациентов с ОИ ПАВ с синдромом зависимости или употребляющих ПАВ с пагубными последствиями продолжить лечение пациента в наркологическом стационаре.

7. Критерии качества оценки медицинской помощи

Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при острой интоксикации, вызванной употреблением психоактивных веществ (коды по МКБ-10: F10.0; F11.0; F12.0; F13.0; F14.0; F15.0; F16.0; F18.0; F 19.0) (табл.).

**Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым
при острой интоксикации, вызванной употреблением психоактивных веществ**

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
11.	Выполнен осмотр врачом-психиатром-наркологом и/или осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар		GPP
22.	Выполнено мониторирование показателей жизненно важных функций (дыхание, артериальное давление, частота сердечных сокращений, диурез)		GPP
33.	Выполнено восстановление проходимости дыхательных путей и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний)	3	C
54.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы «анксиолитики» (при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний)	2	B
65.	Выполнено исследование уровня этанола в выдыхаемом воздухе или исследование уровня этанола в слюне или исследование уровня этанола в крови или определение других психоактивных веществ в моче или определение других психоактивных веществ в слюне или определение других психоактивных веществ в крови	2	B
76.	Выполнена регистрация электрокардиограммы не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	5	C
87.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, гамма-глутамилтрансфераза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий белок, мочевины, креатинин, глюкоза, натрий, калий)	5	C
98.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	5	C
19.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи	5	C
110.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы «антидоты» («опиоидных рецепторов антагонистом» при интоксикации опиоидами или «бензодиазепинов антагонистом» при интоксикации бензодиазепинами) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	1 2	A B
111.	Проведена дезинтоксикационная терапия лекарственными препаратами группы «Кишечные адсорбенты» (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	3	C
112.	Проведена терапия препаратами янтарной кислоты, включенных в группы лекарственных препаратов «прочие препараты для лечения заболеваний нервной системы» и «растворы, влияющие на электролитный баланс» (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	3	C
113.	Проведена дезинтоксикационная терапия препаратами группы «растворы, влияющие на водно-электролитный баланс» (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	3	C
114.	Достигнуто восстановление сознания и жизненно важных функций на момент выписки из отделения/стационара.		GPP

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

Врач психиатр-нарколог

Врач-психиатр-нарколог участковый

Врач психиатр-подростковый

Врач психиатр

Врач-психиатр участковый

Врач психотерапевт

Медицинский психолог

Врач терапевт

Врач невролог

При разработке настоящих клинических рекомендаций использованы следующие информационные средства:

«Требования к оформлению клинических рекомендаций для размещения в Рубрикаторе». Письмо Первого заместителя министра здравоохранения И.Н. Каграманяна от 01 сентября 2016г. №17-4/10/1-4939.

Анализ источников научной литературы и других данных, а также интернет-ресурсов за последние 10 лет:

— отечественные: руководства для врачей, научные публикации в периодических изданиях, научная электронная библиотека e-library, Государственный Реестр

Лекарственных Средств, Регистр лекарственных средств, Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации;

— зарубежные: Cochrane Library, Medline, MedScape, PubMed, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

— Регламентирующие документы Правительства Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации.

При разработке настоящих клинических рекомендаций использовались рейтинговые схемы для оценки уровня достоверности доказательств (1, 2, 3, 4, 5) (Приложение 1, 2) и уровня убедительности рекомендаций (А, В, С) (Приложение 3, 4)

Уровень GPP — сложившаяся клиническая практика.

Уровень GPP используется в случае, если для данного тезиса-рекомендации отсутствуют доказательства, полученные на основании результатов систематического поиска и отбора КИ.

Уровень GPP используется для тезис-рекомендаций, относящихся к: сбору жалоб и анамнеза пациента; физикальному осмотру пациента; организации медицинской помощи (медицинского процесса); а также для медицинских вмешательств, для оценки эффективности и/или безопасности которых в силу этических причин (например, экстренная терапия и др.) невозможно выполнение КИ более высокого дизайна, чем несравнительные исследования, описания клинических случаев или серии случаев.

Рейтинговая схема оценки уровня достоверности доказательств для диагностических вмешательств

УДД	Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода
4	Несравнимые исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов
Примечание: УДД — уровень достоверности доказательств.	

Рейтинговая схема оценки уровня достоверности доказательств для лечебных, реабилитационных, профилактических вмешательств

УДД	Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований (РКИ) с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна (помимо РКИ) с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнимые исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов
Примечание: УДД — уровень достоверности доказательств. РКИ — рандомизированное клиническое исследование	

Рейтинговая схема оценки уровня убедительности рекомендаций для диагностических вмешательств

