Содержание

Введение……2

ГЛАВА 1. ТЕОРИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

1.1. сведения о передозировке опиатов

1.1.1 Способы употребления опиатов……...3

1.1.2 Механизм токсического действия……4

1.1.3 Токсикокинетика……..……..5

1.1. Клиническая картина……....5

1.1.5 Классификация стадий острого отравления опиатами……....8

1.2. Диагностика острого отравления опиатами

2.1.1 Визуальный осмотр…….....10

1.2.2 Объективное исследование…… …….....10

1.2.3 Дифференциальная диагностика……...13

1.3 Неотложная помощь при остром отравлении опиатами

1.3.1 Специфическая (антидотная) терапия……...15

1.3.2 Детоксикационная терапия…….17

1.3.3 Симптоматическая терапия……....17

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.

2.1. Статистика по данным СНМП…….....25

2.2. Клинические примеры…….……29

2.2.1.Клинический пример №1……....29

Заключение……..31

Список литературы……..….34

Приложения ……37

Введение

К наиболее актуальным, с точки зрения частоты использования и обращения за медицинской помощью в связи с развитием угрожающего жизни состояния в результате передозировки, относятся производные опия, их синтетические аналоги (опиоиды), получившие общее название опиаты. За последние 15-20 лет в России отмечается рост числа отравлений опиатами, в том числе и со смертельным исходом. В зависимости от регионов страны наиболее часто используемыми токсикоманами оказываются кустарно приготовленный опий (т.н. экстракт или отвар маковой соломки), героин и их аналоги.

Для этапа скорой медицинской помощи особенно актуальна диагностика и лечение передозировки или отравления наркотиками группы опия вследствие той опасности для жизни, которую они представляют.

К опиатам относятся разнообразные натуральные и синтетические анальгетики (морфин, омнопон, промедол, фентанил, трамадол), героин, метадон, а также другие самодельные нелегальные препараты. ПАВ-это совокупность наркотических и токсикоманических средств, применяемых для изменения психического состояния и способных привести к развитию зависимости (наркомании или токсикомании) (приложение 2). При попадании в кровь они быстро связываются со специальными опиатными рецепторами в центральной нервной системе, а также с белками плазмы, накапливаются в печени, почках, легких, мышцах. Из крови они выводятся довольно быстро (от 1 до 7 часов), однако для некоторых (метадон) характерно длительное пребывание — до 48 часов. Выделяются через почки, преимущественно в течение суток.

Особенностью действия наркотических веществ является формирование пристрастия с возникновением психической (осознаваемой или неосознаваемой потребности в употреблении психоактивного вещества) и физической (состояния, при котором в ответ на отмену наркотика развивается абстинентный синдром) зависимости.

Цель исследования – анализ лечебно-диагностических мероприятий на догоспитальном и госпитальном этапах при остром отравлении опиатами.
Объект исследования – Лечебно-диагностические мероприятия и неотложная помощь при остром отравлении опиатами.
Предмет изучения – алгоритмы скорой медицинской помощи 2016 г. Москвы. Карты вызова. Статистические данные подстанции СНМП.

Задачи:

1. Изучение и систематизация литературных данных по теме принципы диагностики, лечения и тактики фельдшера при остром отравлении опиатами
2. Изложить теоретические аспекты заболевания: этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину, методы диагностики, лечения и профилактики.
3. Изучить алгоритм оказания неотложной помощи при остром отравлении опиатами
4. Провести анализ статистических данных по оказанию СМП пациентам
5. Рассмотреть особенности тактики фельдшера при остром отравлении опиатами на примере клинических ситуаций.

Методы исследования:

1. Теоретический (обзор источников информации).
2. Практический (анализ медицинской документации подстанции 35 по теме Отравления наркотиками и психодислептиками).

ГЛАВА 1. ТЕОРИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

1.1. Основные сведения о передозировке опиатов

1.1.1 Способы употребления опиатов

Определяются целью их использования. Для наркотического опьянения чаще всего используются инъекционный (внутривенные, подкожные, внутримышечные), ингаляционный (курение), интраназальный (вдыхание и втягивание через нос) пути поступления, значительно реже - оральный

(прием внутрь), Влияние на физиологические и поведенческие показатели, а также работоспособность при вдыхании героина через нос аналогичны эффектам при внутримышечном введении наркотика.

Эффект при вдыхании героина через нос составляет примерно половину эффекта, вызываемого внутримышечном введении наркотика. Опий обычно курят.

Героин, метадон чаще всего используют в виде раствора для внутривенных (подкожных и внутримышечных) инъекций, а порошковую форму курят и вдыхают или втягивают носом. На долю внутривенного введения приходится около 80% общего числа случаев употребления героина, а доля интраназального употребления составляет около 15%.

Следует сказать, что клиническую картину указанные пути введения практически не влияют, выражаясь, в основном, в скорости наступления наркотического (токсического) эффекта.

1.1.2 Механизм токсического действия.

Дыхательные эффекты опиатов связаны со стимуляцией μ2 рецепторов и проявляются в угнетении реакции дыхательного центра в стволе мозга на повышенную концентрацию двуокиси углерода в крови и подавлением дыхательных центров в области моста и продолговатого мозга, где регулируется ритм дыхания. Это проявляется удлинением пауз между вдохами, замедленным вдохом и появлением периодического дыхания.

Седативные эффекты связывают с μ и к-рецепторами. С ними же связывают и миоз. Весьма характерна способность опиатов и опиоидов вызывать тошноту и рвоту через стимулярцию хеморецепторов триггерной зоны продолговатого мозга.

Опиаты обладают определенным токсическим действием на сердечно-сосудистую систему. Эти препараты вызывают за счет стимуляции n. Vagus брадикардию, которая может быть купирована атропином. При введении токсических доз отрицательное хронотропное (вплоть до развития блокад,

аритмий – за счет центральных и цитотоксических механизмов), инотропное действие.

