Отравление психотропными средствами, не классифицированное в других рубриках

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: T43 · Межрегиональная благотворительная общественная организация "Ассоциация клинических токсикологов", Общероссийская общественная организация «Российское общество скорой медицинской помощи»

Острое отравление психотропными средствами возникает после приема высоких доз препаратов, нарушающих физиологические функции и создающих угрозу жизни. Рекомендация посвящена распознаванию токсических синдромов, оценке тяжести, поддержанию жизненно важных функций и специфической детоксикации у пациентов с подозрением на такое отравление.

Главное

- Тяжесть оценивают по фактическим клиническим проявлениям поражения органов и систем, а не по предполагаемому количеству принятого вещества или его концентрации в сыворотке.
- После отравления антидепрессантами симптомы часто появляются через 2–3 часа; исходно минимальные проявления могут быстро смениться тяжелыми нарушениями со стороны центральной нервной и сердечно-сосудистой систем, включая нарушения сознания и судороги.
- При отравлении ТЦА расширение QRS более 120 мс является предвестником жизнеопасных нарушений сердечного ритма и маркером неврологических осложнений; при расширении QRS до 160 мс риск желудочковых аритмий увеличивается до 50%. Если в первые 6 часов QRS не превышает 100 мс, риск аритмий и судорог считается минимальным.
- При сочетании СИОЗС с иМАО, иМАО-А или наркотическими анальгетиками возможен серотониновый синдром: возбуждение, миоклонус, гиперрефлексия, тремор, потливость, диарея, ригидность и гипертермия.
- Для отравления нейролептиками характерны угнетение сознания, холинолитический и α-адренолитический синдромы, расширение QRS, удлинение QT, пируэтная тахикардия и экстрапирамидные нарушения; злокачественный нейролептический синдром проявляется ригидностью, гипертермией и вегетативной нестабильностью.
- При интоксикации литием сначала обычно возникают рвота, диарея и боли в животе, позднее — тремор, гиперрефлексия, атаксия, нарушения сознания и судороги; необходимо контролировать электролиты и мочевину крови.
- Психостимуляторное отравление сопровождается возбуждением, галлюцинациями, гипертензией, тахикардией, мидриазом, гипертермией, судорогами, аритмиями и ишемией миокарда; возможны метаболический ацидоз и рабдомиолиз.

Диагностика

1. На догоспитальном этапе врач или фельдшер осматривает пациента, собирает жалобы и анамнез, уточняет препарат, время, дозу и цель приема, а также осматривает место происшествия на наличие упаковок, рецептов и суицидальных записок. УДД 5, УУР С.
2. В стационаре первичный осмотр токсикологом и/или анестезиологом-реаниматологом проводят не позднее 10 минут после поступления; дополнительно необходим первичный осмотр психиатра. УДД 5, УУР С.
3. Оценивают сознание по шкале Глазго, наличие нистагма и тремора, сохранность тактильной и болевой чувствительности, статическую и динамическую координацию, возбуждение или седацию по RASS, зрачки, кожу и слизистые, дыхание и сатурацию, пульс и артериальное давление, функцию ЖКТ и мочеиспускание. УДД 5, УУР С.
4. Психоактивные вещества в моче определяют не позднее 24 часов от момента поступления в стационар; для подтверждения диагноза и идентификации токсиканта используют ГХ-МС или ВЭЖХ-МС. При использовании ИХА положительный результат может быть ложным из-за перекрестной чувствительности и требует верификации. УДД 5, УУР С.
5. Выполняют общий анализ крови, общий анализ мочи и биохимию крови с билирубином, общим белком, АЛТ, АСТ, КФК, мочевиной, креатинином и глюкозой. При дыхательной или сердечно-сосудистой

недостаточности либо поражении почек дополнительно исследуют калий, натрий, кислотно-основное состояние и газы крови. УДД 5, УУР С.

6. ЭКГ с расшифровкой выполняют всем пациентам; при тяжелом отравлении с ШКГ менее 13 проводят мониторинг ЭКГ, частоты сердечных сокращений, пульса и артериального давления. УДД 5, УУР С.
7. При коме исключают травму и инсульт, другие нейротропные яды, инфекции ЦНС, опухолевое и туберкулезное поражение мозга и метаболические комы; при травмах или доставке с улицы выполняют рентгенографию черепа или КТ мозга. УДД 5, УУР С.