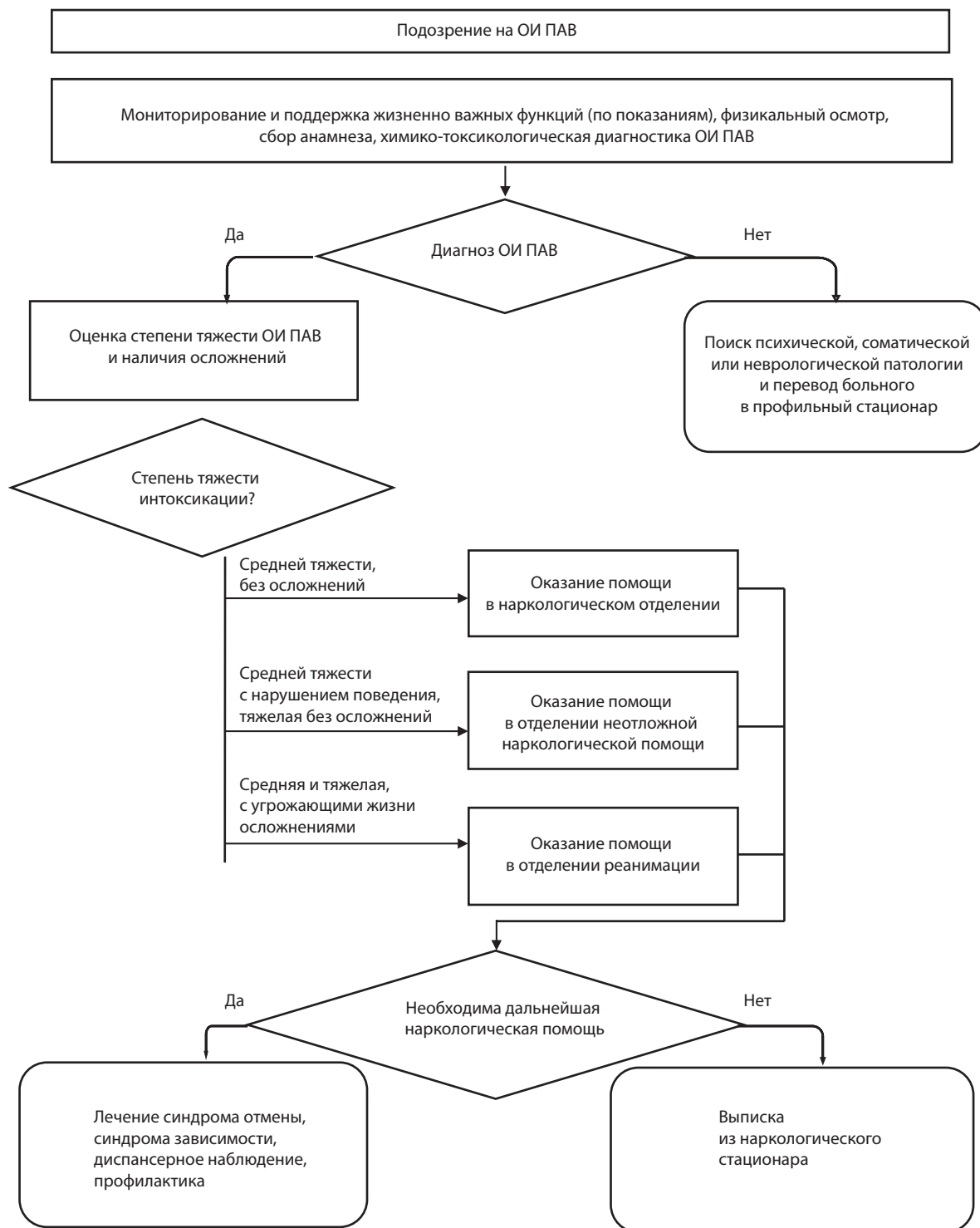
УУР	Описание
А	Однозначная (сильная) рекомендация (все исследования имеют высоко или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Неоднозначная (условная) рекомендация (не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Низкая (слабая) рекомендация — отсутствие доказательств надлежащего качества (все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
Примечание: УУР — уровень убедительности рекомендаций.	

Рейтинговая схема оценки уровня убедительности рекомендаций для лечебных, реабилитационных, профилактических вмешательств

УУР	Описание
А	Однозначная (сильная) рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Неоднозначная (условная) рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Низкая (слабая) рекомендация — отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
Примечание: УУР — уровень убедительности рекомендаций. Порядок обновления клинических рекомендаций — пересмотр 1 раз в 3 года.	

Приложение Б

Алгоритм диагностики и лечения острой интоксикации ПАВ средней и тяжелой степени



Информация для пациента и его родственников

Острая интоксикация психоактивными веществами (ПАВ) — это сравнительно кратковременное состояние, возникающее вслед за приемом ПАВ, которое характеризуется разнообразными психическими и поведенческими нарушениями, представляющее непосредственную угрозу здоровью и жизни самого больного и окружающих его людей, т.к. поведение и реакции под действием психоактивных веществ грубо меняются. Прием некоторых ПАВ может существенно нарушить работу жизненно важных органов — сердца, печени, почек и др.

В широком смысле ПАВ можно назвать все химические соединения природного и искусственного происхождения, основным или побочным эффектом которых является воздействие на головной мозг с последующим изменением психического состояния. Если способность вещества изменять настроение, физическое состояние, самоощущение, восприятие окружающего, поведение и вызывать прочие психофизические эффекты оказывается субъективно приятна и желательна, то данное вещество, потенциально, может вызывать зависимость.

По эффекту действия, все ПАВ можно условно разделить на седативные, стимулирующие, галлюциногенные и смешанного действия (с определенными оговорками, так как эффект зачастую зависит от способа введения, дозы, регулярности и длительности приема, окружающей обстановки, изначального настроения и состояния).

Седативные вещества или депрессанты (опиаты, снотворные, успокаивающие препараты и т.д.) при поступлении в организм оказывают угнетающее воздействие на работу головного мозга, что влечет за собой сбой в работе многих органов и систем, деятельность которых регулируется ЦНС. Соответственно, тяжелая интоксикация приводит к угнетению сознания (вплоть до комы), нарушается деятельность дыхательного и сосудодвигательного центра, сердцебиение угнетается, дыхание становится редким и поверхностным, артериальное давление падает, нарастают явления сердечной и дыхательной недостаточности.

Стимуляторы (кокаин, амфетамин, метамфетамин («соли», «кристаллы», «скорость» и т.д.) оказывают стимулирующее и возбуждающее действие на работу головного мозга и организм, в целом. Их эффект проявляется повышением активности, возбуждением

ночью, тахикардией с выраженными нарушениями сердечного ритма, повышением артериального давления, спазмом сосудов, тремором, а при нарастании интоксикации — ишемическими атаками, судорожными припадками, тяжелыми психозами, развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности. Возбуждение, при этом, может сменяться оглушенностью, угнетением дыхания и комой.

Галлюциногенами называется большая группа ПАВ, кардинально изменяющих сознание, извращающих восприятие и самоощущение, что приводит к грубым расстройством поведения и представляет угрозу для находящегося в состоянии интоксикации и окружающих. Невозможность контроля за своими действиями, утрата связи с реальностью в интоксикации часто приводят к трагической развязке. Падение с высоты, тяжелые аварии, бытовые травмы, самоубийства, преступления под влиянием бредовых идей и галлюцинаций — не редкость.