1.1.3 Токсикокинетика.

При попадании в организм опиаты связываются со специфическими опиоидными рецепторами и белками плазмы, быстро покидают кровь и накапливаются в легких, печени, селезенке, почках и мышцах. Они метаболизируются в печени и затем экскретируются (на 90%) с помощью конъюгации с глюкуроновой кислотой почками в течение 1-х суток. Период полупребывания морфина в крови составляет в среднем 3,5 часа (от 1 до 7 часов), метадона – от 24 до 72 часов. Кодеина – от 4 до 6 часов.

1.1.4 Клиническая картина

Острое отравление опиатами развивается при парентеральном (внутривенном, внутриартериальном, внутримышечном и подкожном), сублингвальном, пероральном, интрагастральном, ингаляционном, ректальном или вагинальном поступлении яда.

Основными (кардинальными) клиническими признаками токсикогенной стадии острого отравления являются:

угнетение сознания - оглушенность, сомнолентность, поверхностная, затем глубокая кома;

резкое сужение зрачков - "точечные зрачки", "маковое зернышко",”булавочная головка” (миоз – дозонезависимый признак); *центральные нарушения дыхания* - брадипноэ, дыхание Чейна-Стокса с быстрым развитием гипоксемии и гиперкапнии, апноэ; - резко выраженный “дыхательный” цианоз;- токсическая и гипоксическая энцефалопатия.

Возможные клинические симптомы и синдромы токсикогенной стадии:

- *Аноксическая энцефалопатия, отек мозга;*
- *Мидриаз* в момент апноэ (при длительной церебральной аноксии);
- *Умеренный миоз* с тенденцией мидриазу (отравление петидином, сочетание с холинолитиками);

- *Токсический (некардиогенный) отек легких, респираторный дистресс-синдром* после внутривенного или ингаляционного введения опиатов (героина), иногда развивающийся после светлого промежутка от 24 до 48 часов, гипостатическая пневмония;
- *Острая сердечно-сосудистая недостаточность*, обусловленная дилатацией венозных сосудов; гипоксические повреждения миокарда, риск остановки сердца в момент апноэ;
- *Позиционная компрессия мягких тканей*;
- *Аспирация рвотных масс*, связанная с сохранением рвотного рефлекса в бессознательном состоянии, гиперергический аспирационный пульмонит (синдром Мендельсона);
- *Судорожный синдром*;
- *Гипотермия; пирогенные реакции*
- *Рвота; задержка дефекации; задержка мочеотделения*

Осложнения соматогенной стадии:

- Постаноксическая энцефалопатия, очаговые поражения головного мозга (парезы, параличи), миелопатия, полинейропатия;
- Аффективные и психопатоподобные реакции, психоорганический синдром;
- Аспирационная пневмония, ингаляционная пневмопатия;
- Миоренальный синдром, острая почечная недостаточность.

Опийная абстинеция

В соматогенной стадии возможно появление признаков опийной абстиненции (синдрома отмены). Клинические проявления опийного абстинентного синдрома зависят от степени его сформированности (длительности наркомании) и от продолжительности лишения наркотического вещества.

- *Первая фаза опийного абстинентного синдрома* .

  Выявляются признаки физической зависимости (влечение к наркотику, состояние неудовлетворенности, напряженности), а также

вегетативные знаки (расширение зрачков, зевота, слезотечение, насморк с чиханием, временами – гусиная кожа). Исчезает аппетит, появляется нарушение засыпания. Эта фаза появляется через 8-12 ч после последней инъекции наркотика.

- *Вторая фаза.*__Характеризуется следующим: ощущение озноба, сменяющееся чувством жара; приступы потливости и слабости, гусиная кожа (постоянно), ощущение неудобства в мышцах спины, потом ног, шеи и рук «когда отсидишь ногу», двигательное беспокойство, напряжение мышц тела, боль в межчелюстных суставах и жевательных мышцах. Зрачки широкие, кайма радужки – узкая. Чихание пароксизмальное. Зевота интенсивная. Продолжается слезотечение, появляется слюнотечение. Симптомы второй фазы становятся более выраженными к середине вторых суток лишения.
- *Третья фаза.* развивается к концу вторых суток отнятия наркотика. Характеризуется мышечными болями. Мышцы спины, конечностей, реже шеи «сводит», «тянет», «крутит». Возможны судороги икроножных, стопных и других мышц. В начале движения болезненные мышечные ощущения ослабевают, но потом становятся еще более тяжелыми. Больные не могут найти себе места, ложатся, встают, вновь ложатся, крутятся в постели. Они напряжены, настроение становится недовольно-злобным и, как правило, депрессивным. Компульсивное влечение к наркотику.
- *Четвертая фаза.* Возникает на третьи сутки отнятия. К перечисленным симптомам добавляется диспепсический – боли в животе (в кишечнике), затем рвота (одно- или двукратная), понос (до 10-15 раз в сутки) с тенезмами. На высоте абстинентного синдрома выявляются субфебрилитет, умеренная гипертензия с преимущественным повышением диастолического артериального давления, тахикардия, гипергликемия, повышение свертываемости крови. Жестокий зуд вен.

Тяжесть абстиненции пропорциональна давности опиизма и величине дозы. Интенсивная специфическая и дезинтоксикационная терапия острого отравления опиатами может ускорять развитие фаз абстинентного синдрома у наркоманов.

