

Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению острой интоксикации, вызванной употреблением психоактивных веществ

2014

Коллектив авторов

Агибалова Татьяна Васильевна	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, доктор медицинских наук
Альтшулер Владимир Борисович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор
Винникова Мария Алексеевна	Заместитель директора ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор
Козырева Анастасия Вадимовна	Заведующий клиническим отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Кравченко Сергей Леонидович	Ведущий научный сотрудник научно-исследовательского отделения ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Ненастьева Анна Юрьевна	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, кандидат медицинских наук
Уткин Сергей Ионович	Заведующий научно-исследовательским отделением ФГБУ ННЦ наркологии МЗ РФ, кандидат медицинских наук

Оглавление

1. Методология.....	4
2. Определение и принципы диагностики.....	6
3. Этиология и патогенез острой интоксикации.....	9
4. Диагностика заболевания.....	9
5. Клиническая диагностика острой интоксикации	10
5.1. Острая интоксикация, вызванная употреблением алкоголя	10
5.2. Острая интоксикация, вызванная употреблением опиоидов	12
5.3. Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиноидов.....	12
5.4. Острая интоксикация, вызванная употреблением седативных и снотворных средств	13
5.5. Острая интоксикация, вызванная употреблением кокаина.....	14
5.6. Острая интоксикация, вызванная употреблением других стимуляторов , включая кофеин	14
5.7. Острая интоксикация, вызванная употреблением галлюциногенов.....	15
5.8. Острая интоксикация, вызванная употреблением никотина	16
5.9. Острая интоксикация, вызванная употреблением летучих растворителей.....	17
5.10. Острая интоксикация, вызванная сочетанным употреблением ПАВ.....	17
6. Терапия острой интоксикации.....	17
6.1. Поддержание жизненно важных функций организма	18
6.2. Детоксикация.....	18
6.3. Фармакотерапия соматоневрологических последствий острой интоксикации ПАВ.....	19
6.4. Психотерапия	19
7. Прогноз.	19

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 5 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (Таблица 1):

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу, вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований, и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций. Был

использован вопросник MERGE, разработанный Департаментом здравоохранения Нового Южного Уэльса. Этот вопросник предназначен для детальной оценки и адаптации в соответствии с требованиями Российского Респираторного Общества (РРО) для соблюдения оптимального баланса между методологической строгостью и возможностью практического применения.

На процессе оценки несомненно может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств:

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (таблица 2):

Сила	Описание
A	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
C	группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points - GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых терапевтов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была так же направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РРО, для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован так же независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики - good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

2. Определение и принципы диагностики.

Таблица 3. Формализация диагноза по МКБ-10

F10.0	Острая интоксикация, вызванная употреблением алкоголя
F11.0	Острая интоксикация, вызванная употреблением опиоидов
F12.0	Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиоидов
F13.0	Острая интоксикация, вызванная употреблением седативных или снотворных веществ (F13.-Т; F13.-Н)
F14.0	Острая интоксикация, вызванная употреблением кокаина
F15.0	Острая интоксикация, вызванная употреблением других стимуляторов, включая кофеин (F15.-Т; F15.-Н)
F16.0	Острая интоксикация, вызванная употреблением галлюциногенов (F16.-Т; F16.-Н)
F17.0	Острая интоксикация, вызванная употреблением никотина

F18.0	Острая интоксикация, вызванная употреблением летучих растворителей
F19.0	Острая интоксикация, вызванная одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ (F19.-Т; F19.-Н)

В адаптированном для России варианте МКБ-10 используется 7 знаков, которые позволяют формализовать диагноз обнаруженного у больного расстройства. В данной главе акцент сделан на тех диагностических вопросах, связанных с диагностикой заболевания, которые чаще всего возникают в рутинной практике у врача психиатра-нарколога.

1. Диагностические группы различаются по психоактивному веществу (ПАВ) или группе веществ, вследствие употребления которых развиваются психические и поведенческие расстройства вследствие употребления:

- F 10...алкоголя
- F 11...опиоидов
- F 12...каннабиноидов
- F 13...седативных или снотворных средств
- F 14...кокаина
- F 15...психостимуляторов, включая кофеин
- F 16...галлюциногенов
- F 17...табака
- F 18...летучих растворителей
- F 19...сочетанного нескольких ПАВ

2. Заключение об употребляемом веществе делается по субъективным и/или объективным данным.

3. В случае употребления больным более чем одного вещества диагноз устанавливается по веществу (или классу веществ), которое употреблялось наиболее часто.

4. В случае хаотичного приема веществ, когда последствия употребления клинически не делимы, применяется код F 19.