Наиболее распространенными ПАВ в мире являются каннабиноиды — гашиш, анаша, марихуана и большая группа синтетических каннабиноидов (СК) — так называемые спайсы, миксы и прочие курительные смеси, состоящие из измельченных частей различных растений, зачастую не обладающих самостоятельным психотропным эффектом и служащих носителем, который обрабатывается химическим составом, содержащим СК. В процессе курения препаратов, содержащих каннабиноиды, часто наблюдается переход от возбуждающего действия к успокаивающему, а, в высоких дозах — может наблюдаться галлюцинаторный эффект. Таким образом, картина опьянения каннабиноидами часто бывает непредсказуема. При интоксикации каннабиноидами нередко приступы тревоги, панического страха, полной дезориентировки, бреда. СК значительно токсичнее препаратов натуральной конопли — при интоксикации СК, на фоне выраженного возбуждения, могут возникнуть тяжелые психотические шизофреноподобные расстройства («спайсофрения»), судорожные припадки, нарушения сердечной деятельности, острая дыхательная и печеночно-почечная недостаточность, отек мозга.

Степень тяжести острой интоксикации зависит от типа ПАВ и находится в зависимости от его дозы, а также от индивидуальной переносимости и психического, а также физического состояния здоровья пациен-

та. Легкая степень интоксикации ПАВ, как правило, не требует подключения активных лечебных мероприятий. При этом существует необходимость в постоянном наблюдении за состоянием пациента из-за возможного его ухудшения по мере нарастания степени тяжести интоксикации. Это может быть связано, например, с продолжающимся поступлением ПАВ из желудка и кишечника, рассасыванием раствора ПАВ после внутримышечной или подкожной инъекции, замедленным или отсроченным эффектом.

Тяжелая интоксикация ПАВ непосредственно угрожает жизни пациента и требует незамедлительно оказание интенсивной терапии.

При подозрении на острую интоксикацию ПАВ значительно облегчить диагностику могут иммунохроматографические экспресс-тесты на наличие таких веществ в моче или слюне.

При появлении признаков острой интоксикации ПАВ (нарушении сознания, поведения, сердечной деятельности и дыхания) необходимо немедленно вызвать скорую помощь. При острой интоксикации возбуждающими и галлюциногенными ПАВ необходимо постараться успокоить пациента, при отравлении се-

дативными веществами — не давать ему уснуть. При сохраняющемся сознании пациента и достоверных сведениях о приеме ПАВ внутрь возможно оказание первой помощи на дому в виде промывания желудка. Для этого пациенту необходимо выпить 2–3 л холодной воды и вызвать у него рвоту путем раздражения гортани (так называемый ресторанный способ). После этого возможно применение энтеросорбентов (коллоидный диоксид кремния, Энтеросгель и другие препараты на основе кремния). Препараты этой группы эффективно связывают все ПАВ, включая алкоголь и его суррогаты. Другие энтеросорбенты (активированный уголь, препараты на основе целлюлозы и др.) при алкогольных отравлениях неэффективны.

Специализированную медицинскую помощь при острых интоксикациях ПАВ тяжелой степени необходимо оказывать в стационаре, такая помощь включает поддержание дыхания и сердечной деятельности, современные методы детоксикации, в том числе введение специфических антидотов (препаратов, блокирующих действие ПАВ), инфузионную терапию (введение внутривенно специальных растворов), при необходимости — реанимационные мероприятия.

Приложение Г-1

Ричмондская шкала оценки ажитации и седации (RASS)

+4	Пациент агрессивен	Пациент агрессивен, возникают эпизоды выраженного психомоторного возбуждения, возможно нанесение физического ущерба медицинскому персоналу
+3	Выраженная ажитация	Пациент агрессивен, удаляет катетеры, зонды, дренажи, трубки
+2	Ажитация	Частая нецеленаправленная двигательная активность, и/или десинхронизация с аппаратом ИВЛ
+1	Беспокойство	Пациент беспокоен, иногда испуган, но неагрессивен, а двигательная активность не имеет деструктивной направленности
0	Спокойствие и внимательность	Бодрствует, спокоен, внимателен
-1	Сонливость	Не достаточно внимателен, пробуждается на оклик отсроченно: открывает глаза, фиксирует взор более 10 секунд
-2	Легкая седация	Пробудим на оклик (открывает глаза, но фиксирует взор менее 10 секунд)
-3	Умеренная седация	Двигательная активность или открывание глаз в ответ на оклик без фиксации взгляда
-4	Глубокая седация	Нет реакции на оклик, но двигательная активность или открывание глаз на проприоцептивные и ноцицептивные раздражители
-5	Отсутствие пробуждения	Нет реакции ни на оклик, ни на проприоцептивные и ноцицептивные раздражители

Процедура оценки по Шкале RASS:

Наблюдение за пациентом:

— Если он бодрствует, спокоен и внимателен? — 0 баллов;

— Есть ли у пациента признаки поведения, характеризующееся беспокойством или волнением, — оценка от +1 до +4 баллов с использованием критериев, перечисленных выше в описании.

Если пациент сонлив, попросите его громким голосом, назвав по имени, открыть глаза и посмотреть на Вас. Повторите это несколько раз, если это необходимо. Попросите пациента задержать взгляд.

— Если с пациентом возможен зрительный контакт, который сохраняется в течение более 10 секунд — оценка 1 балл;

— Если с пациентом возможен зрительный контакт, но это не поддерживается в течение 10 секунд — оценка 2 балла;

— Если пациент производит какое-либо движение в ответ на голос, за исключением зрительного контакта — оценка 3 балла;

— Пациент не реагирует на голос. Проведите физическую стимуляцию, путем встряхивания за плечо, и растирания грудины;

— Если пациент отвечает какими-либо движениями на физическую стимуляцию — оценка 4 балла;

— Если пациент не реагирует на голос или физическую стимуляцию — оценка 5 баллов.