1.1.5 Классификация стадий острого отравления опиатами

Первая стадия отравления - стадия **засыпания** (легкая степень) - позволяет вступать в контакт с больными, они в сознании, несмотря на выраженную **оглушенность** и **сонливость**. В неврологической симптоматике на первое место выступают уменьшение величины зрачков (**миоз**) и снижение (отсутствие) их реакции на свет, птоз, нистагм, нарушение конвергенции. Возникают гипотония мышц и снижение сухожильных рефлексов, мозжечковая атаксия. Иногда гипотония мышц сменяется периодическим повышением мышечного тонуса по спастическому типу и оживлением сухожильных рефлексов. Центральные нарушения дыхания (**брадипноэ**) возникают даже у больных с сохраненным сознанием. Брадикардия. Снижение болевой чувствительности. Дыхательный акроцианоз.

Вторая стадия отравления - стадия **поверхностной комы** (средней степени тяжести) - **сознание отсутствует**, положение пассивное, кожные покровы бледные. Ведущими симптомами являются **миоз**, снижение или отсутствие реакции зрачков на свет, повышение или сохранность сухожильных и периостальных рефлексов, снижение или отсутствие реакции на болевые раздражения, нарушение дыхания по центральному типу (**брадипноэ**), снижение артериального давления, цианоз. Отмечаются **тризм жевательных мышц, повышение мышечного тонуса по спастическому типу, опистотонус,** судорожные приступы.

Третья стадия отравления - стадия **глубокой комы** (тяжелой и крайне тяжелой степени) – **сознание отсутствует**, реакция на внешние раздражители отсутствует, **резкий миоз**, отсутствие реакции зрачков на свет, корнеальных рефлексов, кашлевого и глоточного рефлексов, арефлексия,

мышечная атония, отсутствие реакции на болевые раздражители. Возможно появление мидриаза в момент апноэ. Выраженные нарушения дыхания центрального (**брадипноэ, дыхательная аритмия типа Чейна- Стокса, апноэ**), периферического и легочного типов. Резко выраженный цианоз. Отек мозга. [1] Выраженные нарушения гемодинамики. Смертельный исход в течение первого часа, чаще через 6-12 часов (без оказания помощи до 78%). Основная причина смерти - остановка дыхания и резистентность к налоксону у больных, поступивших в поздние сроки с момента отравления.

Четвертая стадия отравления - выход из коматозного состояния, пробуждение - сначала улучшаются дыхание и кровообращение, а затем постепенно возвращается сознание. В первые минуты и часы после пробуждения наблюдаются резкое ограничение движений глазных яблок и нистагм, сохраняется миоз со снижением реакций зрачков на свет. Характерно снижение слуха. Больным свойственны эмоциональная лабильность, психомоторное возбуждение, нарушение сна. Астенический синдром. При выходе из комы в ответ на проведение специфической (антидотной) терапии вероятен эффект реморфинизации. Возможно появление синдрома опийной абстиненции ("ломки"). В посткоматозном периоде нередко сохраняются осложнения, возникающие в период комы: токсическая и гипоксическая энцефалопатия с признаками инфаркта мозга различной локализации, респираторный дистресс-синдром, токсический отек легких, особенно частый у больных младше 40 лет, гипостатическая и аспирационная пневмония, ингаляционная пневмония, трахеобронхит, трофические расстройства кожи, позиционная компрессия тканей с последующим развитием миоренального синдрома. Часто наблюдаемое сочетание употребления опиатов с одновременным приемом психотропных средств, таких как бензодиазепины, мепробамат, алкоголь и др. увеличивает продолжительность угнетения сознания и усиливает угнетение дыхания.

1.2. Диагностика острого отравления опиатами

Основывается на характерной клинической картине (выявление кардинальных симптомов), реакции на специфическую (антидотную терапию), при возможности на данных анамнеза.

При внутривенном введении опиатов могут быть обнаружены свежие следы по ходу подкожных вен. При пероральном приеме - возможен коричневый налет у корня языка, при ингаляционном употреблении вероятно обнаружение следов порошка на губах или в носовых ходах.

Основу диагностики составляют симптомы, выявляемые при осмотре, осуществляемой в три этапа – визуальный осмотр, объективное исследование систем органов, инструментальные исследования.

1.2.1 Визуальный осмотр

Первый этап визуального осмотра, включает:

- оценку размера зрачка
- уровень изменения сознания
- цвет и влажность кожных покровов и слизистых.

1.2.2 Объективное исследование

Второй этап - аскультативно- пальпаторного осмотра – включающий:

- определение частоты сердечных сокращений, пульса, частоту дыхания,
- аускультацию легких,
- пальпаторное исследование органов брюшной полости, головы.

Третий этап- инструментальных исследований – включающий:

- измерение артериального давления, термометрию, а также сбор дополнительных сведений.

Именно три симптома визуальной оценки состояния больного – размер зрачка, уровень изменения сознания, и состояние кожных покровов и слизистых - являются отправной точкой для предлагаемой системы диагностики. По ширине зрачка можно разделить отравления на три условные группы – группу сужения зрачка «Миоза», расширения

«Мидриаза» и без четкого изменения диаметра зрачка – условной нормы «N». Таким образом, предлагается начальный, отправной симптом.

Оценив состояния зрачка и продолжая диагностику, определяется уровень состояния сознания (угнетение или возбуждение). Особое внимание требуется уделить наличию судорог – как предвестникам возможных коматозных состояний, характеру дыхания (частота, ритм, глубина).

Для диагностики возможного эксикоза (что особо важно при отравлении стимуляторами ЦНС) и для дифференцирования от патологии нетоксического характера, определяется наличие или отсутствие сухости слизистых, и кожных покровов (сморщенная коже, сниженный тургор и т.д.).