Важно помнить, что диагноз «Наркомания» устанавливается только в том случае, если ПАВ включено в официальный «Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации. (Список 1,2,3)». То есть, в случаях зависимости от седативных или снотворных веществ F13, стимуляторов F15, галлюциногенов F16, летучих растворителей F18, употребления нескольких седативных веществ F19 в коде психические расстройства ставится русская буква «Н».

В противном случае расстройство квалифицируется как «токсикомания» и ставится русская буква «Т»; данные буквы устанавливаются в конце шифра (**таблица 3**).

Таблица 4: Диагностика острой интоксикации: F 1x.0 третья цифра (четвертый знак) «0»

1	определение	Преходящее состояние, состоящее в причинно-следственной связи с приемом психоактивного вещества, и незначительно разделенное во времени с приемом психоактивного вещества, заключающееся в расстройствах сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения или других психофизиологических функций и реакций, статики, координации движений, вегетативных и других функций.
----------	-------------	--

		<p>Включаются: Острые патологические состояния, вызванные употреблением психоактивного вещества.</p> <p>Исключаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами (Т36-Т50) - Токсическое действие веществ, преимущественно немедицинского назначения (Т51-Т65) - Преднамеренное самоповреждение (Х60-Х84)
2	диагностические критерии	<ul style="list-style-type: none"> - Наличие специфических признаков интоксикации психоактивным веществом в сочетании с клинически значимыми нарушениями уровня сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоционального состояния или поведения - Наличие достоверных анамнестических данных о недавнем факте употребления психоактивного вещества - Присутствие психоактивного вещества в биологических средах пациента, подтвержденное лабораторным исследованием
3	уточнения	<p>Характер острой интоксикации уточняется пятым знаком:</p> <p>F1x.00x Острая интоксикация неосложненная Симптомы различной тяжести, зависящие от дозы.</p> <p>F1x.01x Острая интоксикация с травмой или другим телесным повреждением Данный код используется в случаях, когда не телесные повреждения, а острая интоксикация психоактивным веществом стала причиной обращения за медицинской помощью.</p> <p>F1x.02x Острая интоксикация с другими медицинскими осложнениями Включаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> — острая интоксикация психоактивными веществами, осложненная рвотой с кровью; — острая интоксикация психоактивными веществами, осложненная аспирацией рвотных масс. <p>F1x.03x Острая интоксикация с делирием F1x.04x Острая интоксикация с нарушением восприятия Исключаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> — острая интоксикация психоактивными веществами с делирием (F1x.03x). <p>F1x.05x Острая интоксикация с комой F1x.06x Острая интоксикация с судорогами F1x.07x Патологическое опьянение Применимо только для случая употребления алкоголя (F10.07). F1x.08x Острая интоксикация с другими осложнениями F1x.09x Острая интоксикация с неуточненными осложнениями</p>

		Включается: — острая интоксикация психоактивными веществами с осложнением БДУ.
4	пример диагноза	F10.012 Острая интоксикация, вызванная употреблением алкоголя, осложненная резаной раной правой кисти. Средняя степень. F13.053Т Острая интоксикация, вызванная употреблением седативных или снотворных средств с комой. Тяжелая степень. Токсикомания (Фенобарбитал) F16.023 Острая интоксикация, вызванная употреблением летучих растворителей, осложненная аспирацией рвотных масс. Тяжелая степень.

3. Этиология и патогенез острой интоксикации

Факторы	Описание
Биологические факторы	Причиной острой интоксикации является поступление в организм, чаще всего самостоятельный прием психоактивного вещества в количестве, достаточном для возникновения симптомов острой интоксикации. Патогенез острой интоксикации зависит от вида психоактивного вещества. В общем случае наблюдающиеся расстройства связаны с нарушением обмена нейромедиаторов в ЦНС под действием психоактивного вещества, однако при интоксикации высокими дозами на первый план выходят токсические эффекты, выражающиеся в угнетении психоактивным веществом сознания, сосудодвигательного и дыхательного центров, миокарда и других жизненно важных органов. Следует также учитывать и наличие в субстанциях, которыми злоупотребляют зависимые субъекты, токсичных примесей, всегда содержащихся в суррогатном алкоголе, уличных наркотиках.