Приложение Г-2

Подробное описание клинической картины ОИ алкоголем

При ОИ алкоголем любой степени тяжести, обусловленной употреблением алкоголя, как правило, наблюдается запах спиртного изо рта.

Легкая степень алкогольной ОИ (F10.0x1).

Характеризуется повышенным настроением, усилением двигательной активности, ощущением психического и физического комфорта. Может наблюдаться легкое усиление парасимпатической активности в виде уменьшения ЧСС и АД, гиперемии кожных покровов. Внешние признаки опьянения обычно полностью контролируются и управляются усилием воли. Легкая степень ОИ чаще регистрируется при концентрации алкоголя в крови от 0,5 до 1,5 г/л [4, 13, 14].

Средняя степень алкогольной ОИ (F10.0x2)

Поведение опьяневших постепенно становится все более расторможенным, перестает контролироваться волевым усилием. Часто наблюдается раздражительность, грубость, агрессивность, назойливость. Речевая продукция становится все более неадекватной и неконтролируемой. Утрачивается контроль и за мотивационной сферой, могут совершаться неадекватные ситуации поступки. Очень характерно заострение скрытых в трезвом состоянии индивидуальных черт характера. Движения становятся размашистыми, множественными. Походка становится шаткой, неуверенной. Характерна активизация симпатического отдела нервной системы, проявляющееся в виде учащения пульса, частоты дыхательных движений, повышение артериального давления также учащено. Сухожильные рефлексы обычно снижены, появляются нистагмоидные движения глазных яблок. ОИ средней степени диагностируется при концентрации алкоголя в крови 1,5–3 г/л [4, 13, 14].

Тяжелая степень алкогольной ОИ (F10.0x3)

Двигательная активность снижается, пациенты с трудом стоят на ногах, часто падают. Нарастает физи-

ческая слабость. Речь малоразборчива: опьяневшие произносят обрывки слов и фраз, что-то монотонно бормочут, мимика бедна или отсутствует. Продуктивный речевой контакт с таким субъектом практически невозможен. Ориентировка в месте и времени часто утрачивается. Сознание помрачено и может доходить до степени комы (F10.05x). Могут наблюдаться рвота, икота, непроизвольное мочеиспускание. Кожа бледная, холодная, влажная. Тоны сердца глухие, наблюдается сердцебиение, пульс частый, слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление снижается. Дыхание поверхностное, учащенное, может стать патологическим. Выявляются неврологические симптомы: понижение или отсутствие конъюнктивальных, болевых рефлексов, зрачки расширены, реакция на свет слабая, наблюдается спонтанный горизонтальный нистагм. Сухожильные рефлексы снижены или отсутствуют. Тяжелая степень ОИ алкоголем диагностируется при концентрации алкоголя в крови 3–5 г/л [4, 13, 14].

Осложненные формы алкогольной ОИ.

Помимо соматических осложнений (F10.02x) и судорожных расстройств (F10.06x), могут наблюдаться и психопатологические. В состоянии опьянения может развиваться делирий (F10.03x), (как правило у лиц с сопутствующей соматической патологией — острый панкреатит и пр.). Патологическое опьянение (F10.07x) наблюдается довольно редко. Это состояние представляет собой проявление своеобразной идиосинкразии к алкоголю, кратковременный острый психоз, возникающий после употребления небольших доз алкоголя, иногда недостаточных для того, чтобы вызвать даже легкое опьянение у большинства людей (ниже 0,40 г/л). В клинической картине преобладает сумеречное помрачение сознания с выраженными аффективными расстройствами (тревога, страх, гнев), галлюцинациями, транзиторным бредом, двигательным возбуждением, агрессией. Кризис завершается глубоким сном, а период психоза, как правило, амнезируется [4, 13, 25, 52, 53].

Приложение Г-3

Подробное описание клинической картины ОИ опиоидами

Поскольку зависимые от опиоидов пациенты принимают наркотики, чаще всего, парентерально, по ходу периферических, а иногда и в проекции центральных вен, можно обнаружить следы внутривенных инъекций.

Легкую степень ОИ опиоидами трудно выявить при осмотре, особенно у зависимых лиц, для которых такая интоксикация является привычной. Наиболее патогномичным признаком является сужение зрачков и снижение их реакции на свет. Зачастую, с целью диссимуляции наркотического опьянения, зависимые от опиоидов применяют растворы М-холиноблокаторов, применяемых в офтальмологии — циклопентолата, тропикамида и др.

При средней степени ОИ субъект обычно несколько заторможен, благодушен, малоподвижен. Контакт может быть доступен с трудом в силу собственных грезоподобных переживаний. Речь тихая, ответы следуют после пауз. На определенных этапах формирования зависимости у опийных наркоманов может наблю-

даться изменение картины интоксикации, заключающееся в усилении психической и физической активности на фоне благодушия и эйфории. Важное значение для диагностики ОИ опиоидами имеют сомато-вегетативные и неврологические нарушения: сужение зрачка, вплоть до «точечного», бледность, характерный зуд кожных покровов, сухость слизистых оболочек, снижение артериального давления, гипотермия, уменьшение частоты сердечных сокращений, снижение защитных и сухожильных рефлексов, повышенная устойчивость к болевым раздражителям.

При тяжелой степени ОИ опиоидами быстро нарастает угнетение сознания: оглушенность сменяется сопором, поверхностной, а затем глубокой комой. Наблюдается резкое сужение зрачков («точечные зрачки»), цианоз кожных покровов, гипотензия, брадикардия, брадипноэ, поверхностное редкое дыхание или патологическое по типу Чейн-Стокса с быстрым развитием гипоксемии и гиперкапнии, апноэ [4, 21, 23, 24].

