Отравления производным амфетамина, синтетическими катинонами и прекурсорами ГОМК

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: T40.6, T40.9 · Межрегиональная благотворительная общественная организация "Ассоциация клинических токсикологов", Общероссийская общественная организация «Российское общество скорой медицинской помощи»

Острое отравление амфетаминами, синтетическими катинонами и прекурсорами ГОМК — химическая травма с нарушением жизненно важных функций после поступления токсической дозы вещества. Рекомендация посвящена распознаванию клинической картины отравления, оценке тяжести, поддержанию дыхания и кровообращения, купированию возбуждения и детоксикации.

Главное

- Степень тяжести определяют по фактическим клиническим проявлениям поражения органов и систем; количество принятого вещества и его концентрацию в сыворотке для этого не используют.
- Амфетамины обычно вызывают гиперадренергическую картину: возбуждение, мидриаз, потливость, тахикардию, гипертензию, аритмии, судороги и галлюцинации; возможны рабдомиолиз, ишемия миокарда и внутримозговое кровоизлияние.
- Для синтетических катинонов особенно характерны тахикардия свыше 120 в минуту, артериальная гипертензия от 160/100 мм рт. ст., гипертермия, галлюцинации, бред и спутанность сознания; в тяжелых случаях развиваются кома, нарушения дыхания и сердечной деятельности, поражение почек.
- При отравлении ГОМК возможны миоз, брадикардия, гипотермия, рвота, угнетение сознания, кома и угнетение дыхания. Чередование комы с резким психомоторным возбуждением описывают как состояние «sleep and fight».
- ГОМК быстро выводится из организма, поэтому после приема внутрь может быть обнаружен в плазме крови только до 4–5 часов и в моче до 8–10 часов.
- Диагноз основывается на сочетании сведений о недавнем употреблении, клинических признаков отравления и обнаружения вещества в биологических средах; жалобы могут отсутствовать из-за затруднения или невозможности контакта с пациентом.

Диагностика

1. На догоспитальном этапе осматривают место происшествия и уточняют у пациента или окружающих сведения о приеме психоактивных веществ, курительных смесей, жидкостей, капсул, таблеток: наименование, время, дозу и цель приема, а также наблюдение у врача-психиатра-нарколога и возможные случаи отравления в прошлом. Осмотр врачом или фельдшером скорой помощи, сбор анамнеза и жалоб, а также уточнение этих сведений рекомендованы при подозрении на такое отравление (УДД 5, УУР С).
2. В стационаре токсиколог или анестезиолог-реаниматолог должен осмотреть пациента не позднее 10 минут после поступления (УДД 5, УУР С). Оценивают кожу, слизистые, зрачки, сознание по шкале Глазго, тремор, координацию (УДД 5, УУР С) и уровень возбуждения или седации по RASS (УДД 4, УУР С).
3. Оценивают дыхание: частоту дыхания, аускультативную картину и сатурацию; отдельно оценивают пульс, частоту сердцебиения и артериальное давление для ранней диагностики осложнений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем (УДД 5, УУР С).
4. Исследуют психоактивные вещества в моче. При положительном или сомнительном иммунохроматографическом результате проводят подтверждение методом ГХ-МС и/или ЖХ-МС/МС из-за возможных ложноположительных результатов (УДД 5, УУР С).
5. Выполняют общий анализ крови, биохимический анализ с билирубином, белком, АЛТ, АСТ, креатинкиназой, мочевиной, креатинином и глюкозой, а также общий анализ мочи (УДД 5, УУР С). При дыхательной или сердечно-сосудистой недостаточности либо поражении почек дополнительно определяют натрий, калий, кислотно-основное состояние и газы крови (УДД 5, УУР С).
6. Регистрируют ЭКГ всем пациентам (УДД 5, УУР С). При тяжелом отравлении с Глазго менее 11 баллов проводят мониторинг сердечно-сосудистой системы; рентгенографию легких или КТ органов грудной полости выполняют для диагностики или исключения осложнений и сопутствующей бронхолегочной

патологии. Рентгенографию черепа или КТ головного мозга проводят пациентам, доставленным с улицы или из общественных мест, и при наличии следов травм; при подозрении на аспирацию выполняют бронхоскопию.

7. При неясной клинической картине исключают черепно-мозговую травму, нарушения мозгового кровообращения, другие нейротропные яды, менингит или энцефалит, опухолевое поражение мозга и метаболические комы; для дифференциальной диагностики привлекают профильных специалистов (УДД 5, УУР С).