1.2.3 Дифференциальная диагностика

Выявленный комплекс симптомов (три основных – оценка состояния зрачка, сознания, кожи и слизистых, дыхания, а также наличие судорог), позволяет предварительно предположить отравление веществами, которые можно разделить на следующие группы:

- миоз с угнетением сознания (табл. 1) - опиаты, этанол; барбитураты и бензодиазепины;
- мидриаз с возбуждением (табл. 2)– кокаин, каннабис, амфетамин и его производные, ЛСД, грибы галлюциногены;
- без четкого изменения диаметра зрачка возбуждением– фенциклидин (табл.3)

Таблица 1. ***Дифференциальная диагностика отравлений опиатами по признаку: МИОЗ с угнетением сознания***

ПАВ Симптоматика	**Опиаты**	**Этанол**	**Барбитураты**	**Бензодиазепины**
Зрачок	Миоз (даже при сохраненном сознании)	Миоз, характерна «игра зрачков»	Миоз	Миоз
Уровень сознания	Сонливость, сопор, кома	Возбуждение сменяется угнетением вплоть до комы	Сопор, кома	Сопор, кома

Кожные покровы и слизистые	Бледные, влажные, липкие	Гиперемия сменяется бледностью с обильным потом; гиперсаливация	«Токсический дерматомиозит или барбитуровые пролежни» - пузыри в месте сдавления мягких тканей	Нормальной сухости
Мышечный тонус	Нормальный, возможны судороги	Возможен гипертонус	Миорелаксация	Миорелаксация
ЧСС и пульс	Тахикардия с переходом в брадикардию	Тахикардия сменяется брадикардией	Не изменена	Не изменена
АД	Гипотония	Гипертензия сменяется гипотензией	Гипотония	Гипотония
Дыхание	Угнетено, вплоть до апноэ	Тахипноэ, возможно брадипноэ при глубокой коме	Угнетено при глубокой коме	Изменение не типично
Отек легких	Возможен не кардиальный	Нет	Нет	Нет
Бронхорея	Нет	Может отмечаться	Может отмечаться	Нет
Температура тела	Понижена	Может быть понижена при глубокой коме	Может быть понижена при глубокой коме	Не изменена
Диспепсия	Рвота	Рвота нередко	Не характерна	Не характерна
Эксикоз	Нет	Нет	Нет	Нет

симптомы	**Кокаин**	**Экстази (МДМА)**	**Амфетамин (АМФ)**	**Гашиш**	**ЛСД**	**Грибы галлюциногены**
Зрачок	Мидриаз	Мидриаз	Мидриаз	Мидриаз	Мидриаз	Мидриаз
Уровень сознания	Возбуждение слуховые галлюцинации, возможен бред	Возбуждение, паника, бред	Возбуждение, психозы	Возбуждение; возможны галлюцинации; бред	Возбуждение; паника; галлюцинации, бред	Зрительные и слуховые галлюцинации
Кожные покровы и слизистые	Потливость, бледность, следы расчесов, кокаиновые клопы»	Потливость	Обычные	Сухие, инъецированные сосуды склер	Потливость	Потливость; гиперсаливация
Судороги	Нет	Сведение челюстей, судороги на фоне гипертермии	Нет	Сведение мышц	Нет	Нет
ЧСС и пульс	Тахикардия	Тахикардия	Тахикардия	Тахикардия	Тахикардия	Брадикардия переходит в тахикардию
АД	Гипертония	Не изменено	Гипертония, затем гипотония	Гипертензия	Гипертензия	Гипертензия

Таблица 2. ***Дифференциальная диагностика отравлений по признаку «Мидриаз»***

Дыхание	Кокаиновый насморк	Не изменено	Учащение дыхания	Не изменено	Не изменено	Не изменено
Бронхорея	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Температура	Гипертермия	Гипертермия	Гипертермия	Не изменена	Лихорадка	Лихорадка
Боль в животе	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Есть
Диспепсические расстройств а	Нет	Нет	Тошнота, рвота – не постоянный признак	Может быть, при первых опытах курения	Тошнота	Тошнота, рвота, диарея
Эксикоз	Нет	Есть	Нет	Нет	Нет	Есть

Таблица 3. ***Дифференциальная диагностика отравлений – «Без четкого изменения диаметра зрачка»***

ПАВ Симптоматика	**Фенциклидин (PCP)**
Зрачок	Чаще мидриаз
Уровень сознания	Дезориентация; галлюцинация; бред
Кожные покровы и слизистые	Потливость, гиперсаливация
Судороги	нет
ЧСС и пульс	Тахикардия
АД	Гипертония
Дыхание	Не изменено
Отек легких	Нет
Бронхорея	Нет
Температура тела	Лихорадка
Боль в животе	Нет
Диспепсия	Нет
Эксикоз	Нет
Зрение	Нистагм; диплопия

1.3. Неотложная помощь при остром отравлении опиатами

Острое отравление опиатами требует проведения неотложных мероприятий, осуществляемых на месте обнаружения больного, в машине скорой медицинской помощи, приемном и реанимационном отделениях больниц, специализированном токсикологическом отделении.

1.3.1 Специфическая (антидотная) терапия

Налоксона гидрохлорид (Naloxone® Narcan® , Narcanti®). продукт химической модификации молекулы морфина - специфический, чистый антагонист опиатов (морфин и др.) и опиоидов (фентанила, декстропропоксифена, метадона, бупренорфина, нальбуфина), который применяется для полного или частичного устранения их действия, а также служит для диагностики при подозрении на острую передозировку этих соединений.

Действие налоксона при внутривенном введении начинается через 30 сек - 3 мин, при внутримышечном или подкожном введении - через 3 мин.

Продолжительность действия при внутривенном введении составляет от 20 до 30 мин, при внутримышечном или подкожном введении - от 2,5 до 3 часов. Хорошо проникает через гематоэнцефалический и плацентарный барьеры.

В качестве начальной дозы вводят 0,4-2 мг препарата (1,0-5,0) внутривенно.