Приложение Г-4

Подробное описание клинической картины ОИ каннабиноидами

При ОИ, обусловленной употреблением каннабиноидов природного происхождения характерен специфический запах конопли. Необычный запах (резкий, «химический», запах «жженных листьев») можно почувствовать и от пациентов, куривших СК. Для ОИ каннабиноидами характерны различные аффективные нарушения (как эйфория, так и депрессия или дисфория) и расстройства сознания, от легкой растерянности до полной дезориентировки. Аффект, как правило, неустойчив, характерна смена полярных состояний. Очень часто ОИ сопровождается разнообразными расстройствами восприятия: цвет окружающих предметов может становиться более насыщенным; звуки приобретать особый тембр и окраску. Характерны явления дереализации и деперсонализации. Окружающая обстановка воспринимается субъектом в состоянии ОИ необычной, чуждой. Окружающие предметы, собственное тело могут менять размеры и форму. Могут наблюдаться иллюзии, псевдо- или истинные галлюцинации.

Мышление в состоянии ОИ становится нелогичным, непоследовательным, бессвязным. Темп его ускорен, реже замедлен. Характерно нарушение восприятия времени: оно то ускоряется, то замедляется. Высказывания носят непоследовательный характер, осмысление происходящего нарушено. Реже мышление замедлено, «мысли застывают».

Для состояния каннабиноидной ОИ характерно возбуждение, дурашливое поведение, сопровождающееся неудержимым смехом. Нередко возникает сексуальное возбуждение. Характерна сильная жажда, часто к концу опьянения появляется резко повышенный аппетит.

Для легкой степени ОИ каннабиноидами характерна гиперемия лица и инъекированность склер. При нарастании степени тяжести интоксикации кожные покровы становятся бледными и холодными, наблюдается сухость во рту, повышенный блеск глаз, мидриаз. Обычно отмечаются тахипноэ, артериальная гипертензия, тахикардия.

При неврологическом обследовании регистрируются нарушения координации, тремор, нистагм. В тяжелых случаях наблюдается потеря кожной чувствительности, парестезии.

При тяжелой интоксикации или повышенной индивидуальной чувствительности к каннабиноидам могут развиваться психотические формы ОИ с преобладанием делириозной, онейроидной или параноидальной симптоматики.

ОИ синтетическими каннабиноидами отличается, как правило более тяжелым течением, с частым развитием судорожных расстройств, рвотой, нарушением дыхания и сердечной деятельности [3, 4, 21, 23, 25, 54].

Подробное описание клинической картины ОИ седативными и снотворными средствами

Состояние ОИ снотворными и седативными средствами в целом напоминает алкогольное опьянение. Характерными чертами являются нарастающие заторможенность, сонливость, дискоординация движений. Аффективная сфера характеризуется эмоциональной лабильностью, склонностью к «недержанию аффекта». Легкая степень привычной интоксикации может сопровождаться повышением настроения, эйфорией. Но веселье, чувство симпатии к собеседникам может легко переходить в гнев, агрессию по отношению к окружающим. Двигательная активность повышается, но движения беспорядочны, не координированы. Может усиливаться сексуальное влечение, повыситься аппетит.

Для ОИ снотворными и седативными средствами средней и тяжелой степеней тяжести характерны грубые соматические и неврологические нарушения. Часто наблюдается гиперсаливация, гиперемия склер. Часто отмечается своеобразная сальность кожных покровов.

При нарастании степени интоксикации субъект засыпает, сон глубокий. Отмечаются брадикардия, гипотония. Зрачки расширены, реакция их на свет вялая, отмечаются нистагм, диплопия, дизартрия, угнетение поверхностных рефлексов и мышечного тонуса, атаксия. Могут наблюдаться непроизвольные дефекация, мочеиспускание. При тяжелой интоксикации нарастает угнетение сознания, глубокий сон переходит в кому. Артериальное давление падает, пульс становится частым, поверхностным. Дыхание неглубокое, может приобретать характер патологического по типу Куссмауля или Чейн-Стокса. Кожные покровы становятся бледными, температура тела падает, исчезают глубокие рефлексы [4, 26, 28].

Для ОИ ГАМК-миметиками (GBL, BDO) характерна небольшая продолжительность (3—4 часа). Основную опасность представляет угнетение дыхания, выраженная брадикардия, возможное развитие судорожных расстройств и острой энцефалопатии [27, 55, 56].

Подробное описание клинической картины ОИ кокаином

ОИ кокаином легкой и средней степени характеризуется появлением психопатологических нарушений, в целом очень близких к гипоманиакальному состоянию: характерен подъем настроения, психической и физической активности. Субъективно ощущается повышение творческих способностей, появление небывалой сообразительности, особой глубины собственных мыслей. Отмечается также улучшение самочувствия, легкость во всем теле, ощущение вседозволенности. Усиливается сексуальное влечение. Соматические нарушения сводятся к учащению сердцебиения, повышению артериального давления. Кожные покровы бледные, наблюдается характерный блеск глаз, расширение зрачков.

При тяжелой степени ОИ кокаином часто развивается острый параноидный психоз, характерной особенностью которого является тактильный галлюциноз. У пациентов появляется ощущение, что по телу ползают насекомые, иногда возникает чувство зуда под кожей или во внутренних органах. Могут отмечаться необъяснимые странности поведения, например, склонность складывать в кучи различные вещи. При нарастании степени интоксикации усиливается тахикардия и артериальное давление, могут наблюдаться нарушения ритма сердца в виде тахиаритмий, мерцания предсердий, фибрилляции желудочков. Возможно развитие инфаркта миокарда, инсульта, транзиторной ишемической атаки, судорожного припадка [4, 14, 21, 23, 24].

Подробное описание клинической картины ОИ другими психостимуляторами, включая кофеин

ОИ стимуляторами легкой и средней степени характеризуется эйфорией, повышением самооценки. Настроение приподнятое, бодрое, с оттенком ажитации, усилением интереса ко всему происходящему.

Вместе с тем возможна быстрая смена эмоциональных переживаний с появлением раздражительности, нервозности, конфликтности, в отдельных случаях воинственности, агрессивности. В некоторых случаях

возникает ощущение ускоренного течения времени. Обостряется слуховое и зрительное восприятие. Усиление внимания сочетается с повышенной отвлекаемостью. Характерны повышение общительности, двигательное возбуждение, чаще всего непродуктивное. Повышается сексуальное влечение, улучшается способность к запоминанию. Стимуляторы подавляют аппетит и потребность в сне.