4. Диагностика заболевания

Диагноз устанавливается путем сбора анамнеза: необходимо выяснить, принимал ли пациент незадолго до того, как изменилось его состояние, какие-либо психоактивные вещества; общего осмотра пациента по системам и органам последовательно, имеет значение также внешний вид больного, следует обратить внимание на все необычные запахи, исходящие от пациента, так как они могут помочь идентифицировать психоактивное вещество, вызвавшее интоксикацию; произведения других врачебных манипуляций (измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания и т.д.); клинико-психопатологического обследования; лабораторного

исследования. Степень тяжести острой интоксикации как правило находится в прямой зависимости от принятой дозы психоактивного вещества. При этом важно учитывать, что пациенты ослабленные (например с инфекционным заболеванием), с соматическими заболеваниями (например, почечной или печеночной недостаточностью), более чувствительны к внешним воздействиям, малые дозы психоактивного вещества могут оказать на них непропорционально острый интоксикационный эффект. Симптомы интоксикации не всегда отражают первичное действие вещества, например, средства, обладающие седативным действием, могут вызвать симптомы оживления или гиперактивности, а стимуляторы — уход в себя и малоподвижность. Действие же таких веществ, как галлюциногены и каннабиноиды предсказать практически невозможно. Более того, многие психоактивные вещества также производят различное действие в зависимости от различных уровней доз. Например, алкоголь в низких дозах обладает стимулирующим эффектом, с увеличением дозы он вызывает возбуждение и гиперактивность, а в больших дозах оказывает седативный эффект. Острая интоксикация — преходящее явление. Ее интенсивность со временем уменьшается, и при отсутствии дальнейшего употребления вещества ее действие прекращается. Выздоровление, поэтому, является полным, за исключением случаев, где имеется тканевое повреждение или другое осложнение.

• **Консультации специалистов:**

Врач психиатр-нарколог

Врач терапевт

Врач невролог

Врач реаниматолог

• **Лабораторные методы:**

• Общий (клинический) анализ крови

• Анализ крови биохимический общетерапевтический

• Анализ мочи общий

• Иммунохроматографическая экспресс-диагностика содержания психоактивного вещества в биологических средах (моча, слюна)

• Токсикологическое исследование биологических сред (крови, мочи, желудочного содержимого) в случае, если данные анамнеза, клинические данные не позволяют исключить факт острой интоксикации психоактивным веществом, а экспресс-тесты показывают отрицательный результат или применение их не представляется возможным

• **Инструментальные методы:**

Регистрация электрокардиограммы

5. Клиническая диагностика острой интоксикации

5.1. Острая интоксикация, вызванная употреблением алкоголя

Клиника острой алкогольной интоксикации может сильно отличаться как у разных субъектов, так и у одного и того же субъекта в зависимости от множества факторов. Так, она может зависеть от

динамики приема алкоголя (времени, в течение которого было принято общее количество спиртного), индивидуальных характеристик субъекта (возраста, национальности, пола, психического и физического состояния), характеристик спиртного (крепости, качества выпитого напитка, сочетания различных алкогольных напитков), количества и качества принятой при этом или предварительно пищи и безалкогольных напитков), температуры окружающей среды. Наконец важное значение имеет степень толерантности к алкоголю у лиц, зависимых от психоактивных веществ.

При острой интоксикации, обусловленной употреблением алкоголя, наблюдается запах алкоголя изо рта, измененное поведение, а именно расторможенность, отсутствие дистанции, агрессивность. Наблюдаются лабильность настроения, нарушение внимания, снижение способности критически оценивать свои поступки. Как правило, имеет место дискоординация движений (шаткость походки, затруднения при сохранении равновесия в положении стоя, сложности при выполнении движений, требующих точности). Также очень характерны смазанная речь, нистагм, снижение критики (например, пренебрежение опасностью с рискованными поступками). Могут наблюдаться покраснение, или напротив, бледность кожных покровов, инъектированность склер. Перечисленные признаки не всегда можно заметить при осмотре, тем более, что не достигший определенной степени тяжести алкогольной интоксикации субъект может в какой-то степени себя контролировать и пытаться скрыть степень своего опьянения.

Клинические проявления острой алкогольной интоксикации в зависимости от степени тяжести разделяют на три степени (легкую, среднюю, тяжелую). Степень тяжести острой алкогольной интоксикации, как принято считать, находится в прямой зависимости от содержания алкоголя в крови. При концентрации алкоголя в крови 0,1–0,5 ‰ нарушения отсутствуют или незначительны. Легкая степень чаще регистрируется при концентрации алкоголя от 0,5 до 1,5 ‰; опьянение средней степени — 1,5–2,5 ‰; сильное опьянение — 2,5–3 ‰; тяжелая интоксикация (отравление) алкоголем — 3–5 ‰; смертельный исход вероятен, если концентрация алкоголя в крови достигает 5–6 ‰.

Легкая степень алкогольной интоксикации. Характеризуется повышенным настроением, усилением двигательной активности, ощущением психического и физического комфорта). Может наблюдаться легкое усиление парасимпатической активности в виде уменьшения ЧСС и АД, гиперемии кожных покровов. Внешние признаки опьянения обычно полностью контролируются и управляются усилием воли.

