ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ДРУГИХ ЯДОВИТЫХ ВЕЩЕСТВ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В СЪЕДЕННЫХ, ГРИБАХ (НЕ ВКЛЮЧЕНЫ ГРИБЫ ПСИХОДИСЛЕПТИКИ [ГАЛЛЮЦИНОГЕНЫ])

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: T62.0 · Межрегиональная благотворительная общественная организация "Ассоциация клинических токсикологов", Общероссийская общественная организация «Российское общество скорой медицинской помощи»

Это острое отравление токсинами, содержащимися в съеденных грибах; оно может поражать желудочно-кишечный тракт, печень, почки, нервную и сердечно-сосудистую системы. Диагностика основывается на факте употребления грибов, токсикологическом анамнезе, клинических симптомах и синдромах; лечение включает удаление токсинов, поддержание жизненно важных функций и выявление отсроченного поражения печени или почек.

Главное

- Около 95% отравлений связаны с ошибочной идентификацией съедобных и ядовитых грибов; дополнительными причинами бывают неправильная кулинарная обработка, загрязнение грибов токсикантами и сочетание навозников с алкоголем.
- Короткий латентный период характерен для говорушек, волоконниц и некоторых мухоморов; длительный — для бледной поганки, строчков, сморчков и паутинников.
- При фаллоидиновом синдроме сначала возникают гастроэнтерит и водно-электролитные нарушения, затем после периода мнимого благополучия — выраженные нарушения функций печени и почек; латентный период составляет до 6–36 часов.
- Для орелланинового синдрома типичны латентный период 36 часов–10–17 суток, боли в пояснице, острое почечное повреждение и минимальное поражение печени; восстановление может занимать несколько месяцев с возможным переходом в хроническую почечную недостаточность.
- Тяжесть оценивают по клиническим проявлениям поражения органов и систем, включая ЖКТ, дыхание, нервную и сердечно-сосудистую системы, метаболические нарушения, печень, почки и кровь; используется Poisoning Severity Score.
- Всех пациентов с токсическим действием грибных ядов целесообразно госпитализировать в специализированный центр острых отравлений; при тяжелом течении и нарушении витальных функций нужна реанимационная помощь.

Диагностика

1. Уточнить факт употребления грибов, время приема, вид или предполагаемый вид гриба и наличие других пострадавших; осмотреть оставшиеся грибы, рвотные массы и промывные воды. Если пациент не может сообщить сведения, диагноз устанавливают по клиническому синдрому.
2. Сопоставить время появления симптомов с возможным синдромом: 15 минут–2 часа типичны для мускаринового синдрома, 20–30 минут — для копринового при одновременном употреблении алкоголя, 6–36 часов — для фаллоидинового, 36 часов–10–17 суток — для орелланинового.
3. Провести первичный осмотр: оценить кожу, слизистые и зрачки, сознание и неврологический статус, дыхание с пульсоксиметрией, пульс и артериальное давление, признаки гастроэнтерита, гиповолемии, поражения печени и мочевыделительной системы. Осмотр токсикологом или анестезиологом-реаниматологом в стационаре — не позднее 10 минут от поступления.
4. Назначить общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови с калием и натрием; при поражении печени исследовать фибриноген, МНО, протромбиновое время и АЧТВ. Общий анализ мочи помогает выявить гемолиз и гемоглобинурийный нефроз при гиромитриновом синдроме.
5. При тяжелом отравлении исследовать кислотно-основное состояние, газы крови и электролиты — калий, натрий, хлориды и общий кальций; определить группу крови АВ0 и резус-фактор. При средней и тяжелой степени провести дифференциальную диагностику вирусных гепатитов В и С.

6. Зарегистрировать ЭКГ всем пациентам; при средней и тяжелой степени выполнить рентгенографию легких или КТ грудной клетки и УЗИ органов брюшной полости, печени, почек и поджелудочной железы. Инструментальные исследования не уточняют сам факт грибного отравления, но выявляют осложнения.