При приеме кустарно приготовленного эфедрона часто возникает чувство легкости, потери собственного веса.

ОИ стимуляторами сопровождается соматовегетативными расстройствами в виде бледности кожных покровов, сухости слизистых, тахикардии, повышения артериального давления. При неврологическом осмотре выявляются широкие зрачки с ослабленной реакцией на свет, мышечный тремор, стереотипные движения губ и языка. При усилении степени тяжести интоксикации нарастает тахикардия, могут наблюдаться нарушения ритма сердца, продолжает повышаться артериальное давление. Могут наблюдаться тошнота, рвота, головная боль. Возможны судорожные припадки, транзиторные ишемические атаки, инсульт, инфаркт миокарда, острая почечная недостаточность.

При тяжелой степени ОИ стимуляторами могут развиваться острые параноидные психозы, делирий, оней-

роид. После приема первитина может развиваться бредоподобное состояние с идеями наличия особых способностей, например, возможностью предугадывать события, читать мысли других людей, управлять ими на расстоянии, часто с сохранением частичной критики к испытываемым переживаниям [4, 14, 21, 25, 30].

ОИ кофеином чаще всего наблюдается после употребления так называемого чифиры — напитка, приготовленного путем длительного кипячения большого количества чая, реже при злоупотреблении «энергетических» напитков. Острая кофеиновая интоксикация по клинической структуре близка к гипоманиакальному состоянию. Наблюдается подъем настроения, восприятие становится более ярким, образным, темп мышления ускоряется, возрастает общительность, речевая активность. Может усиливаться сексуальная активность.

Соматоневрологические нарушения при тяжелой кофеиновой интоксикации представлены головокружением, тахикардией, экстрасистолией, относительно небольшим повышением артериального давления, увеличением диуреза. Возможны жалобы на головную боль, при осмотре наблюдается тремор, оживление рефлексов, повышение болевой чувствительности.

При тяжелой интоксикации кофеином возможно развитие делирия, сумеречных состояний сознания, острого галлюциноза [4, 14, 25].

Приложение Г-8

Подробное описание клинической картины ОИ галлюциногенами

Известно множество природных и синтетических веществ, способных изменять психическое состояние человека, вызывая помрачение сознания, галлюцинации и бред. Самыми известными являются наркотические средства: псилоцибин, мескалин, диэтиламид лизергиновой кислоты (LSD), 5-метокси-3,4-метилendioксиамфетамин (MDMA), фенциклидин (PCP). К данной группе также относятся медикаментозные средства с холинолитическим действием, например, тригексифенидил (циклодол, паркопан), дифенгидрамин (димедрол), тропикамид, ранее широко применявшееся средство для наркоза кетамин (калипсол).

Острая интоксикация галлюциногенами характеризуется развитием психоза, по типу онейроида или делирия. Нарушается восприятие времени, схемы тела. Эмоциональная сфера характеризуется частой сменой противоположных аффектов, от эйфории до тревоги, подозрительности или дисфории. Исчезает критика к своему состоянию. Наиболее грубые расстройства наблюдаются в сфере восприятия. В первую очередь это касается зрительных нарушений. Мир ста-

новится более ярким, предметы — окрашенными в необычные цвета, или в один цвет. Очертания предметов расплываются или, напротив, приобретают четкие границы, предметы могут быть окружены своеобразным ореолом («аурой»). Характерны зрительные галлюцинации, как элементарные, так и сценopodobные. Обманы восприятия чаще носят характер истинных, но могут быть и псевдогаллюцинации. Гораздо реже наблюдаются слуховые галлюцинации, совсем редко — вкусовые, тактильные и обонятельные иллюзии и галлюцинации. Для интоксикации LSD и другими психодислептиками очень характерны метаморфозии, а также дереализация и деперсонализация. Психотическое состояние сопровождается тошнотой, потливостью, покраснением лица, чувством жара или холода. Характерны мидриаз, оживление сухожильных рефлексов. При острой интоксикации препаратами с холинолитическим действием наблюдаются головные боли, атаксия, тремор, чувство онемения конечностей, парестезии, тахикардия, артериальная гипертензия, сухость во рту [4, 14, 31, 32, 33].

Подробное описание клинической картины ОИ никотином

Острые интоксикации у курильщиков наблюдаются крайне редко, чаще всего они связаны со злоупотреблением препаратами табака в виде отвара или настоя, иногда настойки. В последние годы участились случаи ОИ никотином при вдыхании пара из «электронных сигарет» при использовании в них концентрированных растворов («жидкостей»). При легкой и средней степени никотиновой интоксикации наблюдается обильное слюноотделение, тошнота, тахикардия, головокружение, шум в ушах, слабость, холодный пот, спазмы гор-

тани, пищевода, желудка. При увеличении степени интоксикации могут развиваться рвота и диарея.

При тяжелой никотиновой интоксикации возникает многократная рвота, расстройства зрения и слуха, брадикардия. Характерны гиперсаливация, боли в животе, усиливающиеся при приступах тошноты и рвоты. Могут наблюдаться нарушения ритма сердца, остановка сердца в диастоле. Возможно развитие бредового расстройства, судорожных припадков, в самых тяжелых случаях коматозного состояния [4, 14, 25].

Приложение Г-10**Подробное описание клинической картины ОИ летучими растворителями**

Данные вещества принимаются, чаще всего, ингаляционно, посредством вдыхания паров, реже аппликационно, через кожу. Для лиц в состоянии ОИ этими веществами всегда характерен резкий химический запах.