Средняя степень алкогольной интоксикации. Поведение опьяневших постепенно становится все более вызывающим, перестает контролироваться волевым усилием. Часто наблюдается раздражительность, грубость, агрессивность, назойливость. Речевая продукция становится все более неадекватной и неконтролируемой. Утрачивается контроль и за мотивационной сферой, могут совершаться неадекватные ситуации поступки. Очень характерно заострение скрытых в трезвом состоянии индивидуальных черт характера. Движения становятся размашистыми, множественными. Походка становится шаткой, неуверенной. Характерна активизация симпатического отдела нервной системы, проявляющееся в виде учащения пульса, частоты дыхательных движений, повышение артериального давления также учащено. Сухожильные рефлексы обычно снижены, появляются нистагмоидные движения глазных яблок.

Тяжелая степень алкогольной интоксикации. Двигательная активность у субъектов с алкогольной интоксикацией в тяжелой стадии как правило ограничена, они с трудом стоят на ногах, часто падают. Нарастает физическая слабость. Речь малоразборчива: опьяневшие произносят обрывки слов и фраз, что-то монотонно бормочут, мимика бедна или отсутствует. Продуктивный речевой

контакт с таким субъектом практически невозможен. Ориентировка в месте и времени часто утрачивается. Сознание нарушено до степени комы (**F10.05x**). Могут наблюдаться рвота, икота, непроизвольное мочеиспускание. Кожа бледная, холодная, влажная. Тоны сердца глухие, наблюдается сердцебиение, пульс частый, слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление снижается. Дыхание поверхностное, учащенное, может стать патологическим. Выявляются неврологические симптомы: понижение или отсутствие конъюнктивальных, болевых рефлексов, зрачки расширены, реакция на свет слабая, наблюдается спонтанный горизонтальный нистагм. Сухожильные рефлексы снижены или отсутствуют.

Осложненные формы алкогольной интоксикации Помимо соматических осложнений (**F10.02x**) и судорожных расстройств (**F10.06x**), могут наблюдаться и психопатологические. В состоянии опьянения может развиваться делирий (**F10.03x**), (как правило у лиц с сопутствующей соматической патологией – о. панкреатит и пр.). Патологическое опьянение (**F10.07x**) наблюдается довольно редко. Это состояние представляет собой острый психоз, возникающий после употребления небольших доз алкоголя, недостаточных для того, чтобы вызвать даже легкое опьянение у большинства людей. В клинической картине преобладает сумеречное помрачение сознания с выраженными аффективными расстройствами (тревога, страх), как правило сопровождающимися галлюцинациями, транзиторным бредом, двигательным возбуждением, агрессией. Кризис завершается глубоким сном, период психоза амнезируется.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Травмы головы и гипогликемии, коматозные состояния другого генеза.
- Соматогенный психоз

5.2. Острая интоксикация, вызванная употреблением опиоидов

Легкая степень опийной интоксикации может не проявляться клинически, тем более, что, как правило это состояние характерно для лиц, зависимых от опиоидов, следовательно является привычным.

При средней степени интоксикации субъект обычно несколько заторможен, благодушен, малоподвижен. Контакту может быть доступен с трудом в силу собственных грезоподобных переживаний. Речь тихая, ответы следуют после пауз. Важное значение для диагностики опийной интоксикации имеют сомато-вегетативные и неврологические нарушения: сужение зрачка, вплоть до «точечного», бледность, характерный зуд кожных покровов, сухость слизистых оболочек, снижение артериального давления, гипотермия, уменьшение частоты сердечных сокращений, снижение защитных и сухожильных рефлексов, повышенная устойчивость к болевым раздражителям.

При тяжелой степени опийной интоксикации быстро нарастает угнетение сознания: оглушенность сменяется сопором, поверхностной, а затем глубокой комой.

Наблюдается резкое сужение зрачков ("точечные зрачки"), цианоз кожных покровов, гипотензия, брадикардия, брадипноэ, патологическое дыхание по типу Чейн-Стокса с быстрым развитием гипоксемии и гиперкапнии, апноэ.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Травмы головы и гипогликемии, коматозные состояния другого генеза.

5.3. Острая интоксикация, вызванная употреблением каннабиноидов.

Для интоксикации каннабиноидами характерны различные аффективные нарушения (как эйфория, так и депрессия или дисфория) и расстройства сознания, от легкой растерянности до полной дезориентировки. Аффект, как правило, неустойчив, характера смена полярных состояний. Очень часто интоксикация сопровождается разнообразными расстройствами восприятия: цвет окружающих предметов может становиться более насыщенным; звуки приобретать особый тембр и окраску. Характерны явления дереализации и деперсонализации. Окружающая обстановка воспринимается субъектом в интоксикации необычной, чуждой. Окружающие предметы, собственное тело могут менять размеры и форму. Могут наблюдаться иллюзии, псевдо- или истинные галлюцинации.