Лечение

- Провести промывание желудка всем пациентам. При угнетении сознания перед промыванием показана интубация трахеи; разовая порция воды составляет 250 мл у взрослых и 10 мл/кг у детей, но не более 250 мл.
- Проводить многократную энтеросорбцию активированным углем: взрослым 30–50 г, детям 0,5–1,0 г/кг каждые 4 часа не менее 3 суток после употребления грибов. Рекомендованы кишечный лаваж по клиническим показаниям и при возможности проведения метода в медицинской организации, а также форсированный диурез.
- При тяжелом отравлении экстракорпоральная детоксикация показана при соответствующем анамнезе и тяжелой клинико-лабораторной картине, наличии токсиканта в крови или моче вместе с тяжелым отравлением либо токсической концентрации яда. Для аманитинов гемосорбция показана в течение первых 36 часов.
- При мускариновом синдроме вводить атропин внутривенно медленно: взрослым 1–2 мг, детям 0,02–0,05 мг/кг; при необходимости повторять до исчезновения симптомов. При гиромитриновом синдроме с судорогами назначать пиридоксин в суточной дозе 25 мг/кг. Уровень доказательности 5, УУР С.
- При отравлении аманитинсодержащими грибами применять бензилпенициллин: в первый день 1 млн ЕД/кг/сут внутривенно или внутримышечно за 4–6 введений, следующие два дня — 300 000–500 000 ЕД/кг/сут. При печеночной недостаточности использовать ацетилцистеин по внутривенной 21-часовой или пероральной 72-часовой схеме; взрослая внутривенная схема включает 150 мг/кг, затем 50 мг/кг и 100 мг/кг.
- Для коррекции гиповолемии, электролитных и кислотно-основных нарушений проводить инфузионную терапию под контролем гемодинамики, электролитов, гематокрита и диуреза; при гастроэнтерите возможны пероральные солевые растворы. При метаболическом ацидозе вводить натрия гидрокарбонат, поддерживая реакцию мочи выше pH 6,0.
- Лактулозу применять при признаках поражения печени, в том числе у взрослых для лечения и профилактики печеночной комы или прекомы; орнитин — при печеночной энцефалопатии. Рифаксимин назначать пациентам 12 лет и старше при печеночной недостаточности с печеночной энцефалопатией. При острой почечной недостаточности проводить гемодиализ; при тяжелой печеночной недостаточности рекомендованы МАРС и трансплантация печени по показаниям.
- При нарушении дыхания или гемодинамики восстановить проходимость дыхательных путей, газообмен и кровообращение. ИВЛ показана при патологических ритмах дыхания, $PaCO_2$ ≤25 или ≥50–55 мм рт. ст. при спонтанном дыхании либо коме по шкале Глазго ≤8 баллов; при рефрактерной к инфузии гипотонии применяют адренергические и дофаминергические средства.

Когда направить и как наблюдать

- Всех пострадавших целесообразно госпитализировать в специализированный центр острых отравлений, а при его отсутствии — в профильное отделение медицинской организации.
- В ОРИТ госпитализировать пациентов с тяжелым отравлением, судорогами, отеком-набуханием мозга, дыхательными нарушениями, нарушениями кислотно-основного или водно-электролитного баланса, кардиогемодинамическими расстройствами, острым почечным повреждением или гепатопатией II–III степени.
- Экстренно переводить в реанимацию при уровне сознания по шкале Глазго менее 9 баллов, а также при дыхательной, сердечно-сосудистой или печеночной недостаточности, остром почечном повреждении и нарушениях кислотно-основного или водно-электролитного баланса.
- Выписка возможна после восстановления сознания и жизненно важных функций при отсутствии осложнений и синдрома зависимости; при синдроме зависимости пациенту рекомендуют обратиться к врачу-психиатру-наркологу.

Частые вопросы

Можно ли исключить тяжелое отравление, если после рвоты и диареи пациенту стало лучше?

Нет. При фаллоидиновом синдроме после гастроэнтерита возможен период мнимого благополучия продолжительностью 1–2 дня, после которого развиваются поражения печени и почек. Нужны наблюдение и лабораторный контроль.

Какие признаки указывают на фаллоидиновый синдром?

Характерны латентный период до 6–36 часов, выраженный гастроэнтерит с водянистой диареей, гиповолемия и электролитные нарушения, затем мнимое благополучие и нарастающее поражение печени и почек.

Когда думать об орелланиновом отравлении?

При отсроченном начале через 36 часов–10–17 суток, гипертермии, слабости, болях в пояснице, жажде, олигурии, протеинурии и отеках. Для него характерно преимущественное поражение почек при относительно небольшом поражении печени.

Как лечить мускариновый синдром?

При гиперсекреции, миозе, брадикардии, бронхорее или бронхоспазме вводят атропин внутривенно медленно: взрослым 1–2 мг, детям 0,02–0,05 мг/кг. При необходимости введение повторяют до исчезновения симптомов.

Когда нужна трансплантация печени при отравлении бледной поганкой?

Ее рассматривают при отсутствии эффекта интенсивной терапии за 48–72 часа и отрицательной динамике: протромбиновый индекс ниже 20%, время кровотечения более 100 секунд, гипофибриногенемия, высокая гипербилирубинемия или гиперферментемия, гипераммониемия, метаболический ацидоз, гипогликемия или гипофосфатемия. Эффективность выше до развития полиорганной недостаточности и отека мозга.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/926-toksicheskoe-dejstvie-drugih-yadovityh-veshchestv-soderzhashchihsya-v. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/926_1