При ОИ летучими растворителями развивается острый галлюциноз, делирий или онейроид. Нарушение сознания начинается с оглушения, затем присоединяются зрительные и слуховые галлюцинации. В начале к галлюцинаторным переживаниям может сохраняться критика, но по мере усиления степени интоксикации галлюцинации становятся яркими, сценopodobными, критика обычно утрачивается, субъект полностью погружается в мир собственных

галлюцинаций. После прекращения действия ПАВ критика к пережитому быстро восстанавливается. Через 10—30 минут сознание полностью проясняется, галлюцинации прекращаются. Аффект как правило лабилен, от эйфории до тревоги, страха, агрессии. Соматоневрологические расстройства представлены бледностью кожных покровов, тахикардией, сухостью слизистых, может быть тошнота, рвота. Характерны также шаткость походки, нарушение координации движений, смазанная речь, нистагм, мышечная слабость, нечеткость зрения или диплопия. В тяжелых случаях наблюдается угнетение сознания, достигающее до степени комы [4, 14, 23].

Приложение Г-11**Подробное описание клинической картины ОИ, вызванной одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ**

Клиника ОИ несколькими ПАВ как правило определяется эффектами преобладающего, наиболее активного вещества. Так, сочетанная ОИ кокаином и алкоголем, клинически может мало отличаться от ОИ кокаином, но вероятность развития тяжелых осложнений такой сочетанной интоксикации (нарушения ритма сердца, ишемия) значительно возрастает.

Также может наблюдаться своеобразная этапность в развитии симптомов ОИ несколькими ПАВ. Напри-

мер, при одновременном приеме кокаина и метадона, вначале преобладают эффекты кокаина, а затем метадона.

В том случае, если сочетаются ПАВ обладающие сходными эффектами, наблюдается синергизм, что особенно опасно при приеме двух и более седативных средств. Например, одновременный прием опиоида и бензодиазепина или алкоголя и ГАМК-миметика часто заканчивается летально [4, 14, 23, 34, 35].

Список литературы

- Алехнович А.В., Иванов В.Б., Ильяшенко К.К. и др. Компенсаторные механизмы и приспособительные процессы, при острых отравлениях психотропными препаратами. М.: Ваш полиграфический партнер, 2010. 310 с.
- Афанасьев В.В. Неотложная токсикология: Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Мед., 2009. 379 с.
- Бонитенко Е. Ю., Бонитенко Ю.Ю., Бушуев Е.С. и др. Острые отравления лекарственными средствами и наркотическими веществами. СПб.: Элби, 2010. 440 с.
- Наркология: национальное руководство. /Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой, 2-е издание, переработанное и дополненное. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 944с.
- Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. Росстат. М., 2017. 170 с.
- Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2014-2015 годах: Статистический сборник. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, 2016. 177 с.
- Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2015-2016 годах. Статистический сборник. М., 2017. С.84.
- Анализ рынка наркотиков растительного происхождения. Организация Объединенных Наций, май 2017 года. Available at: https://www.unodc.org/doc/wdr2017/WDR2017_Booklet3_Russian.pdf Дата обращения: 26.02.2019.
- Федеральные клинические рекомендации «Отравление наркотиками и психодислептиками», 2013. Available at: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/science/default/download/17.html> Дата обращения: 26.02.2019.
- International narcotics control board. Report-2016. Available at: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/English/AR2016_E_ebook.pdf Дата обращения 26.02.2019.
- Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2015-2016 годах: Статистический сборник. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, 2017. 183 с.
- Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с (вызванные) употреблением психоактивных веществ. Классификация по МКБ-10. Available at: <http://www.psychiatry.ru/lib/55/book/14/chapter/3> Дата обращения: 26.02.2019.
- Алкоголизм. Руководство для врачей. Под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. М., ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. 856 с.
- Шабанов П.Д. Наркология: Практическое руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. 560 с.
- Шилов В.В., Васильев С.А., Кузнецов О.А. Клинические рекомендации (протоколы) по оказанию скорой медицинской помощи при острых отравлениях. М., 2014. 28 с.
- Экстрем А.В. Реанимация и интенсивная терапия в наркологии: Учеб. пособие. Волгогр. гос. мед. ун-т. Волгоград: ВолГМУ, 2003. 208 с.
- Barr J., Fraser G.L., Puntillo K. et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2013; 41: 263-306.
- Ely E.W. et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients. Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA* 2003; 289(22):2983-2991 (doi:10.1001/jama.289.22.2983)
- Han J.H., Vasilevskis E.E., Schnelle J.F., Shintani A., Dittus R.S., Wilson A., Ely E.W., The Diagnostic Performance of the Richmond Agitation Sedation Scale for Detecting Delirium in Older Emergency Department Patients. *Acad Emerg Med.* 2015; 22(7): 878–882. doi: 10.1111/acem.12706.
- Sessler C.N., Gosnell M.S., Grap M.J., Brophy G.M., O’Neal P.V., Keane K.A., Tesoro E.P., Elswick R.K. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002; 166 (10): 1338–1344.
- Donroe J.H., Tetrault J.M., Substance Use, Intoxication, and Withdrawal in the Critical Care Setting. *Crit Care Clin.* 2017; Jul;33(3): 543-558. doi: 10.1016/j.ccc.2017.03.003. Epub 2017 Apr 20.
- The Wiley-Blackwell Handbook of Addiction Psychopharmacology. James MacKillop (Editor), Harriet de Wit (Editor). ISBN: 978-1-119-97826-8. Wiley-Blackwell, Feb 2013. 782 p.
- Медицинская токсикология: национальное руководство. Под ред. Е. А. Лужникова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 928 с.
- Элленхорн М. Дж. Медицинская токсикология: Диагностика и лечение отравлений у человека. В 2-х томах. М.: Медицина, 2003. Т.1. С. 350 — 462.
- Психиатрия: нац. рук. Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. М. : «ГЭОТАР – Медиа», 2009. 1000 с.
- Chouinard G, Lefko-Singh K, Teboul E. Metabolism of anxiolytics and hypnotics: benzodiazepines, buspirone, zopiclone, and zolpidem. *Cell Mol Neurobiol* 1999; 19:533.
- Liechti M.E., Kupferschmidt H. γ -hydroxybutyrate (GHB) and γ -butyrolactone (GBL): analysis of overdose cases reported to the Swiss Toxicological Information Centre. *Swiss Med Wkly.* 2004; 134: 534 — 537.
- Mihic S.J., Harris R.A. Hypnotics and sedatives. In: Brunton LL, Chabner BA, Knollman BC, editors. Goodman and Gilman’s the pharmacological basis of therapeutics. 12th. New York: McGraw-Hill, 2011. p. 457–480.
- Schep L.J., Slaughter R.J., Beasley M.G. The clinical toxicology of metamfetamine. *Clinical Toxicology* 2010; 48: 675-694.
- Wood D., Davies S., Greene S.L., Button J., Holt D.W., Ramsey J., Dargan P. Case series of individuals with analytically confirmed acute mephedrone toxicity. *Clinical Toxicology* 2010; 48: 924-927.
- Consideration of the Novel Psychoactive Substances (‘Legal Highs’). Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/119139/acmdnps2011.pdf Дата обращения 26.02.2019.
- Helander A., Beck, O., & Bäckberg, M. (2015). Intoxications by the dissociative new psychoactive substances diphenidine and methoxyphenidine. *Clinical Toxicology (Philadelphia, Pa.)* 2015; 53(5): 446-453. doi:10.3109/15563650.1033630
- Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe. Update from the Euro-DEN Plus research group and the EMCD-DA. August 2016.
- Jones C.M., McAninch J.K. Emergency department visits and overdose deaths from combined use of opioids and benzodiazepines. *Am J Prev Med* 2015; 49:493.
- Liakoni E., Dolder P. C. et al. Presentations due to acute toxicity of psychoactive substances in an urban emergency department in Switzerland: a case series BMC. *Pharmacol Toxicol.* 2016; 17: 25. Published online 2016 May 26. doi: 10.1186/s40360-016-0068-7
- Баринская Т.О., Смирнов А.В. и соавт., Соотношения концентрации этанола в выдыхаемом воздухе и крови после однократного приема алкоголя. *Наркология* 2008; 1: 33–40.
- Мелентьев, А., Скрининг лекарственных, наркотических веществ и их метаболитов методом газовой хроматографии с масс селективным детектором. *Проблемы экспертизы в медицине* 2002; 02 (8-4) с. 7.
- Морозова В.С., Другова Е.Д., Мягкова М.А. Определение шести классов психоактивных веществ в различных объектах ме-