Мышление в интоксикации становится нелогичным, непоследовательным, бессвязным. Темп его ускорен, реже замедлен. Характерно нарушение восприятия времени: оно то ускоряется, то замедляется. Высказывания носят непоследовательный характер, осмысление происходящего нарушено. Реже мышление замедлено, «мысли застывают».

Для состояния каннабиноидной интоксикации характерно возбуждение, дурашливое поведение, сопровождающееся неудержимым смехом. Нередко возникает сексуальное возбуждение. Часто к концу опьянения появляется резко повышенный аппетит.

Важным признаком каннабиноидной интоксикации являются характерный резкий запах конопли, исходящий от субъекта. Для легкой степени интоксикации характерна гиперемия лица и склер. При нарастании степени тяжести кожные покровы становятся бледными, и, холодными, наблюдается сухость во рту, повышенный блеск глаз, мидриаз. Наблюдается тахипноэ, артериальная гипертензия, тахикардия.

При неврологическом обследовании отмечаются нарушения координации, тремор, нистагм. В тяжелых случаях наблюдается потеря кожной чувствительности, парестезии.

При тяжелой интоксикации или повышенной индивидуальной чувствительности к каннабиноидам могут развиваться психотические формы опьянения с преобладанием делириозной, онейроидной или параноидальной симптоматики.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Эндогенные психозы

5.4. Острая интоксикация, вызванная употреблением седативных и снотворных средств

Состояние интоксикации снотворными средствами в целом напоминает алкогольное опьянение, Характерными чертами являются нарастающие заторможенность, сонливость, дискоординация движений. Аффективная сфера характеризуется эмоциональной лабильностью, склонностью к «недержанию аффектов» (А.Г. Гофман, 1979). Легкая степень привычной интоксикации сначала может сопровождаться повышением настроения. Но при этом веселье, чувство симпатии к собеседнику может легко переходить в гнев, агрессию по отношению к окружающим. Двигательная активность повышается, но движения беспорядочны, некоординированы. Может усиливаться сексуальное влечение, усилиться аппетит.

Для интоксикации снотворными и седативными средствами средней и тяжелой степеней тяжести характерны грубые соматические и неврологические нарушения. Часто наблюдается гиперсаливация, гиперемия склер. Кожные покровы становятся сальными.

При нарастании степени интоксикации субъект засыпает, сон глубокий. Отмечаются брадикардия, гипотония. Зрачки расширены, реакция их на свет вялая, отмечаются нистагм, диплопия, дизартрия, снижение поверхностных рефлексов и мышечного тонуса, атаксия. Могут наблюдаться непроизвольные дефекация, мочеиспускание. При тяжелой интоксикации нарастает угнетение сознания, глубокий сон переходит в кому. Артериальное давление резко падает, пульс частый, поверхностный. Дыхание неглубокое, частое, с углублением комы становится редким, еще более поверхностным, приобретает периодичность (дыхание Чейн-Стокса). Больной резко бледнеет, температура тела падает, исчезают глубокие рефлексы.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Травмы головы и гипогликемии, коматозные состояния другого генеза.

5.5. Острая интоксикация, вызванная употреблением кокаина

Острая кокаиновая интоксикация легкой и средней степени характеризуется появлением психопатологических нарушений, в целом очень близких к гипоманиакальному состоянию: характерен подъем настроения и активности. Субъективно ощущается повышение творческих способностей, появление небывалой сообразительности, особой глубины собственных мыслей. Отмечается также улучшение самочувствия, легкость во всем теле, ощущение вседозволенности. Усиливается сексуальное влечение. Соматические нарушения сводятся к учащению сердцебиения, повышению артериального давления. Кожные покровы бледные, наблюдается характерный блеск глаз, расширение зрачков.

При тяжелой степени интоксикации кокаином развивается острый параноидный психоз, характерной особенностью которого является тактильный галлюциноз. Появляется ощущение, что по телу ползают насекомые, опьяневшие их ищут, пытаются ловить и давить, расчесывают кожу. Отмечаются необъяснимые странности поведения, например, склонность складывать в кучи различные вещи. При нарастании степени интоксикации усиливается тахикардия и артериальное давление, могут наблюдаться нарушения ритма сердца в виде тахиаритмий, мерцания предсердий, фибрилляции желудочков. Возможны спазмы сосудов, транзиторные ишемические атаки, судорожные припадки.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Травмы головы.
- Эпилепсия
- Эндогенные психозы

5.6. Острая интоксикация, вызванная употреблением других стимуляторов , включая кофеин

Интоксикация стимуляторами легкой и средней степени характеризуется эйфорией, повышением самооценки. Настроение приподнятое, бодрое, с оттенком «взвинченности», усилением интереса ко всему происходящему. Вместе с тем возможна быстрая смена эмоциональных переживаний с появлением раздражительности, настороженности, конфликтности, в отдельных случаях

воинственности, агрессивности. В некоторых случаях возникает ощущение ускоренного течения времени. Обостряется слуховое и зрительное восприятие. Усиление внимания сочетается с повышенной отвлекаемостью. Характерны повышение общительности, двигательное возбуждение, чаще всего непродуктивное. Повышается сексуальное влечение, улучшается способность к запоминанию. Стимуляторы подавляют аппетит и потребность в сне.