Обязательной реакцией на введение налоксона при отравлении опиатами является:

- Кратковременное учащение дыхания
- Расширение зрачков
- Уменьшение степени угнетения сознания.

Если желаемая степень антагонизации и улучшения дыхательных функций не достигается непосредственно после внутривенного вливания, то его можно повторять с интервалами в 2-3 минуты. Отсутствие эффекта после 2-3 вливаний ставит под сомнение диагноз отравления опиатами.

Для исключения выраженного эффекта возбуждения, психотической реакции, неадекватного поведения и отказа от госпитализации вместо болюсного («нетитрованного») введения, рекомендовано «титрование» налоксона - 1 мл (0,4 мг) развести в 4 мл физиологического раствора и вводить внутривенно со скоростью 1 мл/мин!

Дозировка для детей составляет т 0,01 мг/кг внутривенно, при необходимости введение продолжается. Существует специальная лекарственная форма для новорожденных (*Narcan neonatal*), содержащая 0,02 мг в 1 мл.

Налтрексон (Naltrexone hydrochloride), Antaxone®. является специфическим антагонистом опийных рецепторов. Конкурентно связывается с опиоидными рецепторами всех типов и предупреждает или устраняет действие как эндогенных опиоидов, так и экзогенных опиоидных препаратов - наркотических анальгетиков и их суррогатов. Сходен с налоксоном, но его действие более продолжительно. В дозе 50 мг блокирует фармакологические эффекты, вызванные внутривенным введением 25 мг героина в течение 24 часов, в дозе 100 мг - это действие удлиняется до 48 час, в дозе 150 мг - до 72 час. Применяется преимущественно для лечения опийной зависимости с целью поддержания у больного состояния, при котором опиоиды не смогут оказать характерного действия.

Налорфин (Nalorphine hydrochloride), Anarcon, Анторфин. по химическому строению близок к морфину. Модификация структуры привела к получению соединения, являющегося агонистом (анальгетическое действие) и антагонистом по отношению к опиатным рецепторам (ослабляет вызванное опиатами угнетение дыхания и снижение артериального давления, аритмии сердца). В качестве антидота применяется редко: его заменил налоксон. При отсутствии опиатов в организме может вызывать угнетение сознания и дыхания. Вводят внутривенно 0,5% раствора - 1-2 мл.

При недостаточном эффекте инъекции повторяют через 10-15 мин. Общая доза не должна превышать 8 мл.

1.3.2 Детоксикационная терапия.

Помимо антидотной детоксикации в токсикогенной стадии определенную роль играет форсированный диурез, объем которого будет определяться тяжестью отравления. При пероральном приеме, а также, учитывая экскрецию опиатов слизистой желудка при парентеральном введении, рекомендуют повторное промывание желудка (после восстановления дыхания, очень осторожно, в связи с опасностью повреждения пищевода, находящегося в гипертонусе), активированный уголь, энтеросорбент, солевое слабительное. При отравлении смесью веществ психотропного действия, кодеином, метадоном применяется детоксикационная гемосорбция.

1.3.3 Симптоматическая терапия.

Наиболее важным мероприятием симптоматической терапии является устранение нарушений дыхания и связанной с этим гипоксии, которое проводится с помощью ИВЛ после интубации трахеи или через маску. Для ликвидации нарушения проходимости дыхательных путей вследствие аспирации содержимого желудка, гиперсаливации проводится санация дыхательных путей отсосом, а также с помощью экстренной санационной бронхоскопии, которая при необходимости проводится повторно.

Поддержание гомеостаза заключается в проведении внутривенных инфузий растворов бикарбоната натрия с целью коррекции КОС, многокомпонентных солевых растворов; для профилактики и лечения отека мозга и легких вводятся преимущественно коллоидные растворы.

Тактика лечения будет зависеть от степени отравления опиатами:

Таблица 4 ***Отравления легкой степени***

Критерии, признаки, наименование диагностических и лечебных мероприятий	**Необходимость проведения, содержание мероприятий**
Анамнез	Прием наркотика, наркотическая зависимость, при отсутствии анамнеза – характерные клинические симптомы
Характерные клинические симптомы	Миоз, сонливость, заторможенность без потери сознания, тенденция к брадипноэ (12-14 в мин.)
Нарушения витальных функций, осложнения	Нет
Химико-токсикологическое обследование	Определение наличия опиатов, метадона в моче (ИХА, ТСХ) качественное, алкоголя в крови и моче (ГЖХ)
Клинико-биохимическое обследование	Общий анализ крови, мочи
Инструментальное обследование	ЭКГ, рентгенография органов гр.клетки (по показаниям)
Консультация и наблюдение специалистов	Обязательно – врач-токсиколог, (терапевт/педиатр), психиатр, дополнительно (по показаниям) – врач-анестезиолог- реаниматолог
Введение антидота	Налоксон 0,4 мг при тенденции к урежению дыхания
Другие лекарственные средства	По показаниям
Методы детокискации	Промывание желудка, энтеросорбенты при пероральном введении наркотика, форсированный диурез (при тенденции к углублению угнетения сознания)
Интенсивная терапия	Не требуется