- тодом иммунохроматографии. *Клиническая лабораторная диагностика* 2015; 60 (5): 27-31.
39. Интенсивная терапия. Национальное руководство. Краткое издание под ред. Б. Р. Гельфанда, И. Б. Заболотских. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 928 с.
40. Голуб И.Е., Нетёсин Е.С., Сорокина Л.В.. Нарушения кислотно-основного состояния и водно-электролитного обмена: Учебное пособие. Иркутск.: ИГМУ, 2015. 43с.
41. Лужников Е. А., Гольдфарб Ю. С., Мусселиус С. Г., Суходолова Г. Н. Неотложная терапия острых отравлений и эндотоксикозов. М.: Медицинское информационное агенство, 2010. 466 с.
42. Хоффман Р., Нельсон. Л. Экстренная медицинская помощь при отравлениях. М.: «Практика», 2010. 1440 с.
43. Малин Д.И., Медведев В.Д. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках. Справочное пособие. М., 2003. 103 с.
44. Арана Д., Розенбаум Д. Фармакотерапия психических расстройств. Перевод с англ. под ред. д.м.н., проф. С.Н. Мосолова. М.: Бином, 2004. 415 с.
45. Skrobik Y., Delirium prevention and treatment. *Crit Care Clin.* 2009 Jul;25(3):585-91, x. doi: 10.1016/j.ccc.2009.05.003.
46. Seizures in Critical Care: a Guide to Diagnosis and Therapeutics. P. N. Varelas (editor). New Jersey, Published by Humana Press, 2017. p. 380
47. Ливанов Г.А., Батоцыренов Б.В., Лодягин А.Н. и др. Коррекция транспорта кислорода и метаболических нарушений при острых отравлениях веществами нейротропного действия. *Общая реаниматология* 2007; 3 (5-6): 55-60.
48. Лолодзе А.Т., Ливанов Г.А., Батоцыренов Б.В., Лодягин А.Н. Особенности интенсивной терапии пациентов с острыми отравлениями метадонном. *Экстренная медицина* 2017; 3: 336-337.
49. Höjer J, Baehrendtz S, Magnusson A, Gustafsson LL. A placebo-controlled trial of flumazenil given by continuous infusion in severe benzodiazepine overdose. *Acta Anaesthesiol Scand* 1991; 35:584.
50. Малин Д. И. Плазмаферез в психиатрии и наркологии. М.: «Спутник», 1997. с. 143.
51. Васильев С.А. Нейрометаболическая терапия острых тяжелых отравлений. Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. СПб., 2008. 35 с.
52. Young J., Murthy L., Westby M., Akunne A., O'Mahony R. Guideline Development Group. Diagnosis, prevention, and management of delirium: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2010; 341: p. 3704
53. Maldonado J.R. Delirium in the acute care setting: characteristics, diagnosis and treatment. *Crit Care Clin.* 2008 Oct;24(4):657-722, vii. doi: 10.1016/j.ccc.2008.05.008.
54. Fitzgerald K.T., Bronstein A.C., Newquist K.L. Marijuana poisoning. Companion. *Anim Med.* 2013 Feb;28(1):8-12. doi: 10.1053/j.tcam.2013.03.004.
55. Zvosec D.L., Smith S.W., McCutcheon B.S., Spillane J., Hall B.J., Peacock E.A. Adverse events, including death associated with the use of 1,4-butanediol. *The New England Journal of Medicine* 2001; 344 (2): 87-94.
56. Kamal R.M., van Noorden M.S., Wannet W., Beurmanjer H., Dijkstra B.A., Schellekens A. Pharmacological Treatment in γ -Hydroxybutyrate (GHB) and γ -Butyrolactone (GBL) Dependence: Detoxification and Relapse Prevention. *CNS Drugs.* 2017; 31(1): 51-64. doi: 10.1007/s40263-016-0402-z.