При приеме кустарно приготовленного эфедрона часто возникает чувство легкости, потери собственного веса.

При злоупотреблении кустарно приготовленным первитином сознание в момент опьянения как правило сужается. Аффект лабилен, состояние эйфории может быстро смениться подозрительностью, тревогой, настороженностью. После приема самодельного первитина может развиваться бредоподобное состояние с идеями наличия особых способностей, например предугадывать события, читать мысли других людей, управлять ими на расстоянии.

Интоксикация стимуляторами сопровождается соматовегетативными расстройствами в виде бледности кожных покровов, сухости слизистых, тахикардии, повышения артериального давления. При неврологическом осмотре выявляются широкие зрачки с ослабленной реакцией на свет, мышечный тремор, стереотипные движения губ и языка.

При тяжелой степени интоксикации могут развиваться острые параноидные психозы, делирий, онейроид. При тяжелой интоксикации первитином могут развиваться маниакальные или маниакально-бредовые состояния, реже наблюдаются острый вербальный галлюциноз и бред ревности. В соматоневрологической сфере при тяжелой интоксикации нарастает тахикардия и артериальное давление, могут наблюдаться нарушения ритма сердца. Могут наблюдаться тошнота, рвота, головная боль. Возможны судорожные припадки.

Злоупотребление кофеином чаще встречается в форме употребления т.н. чифиря - напитка, приготовленного путем длительного кипячения большого количества чая - 100-150 г в небольшом количестве (200-300 г) воды. Острая кофеиновая интоксикация по клинической структуре близка к гипоманиакальному состоянию. Наблюдается подъем настроения, восприятие становится более ярким, образным, темп мышления ускоряется, возрастает общительность, речевая активность. Может усиливаться сексуальная активность..

Соматоневрологические нарушения при тяжелой кофеиновой интоксикации представлены головокружением, тахикардией, экстрасистолией, относительно небольшим повышением артериального давления, увеличением диуреза. Возможны жалобы на головную боль, при осмотре наблюдается тремор, оживление рефлексов, повышение болевой чувствительности.

При тяжелой интоксикации кофеином (особенно чифирем) возможно развитие делирия (Г.В. Столяров, 1964), сумеречных состояний сознания, острого галлюциноза.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Травмы головы.
- Эпилепсия
- Эндогенные психозы

5.7. Острая интоксикация, вызванная употреблением галлюциногенов

Известно множество природных и синтетических веществ, способных изменять психическое состояние человека, вызывая помрачение сознания, галлюцинации и бред. Самыми известными являются наркотические средства: псилоцибин, мескалин, диэтиламид лизергиновой кислоты

(ЛСД), 5-метокси-3,4-метилен-диоксиамфетамин (МДМА), фенциклидин (PCP). К данной группе также относятся медикаментозные средства с холинолитическим действием, например тригексифенидил (циклодол, паркопан), дифенгидрамин (димедрол), тропикамид, ранее широко применявшееся средство для наркоза кетамин (калипсол).

Острая интоксикация галлюциногенами характеризуется развитием психоза, по типу онейроида или делирия. Нарушается восприятие времени, схемы тела. Эмоциональная сфера характеризуется частой сменой противоположных аффектов, от эйфории до тревоги, подозрительности или дисфории. Исчезает критика к своему состоянию. Наиболее грубые расстройства наблюдаются в сфере восприятия. В первую очередь это касается зрительных нарушений. Мир становится более ярким, предметы - окрашенными в необычные цвета, или в один цвет. Очертания предметов расплываются или, напротив, приобретают четкие границы, предметы могут быть окружены своеобразным ореолом («аурой»). Характерны зрительные галлюцинации, как элементарные, так и сценopodobные. Обманы восприятия чаще носят характер истинных, но могут быть и псевдогаллюцинации. Гораздо реже наблюдаются слуховые галлюцинации, совсем редко - вкусовые, тактильные и обонятельные иллюзии и галлюцинации. Для интоксикации ЛСД и другими психодизлептиками очень характерны метаморфозии, а также дереализация и деперсонализация. Психотическое состояние сопровождается тошнотой, потливостью, покраснением лица, чувством жара или холода. Характерны мидриаз, оживление сухожильных рефлексов. При острой интоксикации препаратами с холинолитическим действием наблюдаются головные боли, атаксия, тремор, чувство онемения конечностей, парестезии, тахикардия, артериальная гипертензия, сухость во рту.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Эндогенные психозы

