Острые отравления опиоидными наркотическими веществами

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: T40.0, T40.1, T40.2, T40.3 · Межрегиональная благотворительная общественная организация "Ассоциация клинических токсикологов", Общероссийская общественная организация «Российское общество скорой медицинской помощи»

Острое отравление опиоидами быстро приводит к угнетению сознания и дыхания; типичный синдром включает миоз и брадипноэ вплоть до апноэ. Рекомендация посвящена диагностике, неотложной поддержке дыхания и гемодинамики, ограниченному применению налоксона и маршрутизации пациентов.

Главное

- Ориентиры опиоидного синдрома — угнетение сознания, ранняя острая дыхательная недостаточность с урежением и уменьшением глубины дыхания, миоз с отсутствием реакции зрачков на свет.
- Тяжесть острого отравления не всегда коррелирует с концентрацией опиоидных веществ в крови; при выборе лечебной тактики используют синдромальный подход с оценкой степени возбуждения или седации пациента.
- Всех пациентов госпитализируют в круглосуточный стационар с токсикологическим отделением или ОРИТ; при поступлении нужен осмотр токсиколога и/или анестезиолога-реаниматолога.
- Осмотр токсикологом и/или анестезиологом-реаниматологом проводят не позднее 10 минут после поступления в стационар (УДД 5, УУР С).
- Приоритет лечения — восстановить проходимость дыхательных путей, вентиляцию, оксигенацию и гемодинамику; при коме или центральной дыхательной недостаточности требуется ранняя интубация с последующей ИВЛ.
- Налоксон применяют только при легком отравлении без нарушений дыхания и тяжелой гипоксии; при выраженной дыхательной недостаточности, длительной экспозиции яда и тяжелой гипоксии он противопоказан.

Диагностика

1. Уточнить недавнее употребление опиоида в токсической дозе, время, путь введения, возможные сочетания с другими веществами, зависимость, толерантность и прежние отравления; при невозможности контакта опросить сопровождающих.
2. Сопоставить клинику с опиоидным синдромом и исключить заболевание или другое психическое/поведенческое расстройство, способное объяснить симптомы.
3. Провести последовательный осмотр: оценить сознание по ШКГ, зрачки и их реакцию на свет, рефлексы, мышечный тонус, следы инъекций, травмы, запах алкоголя или альдегида и признаки аспирации; тяжесть дополнительно оценить по Poisoning severity score (УДД 5, УУР С).
4. Оценить дыхание: частоту, глубину, равномерность экскурсии грудной клетки и аускультативную картину; одновременно проверить пульс, ритм, частоту сердечных сокращений и артериальное давление (УДД 4 и 3, УУР С).
5. Взять кровь и мочу для химико-токсикологического исследования не позднее 24 часов от поступления: скрининг проводят ИХА, подтверждение — ГХ-МС и/или ЖХ-МС/МС (УДД 2, УУР С). При клинике опиоидного синдрома исследуют опиаты, включая морфин, кодеин и диацетилморфин, а также метадон (УДД 2, УУР С).
6. Выполнить пульсоксиметрию и ЭКГ всем пациентам; при среднетяжелом или тяжелом отравлении в коме провести рентгенографию легких или КТ грудной полости не позднее 24 часов, а при подозрении на аспирацию — бронхоскопию (УДД 4–5, УУР С).

Лечение

- На догоспитальном этапе сначала восстановить дыхание: санировать полость рта при аспирационно-обтурационных нарушениях, аспирировать содержимое верхних дыхательных путей при поверхностной коме, интубировать при коме, после интубации проводить ИВЛ при центральной дыхательной недостаточности и назначить оксигенотерапию (УДД 5, УУР С).