Таблица 5 ***Отравления средней и тяжелой степени не осложненные***

Критерии, признаки, наименование диагностических и лечебных мероприятий	**Необходимость проведения, содержание мероприятий**
Анамнез	Прием наркотика, наркотическая зависимость, при отсутствии анамнеза – характерные клинические симптомы
Характерные клинические симптомы	Миоз, сопор, кома, брадипноэ (менее 10 дыханий в мин.), цианоз губ, лица при остановке дыхания;
Нарушения витальных функций	Нарушение со стороны сердечно-сосудистой системы; при длительной гипоксии нарушение ритма сердца, тахикардия, артериальная гипотония
Осложнения	Нет
Химико-токсикологическое обследование	Определение наличия опиатов, метадона в моче (ИХА, ТСХ) качественное, подтверждение при положительном результате (ГХ-МС, ВЭЖХ, ГЖХ); индивидуальное определение других лекарственных препаратов (ИХА, ТСХ, ГХ- МС, ВЭЖХ, ГЖХ) – при показаниях; алкоголя в крови и моче (ГЖХ)
Клинико-биохимическое обследование	Общий анализ крови развернутый, общий анализ мочи; анализ крови биохимический общетерапевтический, КОС, гематокрит, калий, натрий, кальций сыворотки крови, глюкоза крови, мочевина, креатинин – повторно по мере необходимости, миоглобин в моче, клинический анализ ликвора (по показаниям)
Анализы крови обязательные неспецифические	ВИЧ, гепатиты, группа, Rh-фактор
Инструментальное обследование	ЭКГ, рентгенография органов

	гр.клетки, рентгенография черепа (по показаниям), КТ, МРТ головы (по показаниям), ЭГДС, ФБС (по показаниям)
Консультация и наблюдение специалистов	Обязательно - врач-токсиколог, (терапевт/педиатр), психиатр, анестезиолог- реаниматолог; дополнительно по показаниям - врач-нейрохирург, невролог, инфекционист, кардиолог
Методы детокискации	Промывание желудка, энтеросорбенты при пероральном введении наркотика, форсированный диурез; кишечный лаваж, гемосорбция, гемодиафильтрация (при отсутствии быстрого эффекта консервативной терапии тенденции к углублению комы); УФОК, ГХН,
Интенсивная терапия	ИВЛ, мониторирование ЭКГ, АД, пульса, катетеризация вен, в т.ч. магистральных, коррекция водно-электролитного баланса, КОС
Введение антидота	Налоксон 0,4-0,8 мг в/в струйно, в/ капельно при редком дыхании, повторно при показаниях
Другие лекарственные средства	Солевые растворы (Натрия бикарбонат). Многокомпонентные солевые растворы. Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс (Меглюмина натрия сукцинат) Бензодиазепина производные Антипсихотические препараты (нейропетики). Психостимуляторы и ноотропные препараты. Препараты для лечения заболеваний нервной системы (Этилметилгидроксипиридина сукцинат, цитофлавин). Препараты натрия (натрий хлорид). Препараты

	калия Декстроза 5%, 10%, 20% растворы Антикоагулянты прямые. Диуретики Миорелаксанты. Витамины. Антибиотики Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты (Гидроксиэтилкрахмал, Декстран)

Таблица 6 ***Отравления тяжелой с осложнениями (пневмония , токсико-гипоксическая энцефалопатия, позиционная травма, токсическая нефро-гепатопатия, острая почечная недостаточность, полиорганная недостаточность, сепсис, апаллический синдром).***

Критерии, признаки, наименование диагностических и лечебных мероприятий	**Необходимость проведения, содержание мероприятий**
Анамнез	Прием наркотика, наркотическая зависимость, при отсутствии анамнеза – характерные клинические симптомы
Характерные клинические симптомы	Миоз, сопор, кома, брадипноэ (менее 10 дыханий в мин, апноэ.), цианоз губ, лица при остановке дыхания;
Нарушения витальных функций	Нарушение со стороны сердечно-сосудистой системы; при длительной гипоксии нарушение ритма сердца, тахикардия, артериальная гипотония, коллапс, асистолия
Осложнения	пневмония, токсико-гипоксическая энцефалопатия, позиционная травма, токсическая нефро-гепатопатия, острая почечная недостаточность, полиорганная недостаточность, сепсис, апаллический синдром
Химико-токсикологическое обследование	Определение наличия опиатов, метадона в моче (ИХА, ТСХ) качественное, подтверждение при положительном результате (ГХ-МС, ВЭЖХ, ГЖХ); индивидуальное

	определение других лекарственных препаратов (ИХА, ТСХ, ГХ- МС, ВЭЖХ, ГЖХ) – при показаниях; алкоголя в крови и моче (ГЖХ)
Клинико-биохимическое обследование	Общий анализ крови развернутый, общий анализ мочи; анализ крови биохимический общетерапевтический, КОС, гематокрит, калий, натрий, кальций сыворотки крови, глюкоза крови, мочевина, креатинин, билирубин, ферменты печени – повторно, миоглобин в моче, клинический анализ ликвора (по показаниям)
Анализы крови обязательные неспецифические и дополнительные по показаниям	ВИЧ, гепатиты, группа, Rh-фактор; по показаниям - :иммунологические, микробиологические исследования крови, мокроты, исследования крови на токсичность.
Инструментальное обследование	ЭКГ, рентгенография органов гр..клетки, рентгенография черепа (по показаниям), КТ, МРТ головы (по показаниям), ЭГДС, ФБС (по показаниям), УЗИ головного мозга, печени, почек, органов грудной клетки, брюшной полости, ЭЭГ – по показаниям
Консультация и наблюдение специалистов	Обязательно – врач-токсиколог, (терапевт/педиатр), анестезиолог-реаниматолог психиатр, дополнительно по показаниям -, врач-нейрохирург, невролог, инфекционист, кардиолог , иммунолог, трансфузиолог, физиотерапевт, врач-ЛФК
Методы детокискации	Промывание желудка, энтеросорбенты при пероральном введении наркотика, форсированный диурез; кишечный лаваж,