5.8. Острая интоксикация, вызванная употреблением никотина

Острые интоксикации у курильщиков наблюдаются крайне редко, чаще всего они связаны со злоупотреблением препаратами табака в виде отвара или настоя, иногда настойки. При легкой и средней степени никотиновой интоксикации наблюдается обильное слюноотделение, тошнота, тахикардия, головокружение, шум в ушах, слабость, холодный пот, спазмы гортани, пищевода, желудка. При увеличении степени интоксикации могут развиваться рвота и диарея.

При тяжелой никотиновой интоксикации возникает многократная рвота, расстройства зрения и слуха, брадикардия. Могут наблюдаться нарушения ритма сердца, остановка сердца в диастоле. Возможно развитие бредового расстройства, судорожных припадков, в самых тяжелых случаях коматозного состояния.

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Пищевые токсикоинфекции и интоксикации
- Соматогенные психозы
- Эпилепсия

5.9. Острая интоксикация, вызванная употреблением летучих растворителей

Данные вещества используются с целью опьянения ингаляционно, посредством вдыхания паров или через кожу. Для этого надевают на голову или прикладывают ко рту пластиковый пакет, в который вложена пропитанная растворителем или смоченная клеем ткань. Реже прикладывают пропитанную растворителем ткань к коже шеи или головы. Поэтому от лиц в состоянии интоксикации всегда доносится резкий химический запах.

У лиц в состоянии острой интоксикации летучими растворителями развивается острый галлюциноз, делирий или онейроид. Нарушение сознания начинается с оглушения, затем присоединяются зрительные и слуховые галлюцинации. В начале к галлюцинаторным переживаниям может сохраняться критика, но по мере усиления степени интоксикации галлюцинации становятся яркими, сценopodobными, критика обычно утрачивается, субъект полностью погружается в мир собственных галлюцинаций. После прекращения действия летучего растворителя критика к пережитому быстро восстанавливается. Через 10-30 минут сознание полностью проясняется, галлюцинации прекращаются. Аффект как правило лабилен, от эйфории до тревоги, страха, агрессии. Соматоневрологические расстройства представлены бледностью кожных покровов, тахикардией, сухостью слизистых, может быть тошнота, рвота. Характерны также шаткость походки, нарушение координации движений, смазанная речь, нистагм, мышечная слабость, нечеткость зрения или диплопия. В тяжелых случаях наблюдается угнетение сознания доходящее до степени комы

Дифференциальный диагноз

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ
- Пищевые токсикоинфекции и интоксикации
- Соматогенные психозы
- Эндогенные психозы

5.10. Острая интоксикация, вызванная сочетанным употреблением ПАВ

Клиника острой интоксикации несколькими психоактивными веществами. зависит от преобладающего психоактивного вещества. Поскольку фармакокинетика и фармакодинамика различных ПАВ отличается, может наблюдаться своеобразная этапность в развитии симптомов острой интоксикации. Например при одновременном приеме кокаина и метадона, в начале преобладают эффекты кокаина, а затем метадона.

6. Терапия острой интоксикации

Состояния интоксикации легкой степени тяжести специфической терапии как правило не требуют, такие пациенты нуждаются в наблюдении, поскольку тяжесть интоксикации со временем может усилиться. Состояния интоксикации средней и тяжелой степени тяжести требуют проведения специальной терапии.

Задачи терапии:

- 1 – поддержание жизненно важных функций организма;
- 2 - детоксикация
- 2 – фармакотерапия соматоневрологических последствий острой интоксикации ПАВ

Тактика терапии: проведение комплексного лечения, направленное на поддержание жизнедеятельности и скорейшее выведение из организма большого токсических агентов

Критерий эффективности лечения:

стабилизация психофизического состояния больного

Общий алгоритм лечебных мероприятий:

1 – фиксация больного в функциональной кровати, купирование психомоторного возбуждения, судорожного припадка (при необходимости)

2 – мониторинг жизненно важных показателей, катетеризация вены, мочевого пузыря, желудка, начало инфузионной терапии, проведение экспресс-диагностики содержания психоактивных веществ в биологических средах (моча, слюна), интубация трахеи (при необходимости)

3 – проведение сердечно-легочной реанимации (при необходимости)

4 – детоксикация

4а – промывание желудка, назначение энтеросорбентов (при необходимости)

4б – введение специфических антидотов (при необходимости)

4в – проведение экстракорпоральной детоксикации (при необходимости)