Лечение

- При нарушении дыхания или гемодинамики немедленно восстанавливают проходимость дыхательных путей, корректируют газообмен и легочную вентиляцию, обеспечивают венозный доступ, проводят инфузионную и при необходимости вазопрессорную терапию (УДД 5, УУР С). При аспирационно-обтурационных нарушениях санируют ротоглотку и удаляют слизь из верхних дыхательных путей.
- ИВЛ показана при патологических ритмах дыхания, $PaCO_2$ ≤25 мм рт. ст. при спонтанном дыхании, $PaCO_2$ ≥50–55 мм рт. ст. или коме по Глазго ≤8 баллов (УДД 5, УУР С).
- Для коррекции водно-электролитного баланса вводят кровезаменители и перфузионные растворы, включая декстрозу**, под контролем пульса, давления, ЦВД, сердечного индекса, общего периферического сопротивления, гематокрита, гемоглобина, электролитов и диуреза (УДД 5, УУР С).
- При возбуждении с RASS более 1 пациента фиксируют мягкими нетравматичными средствами под постоянным наблюдением. Для медикаментозного купирования назначают диазепам** 5–10 мг медленно внутривенно, при необходимости повторяют через 3–4 часа, и галоперидол** 5 мг внутримышечно пациентам старше 18 лет с повтором через час, максимум 20 мг/сут, либо дроперидол** 5–10 мг внутримышечно взрослым и детям старше 3 лет (УДД 5, УУР С).
- При судорогах или возбуждении, не купированных диазепамом**, используют тиопентал натрия** 300–500 мг внутривенно и дополнительно внутримышечно до общей дозы 1000 мг/сут (УДД 5, УУР С).
- Инфузионно-детоксикационная терапия показана всем пациентам; общий объем инфузионной терапии составляет 1000–1500 мл/сут (УДД 5, УУР С).
- При тяжелом отравлении и подозрении на сочетанное отравление психотропными веществами и этанолом выполняют промывание желудка через зонд; при глубоком угнетении сознания сначала интубируют трахею и при необходимости начинают ИВЛ. При тяжелом отравлении и подозрении на сочетанное отравление психотропными средствами проводят энтеросорбцию с активированным углем: нагрузочная доза 1 г/кг, затем по 0,5 г/кг каждые 4–6 часов в течение 12–24 часов (УДД 5, УУР С).
- При токсической или гипоксической энцефалопатии применяют меглюмина натрия сукцинат** 10 мл/кг внутривенно капельно со скоростью 1–4,5 мл/мин курсом до 11 дней либо инозин + никотинамид + рибофлавин + янтарная кислота** по 10 мл внутривенно капельно в 100 мл 5% раствора декстрозы** через 8–12 часов в течение 5 дней (УДД 4, УУР С).

Когда направить и как наблюдать

- Пациента целесообразно госпитализировать в специализированный центр острых отравлений. При тяжелом отравлении, осложнениях или нарушении витальных функций требуется отделение реанимации и интенсивной терапии; при легком отравлении целесообразна госпитализация в отделение острых отравлений либо на токсикологические койки стационара.
- В ОРИТ лечение продолжают до стабилизации жизненно важных функций и завершения детоксикационных мероприятий, затем проводят реабилитационные мероприятия в условиях отделения центра лечения острых отравлений, терапевтических или педиатрических отделений.
- Сроки госпитализации определяются степенью тяжести отравления. При легком отравлении лечение обычно продолжается до 2 дней; при тяжелом неосложненном течении пребывание в ОРИТ составляет 3–5 дней, при осложненном — до 10 и более дней с последующей реабилитацией в отделении острых отравлений до 14 и более суток.
- При развитии наркотической зависимости пациенту после острого отравления рекомендован диспансерный прием врача психиатра-нарколога (УДД 5, УУР С).

Частые вопросы

Какие минимальные данные нужны для диагностики острого отравления?

Ориентируются на три компонента: сведения о недавнем употреблении, клинические признаки токсического воздействия и выявление вещества в биологических средах. При отсутствии контакта с пациентом важны сведения очевидцев и осмотр места происшествия.

Когда при таком отравлении нужна ИВЛ?

ИВЛ проводят при патологических ритмах дыхания, $PaCO_2$ ≤25 или ≥50–55 мм рт. ст. при спонтанном дыхании, а также при коме с оценкой по Глазго ≤8 баллов.

Чем купировать психомоторное возбуждение?

Сначала обеспечивают безопасность и при RASS более 1 используют мягкую фиксацию под постоянным наблюдением. Медикаментозно применяют диазепам** 5–10 мг внутривенно медленно, галоперидол** 5 мг внутримышечно взрослым или дроперидол** 5–10 мг внутримышечно взрослым и детям старше 3 лет.

Какова схема активированного угля при тяжелом отравлении?

При тяжелом отравлении с подозрением на сочетанное отравление психотропными средствами назначают 1 г/кг однократно, затем по 0,5 г/кг каждые 4–6 часов в течение 12–24 часов.

Как заподозрить отравление ГОМК, если токсикологическое исследование затруднено?

Токсикологические исследования при отравлении ГОМК практически трудно провести из-за быстрого метаболизма и эндогенного образования вещества. Клинически важны угнетение сознания и дыхания, миоз, брадикардия, гипотермия и возможное чередование комы с выраженным психомоторным возбуждением.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/879-otravleniya-proizvodnym-amfetamina-sinteticheskimi-katinonami-i. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/879_1