	гемосорбция, гемодиафильтрация (при отсутствии быстрого эффекта консервативной терапии тенденции к углублению комы); УФОК, ГХН, при полиорганной недостаточности – гемодиализ, гемо-ультрафильтрация, плазмаферез (по показаниям)
Введение антидота	Налоксон 0,4-0,8 мг в/в струйно, в/ капельно при редком дыхании, повторно при показаниях и при отсутствии противопоказаний
Другие лекарственные средства	Солевые растворы (Натрия бикарбонат). Многокомпонентные солевые растворы Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс (Меглюмина натрия сукцинат). Бензодиазепина производные. Антипсихотические препараты (нейропетики) Психостимуляторы и ноотропные препараты. Препараты для лечения заболеваний нервной системы прочие (Этилметилгидроксипиридина сукцинат, цитофлавин). Препараты натрия (натрий хлорид). Препараты калия Декстроза 5%, 10%, 20% растворы Антикоагулянты прямые. Диуретики .Миорелаксанты. Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты (Гидроксиэтилкрахмал, Декстран. Препараты угля (по показаниям) Пенициллины широкого спектра действия. Препараты для лечения заболевания сердечно- сосудистой системы (по показаниям) Цефалоспорины и карбапенемы (по показаниям). Растворы для энтерального и парэнтерального

	питания (по показаниям) Сульфаниламидные препараты. Растворы для энтерального и парэнтерального питания (по показаниям) Кровь и ее препараты– по показаниям Прочие лекарственные средства
Интенсивная терапия	ИВЛ, мониторирование ЭКГ, АД, пульса, катетеризация вен, в т.ч. магистральных, коррекция водно-электролитного баланса, КОС, электрокардиостимуляция, нижняя трахеостомия, ГБО.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.

Практическая часть моей дипломной работы проводилась на базе ГБУ города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова №35».

Для исследования были использованы следующие материалы:

- Медицинская документация:

годовые отчеты о работе ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» подстанции № 35

- Литературные источники

2.1. Статистика по данным СНМП

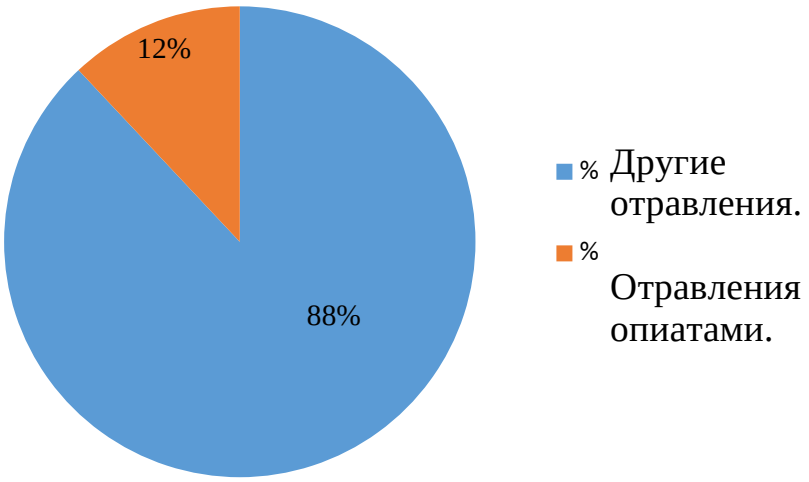
Аналитический метод использовался при обработке результатов годовых отчётов станции скорой медицинской помощи г. Москва и по поставленной цели и задачам данного практического исследования.

Первым этапом исследования стал анализ статистических данных. Произведем оценку эпидемиологической ситуации с наркоманией в России.

Ежегодно в стране регистрируется до 7,3 млн случаев отравления наркотическими веществами. Следует отметить, что число наркоманов, состоящих на медицинском учёте в России по состоянию на февраль 2017 года ровняется более 3 млн. человек. Исходя из этих данных можно сделать вывод, что эпидемиологическая ситуация с наркоманией в России крайне напряженная.

За 2016 год бригадами ССиНМП было выполнено 3.352.974 вызовов с различными классами заболеваний, из них 405.145 были пациенты с острым отравлением опиатами . (Рис. №1).

Рис.1 **Обслужено бригадами СМП за 2016 год**



По сравнению с 2015 годом число отравлений опиатами зарегистрированных среди взрослого населения, увеличилось на 14%.

В 2015 по сравнению с 2014 годом произошло снижение числа обращений за медицинской помощью по поводу отравлений опиатами на 11% (Рис. №2).