5 – продолжение инфузионной терапии с целью коррекции водно-электролитных нарушений и расстройств кислотно-основного состояния

6 – назначение метаболической терапии, симптоматического лечения ноотропных, кардиотропных, гепатотропных средств

6.1. Поддержание жизненно важных функций организма

Назначается симптоматическая терапия угрожающих жизни пациента состояний (кардиотропные средства, антигипертензивные средства, противоаритмические препараты, инфузионная терапия, ИВЛ по показаниям)

6.2. Детоксикация

В основе патогенеза описанных выше расстройств, несмотря на все их многообразие, лежит экзогенная интоксикация психоактивным веществом, которое определенным образом изменяет обменные процессы в ЦНС. Поэтому основной подход к лечению подобных состояний, в том числе интоксикационных психозов – это проведение детоксикации.

В случае, если есть сведения или даже подозрения о приеме психоактивного вещества внутрь, необходимо принять меры к предотвращению его дальнейшего всасывания в желудочно-кишечном тракте. С этой целью пациенту назначается промывание желудка и энтеросорбенты. В случае, если сознание пациента угнетено, он недоступен контакту, желудок промывается только после интубации трахеи. Если достоверно известно, что с момента приема психоактивного вещества прошло более 10 часов, в промывании желудка и назначении энтеросорбентов уже нет необходимости.

При острой интоксикации, вызванной употреблением опиоидов возможно введение специфического антагониста налоксона, быстро прерывающего действие наркотика. Препарат вводится внутривенно струйно в разведении физиологическим раствором. Начальная доза налоксона — 0,4 мг, при отсутствии эффекта инъекции повторяют с интервалом в 2–3 мин, максимальная суммарная доза — 10 мг. Если самостоятельное дыхание не восстанавливается после введения 10 мг вещества, то диагноз отравления опиоидами как причина интоксикации ставится под сомнение.

При острой интоксикации бензодиазепинами также возможно применение специфического антагониста бензодиазепиновых рецепторов флумазенила. Препарат вводится внутривенно в разведении 5% раствором глюкозы или физраствора в начальной дозе 0,3 мг; при необходимости

инъекцию повторяют каждые 60 с до суммарной дозы — 2 мг. При неэффективности флумазенила отравление бензодиазепинами как причина тяжелого состояния пациента маловероятно.

В отношении других ПАВ специфические антагонисты отсутствуют, поэтому с целью детоксикации применяют различные меры, направленные на стимуляцию естественных путей выведения, прежде всего диуреза. Для этого пациенту вводят инфузионный раствор со скоростью не более 500 мл/час, в объеме 3-4 л в сутки. Поскольку вводятся довольно большие объемы жидкости, необходимо применять сбалансированные по составу растворы, например Стерофундин. Инфузионная терапия проводится под контролем центрального венозного давления и диуреза, который, в случае необходимости, стимулируется назначением 10-40 мг фуросемида в сутки.

При тяжелых интоксикациях, а также в случаях сердечной или почечной недостаточности применяют экстракорпоральные методы детоксикации – гемодиализ или гемофильтрацию. Эти методы эффективны при лечении острой интоксикации водорастворимыми ПАВ, к ним относятся алкоголь, снотворно-седативные средства, стимуляторы. При лечении отравлений липофильными ПАВ, такими как каннабиноиды, некоторые галлюциногены, никотин, тяжелые фракции летучих растворителей применяется гемосорбция.

6.3. Фармакотерапия соматоневрологических последствий острой интоксикации ПАВ

При угнетении сознания в результате острой интоксикации ПАВ назначаются стимулирующие средства (кофеин бензоат натрия 20% раствор подкожно, не более 5 мл, никетамид 25% раствор внутривенно или подкожно, не более 5 мл). Также назначаются витамины группы В, ноотропные средства (пирацетам), метаболические препараты (мексидол, реамберин, цитофлавин).

При отравлении ПАВ, возбуждающими ЦНС, психотических состояниях с двигательным возбуждением, при судорожных расстройствах назначается диазепам 0,5% раствор не более 6 мл разово, не более 12мл в сутки. С целью лечения артериальной гипертензии, а также для защиты миокарда при острой интоксикации стимуляторами, назначаются блокаторы кальциевых каналов, например верапамил, нитраты. Для улучшения обменных процессов назначаются витамины группы В и С, метаболические препараты (мексидол, реамберин, цитофлавин).

6.4. Психотерапия

Направлена на профилактику повторных интоксикаций, подготовку пациента к дальнейшему лечению синдрома зависимости от ПАВ.

7. Прогноз.

Зависит от объема и скорости оказания неотложной помощи. При своевременном и полном оказании медицинской помощи в специализированном отделении в целом благоприятный.