Токсические и метаболические поражения нервной системы

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: E51.2, G31.2, G62.0, G62.1, G62.2, G63.2, G63.3, G63.8 · Российская ассоциация эндокринологов, Всероссийское общество неврологов, Общественная организация "Российское общество психиатров"

Токсические и метаболические поражения нервной системы включают энцефалопатии и полинейропатии с поражением ЦНС и/или ПНС. Главное в практике — быстро распознать жизнеугрожающие и обратимые причины, прежде всего гипогликемию и энцефалопатию Вернике, оценить дыхание/сознание, подтвердить этиологию лабораторно и начать этиотропную коррекцию.

Главное

- Диагноз в большинстве случаев ставят по клинике, анамнезу токсического или метаболического воздействия и, при необходимости, лабораторному или инструментальному подтверждению; единых критериев для большинства состояний нет.
- Энцефалопатия Вернике — угрожающее жизни состояние при дефиците тиамина; лечение начинают немедленно при клиническом подозрении, не дожидаясь анализа уровня тиамина. УУР С, УДД 4.
- Для диагностики энцефалопатии Вернике у пациентов с алкогольной зависимостью достаточно 2 из 4 признаков: недостаточное питание, глазодвигательные нарушения, нарушения равновесия, нарушение сознания или умеренное когнитивное снижение. УУР С, УДД 5.
- При метаболической энцефалопатии в экстренном порядке исключают гипогликемию и энцефалопатию Вернике, так как оба состояния жизнеугрожающие и требуют срочной коррекции.
- При токсическом или метаболическом поражении всем пациентам оценивают неврологический статус, уровень сознания по FOUR и шкале комы Глазго, проходимость дыхательных путей, дыхание и кровообращение. УУР С, УДД 5.
- Диабетическая полинейропатия может долго протекать бессимптомно; ранние симптомы — боль, жжение, покалывание в стопах, затем онемение, потеря вибрационной чувствительности, проприоцепции и защитной чувствительности с риском диабетической стопы.
- При RCVS типична внезапная «громоподобная» головная боль с максимумом за 1 минуту; у трети пациентов возможны судороги и/или очаговый неврологический дефицит.

Диагностика

1. Диагностика основана на клинических проявлениях, установлении факта токсического или метаболического повреждения нервной системы в анамнезе и, при необходимости, лабораторном или инструментальном подтверждении.
2. Проведите неврологический осмотр: общемозговые симптомы, очаговый дефицит, двигательные, чувствительные и вегетативные нарушения; уровень сознания оцените по FOUR и ШКГ. УУР С, УДД 5.
3. Оцените когнитивные функции; для скрининга указаны MMSE и MoCA. УУР С, УДД 3.
4. Базовые анализы: развернутый ОАК; биохимия крови с глюкозой, мочевиной, креатинином, АЛТ, АСТ; натрий и общий кальций; коагулограмма. УУР С, УДД 5.
5. По показаниям добавьте газы и КОС крови при дыхательной недостаточности, аммиак при неясном диагнозе в первые часы, витамины B1, B9, B12, C, PP при неустановленном диагнозе, токсикологические исследования крови/мочи при подозрении на отравление. УУР С, УДД 5.
6. При диагностических сомнениях показано проведение нейровизуализации для исключения других заболеваний со сходной клинической картиной; МРТ является приоритетным методом лучевой диагностики, при отсутствии возможности её выполнения — КТ.
7. При клинике полинейропатии используйте стимуляционную ЭНМГ для подтверждения невралного уровня поражения, распространенности и типа поражения толстых миелинизированных волокон; метод неинформативен при изолированном поражении тонких сенсорных волокон. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Вне стационара при остром токсическом поражении показана эвакуация в многопрофильный стационар, специализирующийся на острых отравлениях. УУР С, УДД 5.
- При снижении бодрствования и/или острой дыхательной недостаточности обеспечьте проходимость дыхательных путей и проводите ИВЛ. УУР С, УДД 5.
- При коме неясной причины: декстроза 40% 0,5–1 г/кг в/в, флумазенил 0,3 мг в/в, тиамин 100 мг в/в; при брадипноэ и миозе — налоксон 0,4 мг в/в с повышением дозы до 2 мг. УУР С, УДД 5.
- Энцефалопатия Вернике: тиамин 1000 мг/сут в/в 4–7 дней, затем внутрь 100–1000 мг/сут 30 дней; начинать сразу при подозрении. УУР С, УДД 4.
- Алкогольная энцефалопатия с симптомами поражения нервной системы: тиамин в/в до 900 мг/сут 3 суток. УУР С, УДД 4.
- Психомоторное возбуждение при отравлении психотропными веществами: диазепам 5–10 мг медленно в/в, затем 0,03–0,10 мг/кг каждые 0,5–6 ч; возможны галоперидол 5 мг в/м с повтором через час, максимум 20 мг/сут, или дроперидол 5–10 мг в/м. УУР С, УДД 5.
- Диабетическая полинейропатия: базовая цель — достижение и поддержание индивидуальных целевых показателей углеводного обмена. УУР С, УДД 5.
- Болевая диабетическая полинейропатия: применяют прегабалин 150–600 мг/сут, габапентин 300–3600 мг/сут, карбамазепин 200–800 мг/сут, амитриптилин 5–150 мг/сут, дулоксетин 60–120 мг/сут, трамадол 100–400 мг/сут, тапентадол 100–600 мг/сут, лидокаин местно.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренная госпитализация: изменение уровня сознания при токсическом или метаболическом поражении нервной системы.
- Экстренная госпитализация: лихорадка, общемозговые и менингеальные симптомы на фоне токсического или метаболического поражения.
- Экстренная госпитализация: нарастающая неврологическая симптоматика.
- Плановая госпитализация: необходимость комплексного обследования для установления диагноза или ограничение передвижения пациента.
- После выписки пациентам с пагубным употреблением алкоголя/СЗА или острой интоксикацией/отравлением нужен прием психиатра-нарколога; при отсутствии защитной чувствительности стоп — направление в кабинет диабетической стопы.

Частые вопросы

Нужно ли ждать уровень тиамина перед лечением энцефалопатии Вернике?

Нет. При симптомах энцефалопатии Вернике лечение тиамином начинают по клиническим данным без лабораторного подтверждения, потому что состояние угрожает жизни. УУР С, УДД 4.

Какие критерии энцефалопатии Вернике использовать у пациента с алкоголизацией?

Диагноз поддерживают 2 из 4 признаков: недостаточное питание, глазодвигательные нарушения, нарушения равновесия, нарушение сознания или умеренное когнитивное снижение. Чувствительность этих критериев указана как 85%. УУР С, УДД 5.

Когда делать ЭЭГ при метаболической энцефалопатии?

ЭЭГ с нагрузочными пробами показана при подозрении на бессудорожный эпилептический статус. После острого симптоматического приступа с полным восстановлением сознания ЭЭГ не нужна. УУР С, УДД 5.

Чем подтвердить диабетическую полинейропатию на осмотре?

Оценивают температурную, тактильную и вибрационную чувствительность, включая камертон 128 Гц; можно использовать NSS, MNSI и DN4. Для Ipswich Touch Test отсутствие чувствительности более чем при 2 прикосновениях указывает на диабетическую ПНП.

Что делать при лекарственной полинейропатии?

Нужно оценить и обсудить с пациентом снижение дозы, прекращение лечения или замену препарата на вариант без нейротоксичности, если это клинически возможно. УУР С, УДД 5.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/998-toksicheskie-i-metabolicheskie-porazheniya-nervnoj-sistemy. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/998_1