- При пероральном отравлении после коррекции дыхания и кровообращения выполнить зондовое промывание желудка с кишечными адсорбентами; общий объем жидкости не должен превышать 150 мл/кг. При сопоре или коме промывание проводят только после интубации трахеи (УДД 5, УУР С).
- ИВЛ показана при апноэ или патологических ритмах дыхания, $PaCO_2$ ≤25 мм рт. ст. при спонтанном дыхании, $PaCO_2$ ≥50–55 мм рт. ст. при спонтанном дыхании, а также при коме с ШКГ ≤8 баллов (УДД 5, УУР С).
- Налоксон вводят при легком отравлении без дыхательных нарушений и тяжелой гипоксии: взрослым — 0,4 мг внутривенно, внутримышечно или подкожно, повторяя при необходимости каждые 2–3 минуты до восстановления сознания и самостоятельного дыхания, максимум 10 мг; детям — 0,01 мг/кг, повторно 0,1 мг/кг (УДД 2, УУР А).
- При шоке у детей вводят внутривенно болюсно 0,9% раствор натрия хлорида в объеме 20 мл/кг; при стойкой гипотонии, не отвечающей на инфузию, применяют инотропные средства (УДД 5 и 4, УУР С).
- Корректировать нарушения водно-электролитного баланса инфузионными растворами под контролем гемодинамики, электролитов и диуреза; при метаболическом ацидозе вводят 4% раствор натрия гидрокарбоната (УДД 5, УУР С).
- При тяжелом отравлении без осложнений и при тяжелом отравлении с осложнениями назначают омепразол внутривенно по 40 мг 1 раз в сутки; при пневмонии системные антибактериальные препараты начинают не позднее 4 часов после установления диагноза (УДД 5, УУР С).
- При миоренальном синдроме вследствие позиционной травмы проводят гемодиализ; при отсутствии сознания или на ИВЛ назначают нутриционную поддержку, после восстановления сознания — общий стол (УДД 5, УУР С).

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать всех пациентов в круглосуточный стационар с токсикологическим отделением или ОРИТ; при отсутствии токсикологического отделения тяжелых пациентов направляют в ОРИТ, среднетяжелых и легких — в терапевтическое отделение.
- В ОРИТ госпитализируют при угнетении сознания с ШКГ менее 11 баллов, нарушениях дыхания, кровообращения, функции почек или печени, судорогах в течение последних 24 часов либо жизнеугрожающей сопутствующей соматоневрологической патологии.
- При развитии острой церебральной недостаточности с ШКГ менее 11 баллов и/или острой дыхательной, сердечной, почечной или печеночной недостаточности пациента экстренно переводят в реанимацию токсикологического центра или ОРИТ общего профиля.
- После стабилизации витальных функций и завершения детоксикации пациента переводят из ОРИТ в отделение центра лечения острых отравлений, терапевтическое или педиатрическое отделение; при синдроме зависимости направляют к врачу-психиатру-наркологу.
- Средняя длительность стационарного лечения составляет 1–2 койко-дня при легкой, 3–5 — при средней, 6–14 — при тяжелой степени без осложнений и 14–24 — при тяжелой степени с пневмонией, острой почечной или острой почечно-печеночной недостаточностью.

Частые вопросы

Какие признаки наиболее характерны для острого отравления опиоидами?

Сочетание угнетения сознания, миоза и угнетения дыхания: брадипноэ, гипопноэ или апноэ. Возможны также подавление кашлевого рефлекса, снижение перистальтики и задержка мочи.

Когда при отравлении опиоидами нужна ИВЛ?

При апноэ или патологических ритмах дыхания, $PaCO_2$ ≤25 мм рт. ст. либо ≥50–55 мм рт. ст. при спонтанном дыхании, а также при коме с ШКГ ≤8 баллов. До ИВЛ обеспечивают проходимость дыхательных путей и выполняют интубацию.

Как правильно вводить налоксон?

Только при легком отравлении без дыхательных нарушений и тяжелой гипоксии. Взрослым начинают с 0,4 мг, повторяют каждые 2–3 минуты до восстановления сознания и дыхания, максимум 10 мг; детям вводят 0,01 мг/кг, повторно 0,1 мг/кг.

Почему после налоксона нельзя сразу прекращать наблюдение?

Действие налоксона обычно продолжается 45–90 минут, а у некоторых опиоидов, включая метадон, период полувыведения может достигать 48 часов. Поэтому возможна повторная дыхательная недостаточность после окончания действия антидота.

Какие исследования обязательны при подозрении на опиоидное отравление?

Нужны пульсоксиметрия, ЭКГ, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови; при нарушении сознания глюкозу определяют не позднее первого часа. Для подтверждения токсиканта исследуют кровь и мочу: положительный или сомнительный ИХА-результат подтверждают ГХ-МС и/или ЖХ-МС/МС.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/743-ostrye-otravleniya-opioidnymi-narkoticheskimi-veshchestvami. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/743_2