Лечение

- При нарушении дыхания и гемодинамики немедленно восстанавливают проходимость дыхательных путей, газообмен и вентиляцию, обеспечивают венозный доступ, проводят инфузионную и при необходимости вазопрессорную терапию. УДД 5, УУР С.
- 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 ШКГ ≤8 баллов. УДД 5, УУР С.
- Для улучшения сократительной функции миокарда применяют допамин: скорость инфузии обычно составляет 2,5–10 мкг/кг/мин, при необходимости ее увеличивают до 20 мкг/кг/мин; прекращение введения проводят постепенно, снижая скорость до 5 мкг/кг/мин в течение часа. УДД 5, УУР С.
- Промывание желудка выполняют через зонд; при глубоком угнетении сознания перед промыванием интубируют трахею. Активированный уголь назначают в нагрузочной дозе 1 г/кг, затем по 0,5 г/кг каждые 4–6 часов в течение 12–24 часов. При отравлении литием кишечные адсорбенты нецелесообразны. УДД 5, УУР С.
- При желудочковых аритмиях и расширении QRS более 0,1 с вводят 4% раствор натрия гидрокарбоната по 1–2 ммоль/кг повторно до достижения pH 7,5; после нормализации ЭКГ его продолжают еще 12–24 часа. При устойчивой желудочковой аритмии назначают лидокаин внутривенно 1–2 мг/кг. УДД 5, УУР С.
- При центральном антихолинергическом синдроме тяжелой степени вводят галантамин 1 мл 0,5% раствора внутривенно или подкожно; при необходимости повторяют через 3–5 часов. Препарат не применяют при брадикардии, замедлении проводимости и QRS более 0,12 с. УДД 5, УУР С.
- При психомоторном возбуждении используют диазепам, а также галоперидол или дроперидол в средних дозах; при психомоторном возбуждении или судорожном синдроме при неэффективности диазепама тиопентал натрия вводят по 300–500 мг внутривенно и дополнительно внутримышечно до 1000 мг/сут. При резко выраженном судорожном синдроме с нарушением дыхания необходимы интубация, миорелаксация и ИВЛ. УДД 5, УУР С.
- При отравлении литием проводят инфузию натрия хлорида со скоростью в 1,5–2 раза выше поддерживающей; гемодиализ показан при тяжелых неврологических нарушениях, при концентрации лития более 4 ммоль/л при остром отравлении или более 2,5 ммоль/л при хроническом отравлении. УДД 5, УУР С.

Когда направить и как наблюдать

- Всех пациентов целесообразно госпитализировать в специализированный центр острых отравлений. При отсутствии такого центра пациентов с тяжелым отравлением и осложнениями, особенно с нарушением витальных функций, целесообразно госпитализировать в ОРИТ, где есть возможность проведения гемодиализа или гемосорбции. УДД 5, УУР С.
- При средней и тяжелой степени пациента госпитализируют в ОРИТ до окончания детоксикационных мероприятий и стабилизации состояния. УДД 5, УУР С.
- Выписка возможна после восстановления сознания, самостоятельного дыхания и гемодинамики, а также нормализации показателей гомеостаза.
- После отравления необходим повторный осмотр психиатра для решения вопроса о дальнейшем наблюдении и лечении в психоневрологическом диспансере при выявлении психиатрических заболеваний. УДД 5, УУР С.

Частые вопросы

Когда при подозрении на отравление ТЦА нужно вводить натрия гидрокарбонат?

При желудочковых аритмиях и расширении QRS более 0,1 с вводят 4% раствор натрия гидрокарбоната по 1–2 ммоль/кг повторно до pH 7,5. После нормализации ЭКГ введение продолжают еще 12–24 часа.

Как отличить серотониновый синдром от злокачественного нейролептического синдрома?

Серотониновый синдром обычно развивается через несколько часов после приема серотонинергических средств и чаще сопровождается тремором, гиперрефлексией, миоклонусом и диареей. Злокачественный нейролептический синдром связан с дофаминолитическими препаратами, развивается от нескольких дней до недель и характеризуется выраженной ригидностью и брадикинезией.

Какие критерии требуют ИВЛ при психотропном отравлении?

ИВЛ проводят при патологических ритмах дыхания, $PaCO_2$ ≤25 или ≥50–55 мм рт. ст. при спонтанном дыхании, а также при коме с ШКГ ≤8 баллов. Цель — коррекция гипоксии и поддержание вентиляции.

Когда при отравлении литием нужен гемодиализ?

Гемодиализ проводят при тяжелых неврологических нарушениях, включая угнетение сознания, при концентрации лития более 4 ммоль/л при остром отравлении и более 2,5 ммоль/л при хроническом отравлении. Диализирующий раствор должен содержать бикарбонат, а не ацетат.

Когда экстракорпоральная детоксикация показана при тяжелом отравлении амитриптилином?

Плазмаферез или гемосорбция показаны при приеме более 0,5 г с клиникой тяжелого отравления в первые двое суток, при тяжелой клинике и выявлении яда в крови или моче либо при концентрации более 1 мкг/мл. Обычно процедуру проводят при отсутствии улучшения в течение 6 часов полноценного лечения, но при ухудшении состояния начинают раньше.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/880-otravlenie-psihotropnymi-sredstvami-ne-klassificirovannoe-v-drugih. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/880_1