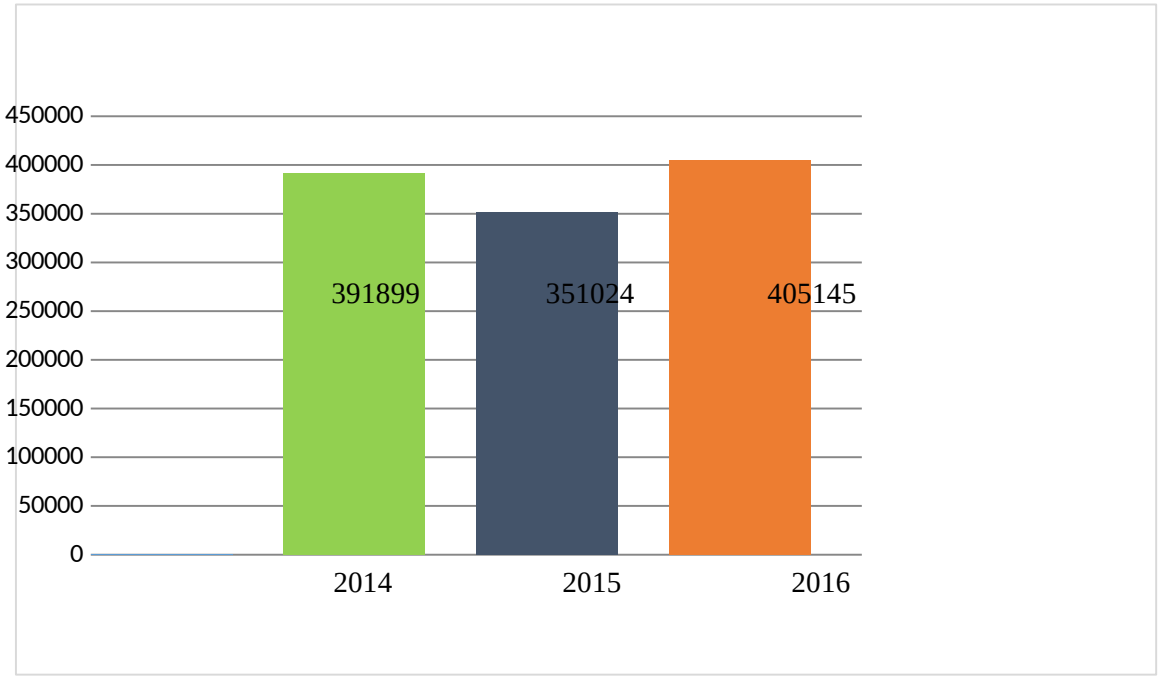


Рис .2.**Динамика отравления опиатами среди взрослого населения**

Среди наблюдавшихся больных основную группу составили мужчины (89,2%) в возрасте до 30 лет (82,8%). При этом отмечено ежегодное увеличение абсолютного (с 1 чел. в 2014 году до 11 чел. в 2016 году) и относительного (соответственно от 1,2% до 11,6%) числа женщин среди больных с отравлениями суррогатами опия. (Рис. №3)

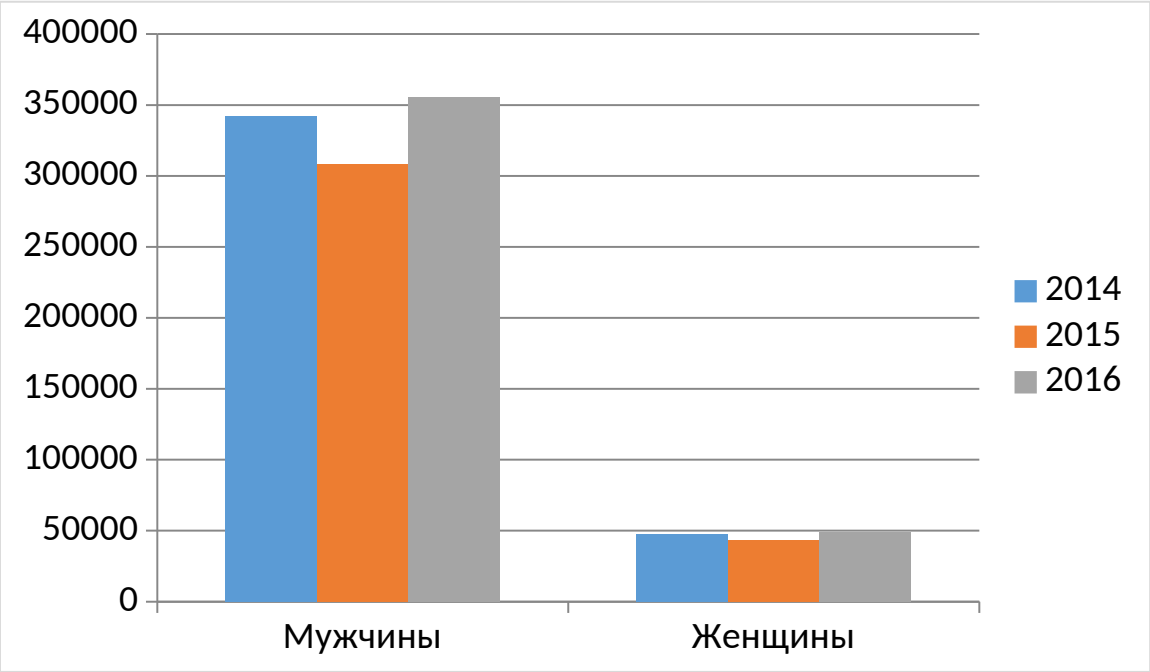


Рис.3 **Динамика соотношения больных, которым была оказана помощь бригадами СМП.**

У всех больных выявлялось нарушение сознания, преимущественно в виде угнетения (вплоть до глубокой комы), реже - с явлениями психомоторного возбуждения, брадипноэ различной степени, в том числе апноэ, локальный и распространенный цианоз. У большинства больных обнаруживали резкий миоз, со сниженными реакциями зрачков на свет. В случае сочетанного приема опиатов с холинолитическими препаратами (димедрол и др.) выявляли умеренный миоз (10,9%). У небольшой части обследованных (10,2%), зарегистрирован мидриаз (при крайне тяжелом и агональном состоянии).

Острое отравление опиатами первой стадии диагностировано - у 45007 (10,9%), второй и третьей - у 259451 (64,0%), четвертой - у 101285 (25,1%) чел.

При осмотре кожных покровов обнаруживали цианоз лица, разлитой цианоз, акроцианоз. Характерным признаком была одутловатость лица, параорбитальный отек, внутрикожные кровоизлияния в области век, кро воизлияния в конъюнктиву. Следы свежих и старых внутривенных инъекций различной локализации (на передней поверхности предплечий, чаще левого, на кистях, стопах, межпальцевых промежутках, проекции яремных и бедренных вен, вен полового члена и др.). Не обнаружено следов инъекций у 31086 чел.

Кратковременное повышение температуры тела до 38-40* С, в сочетании с множественной лифаденопатией, расцененное как пирогенная реакция на введение суррогатов опия, обнаруживали у 11749 (2,9%) больных.

Острая сердечно-сосудистая недостаточность выявлена у 19,9% больных с тяжелыми и у всех больных с крайне тяжелыми формами отравления. На ЭКГ нередко регистрировались вертикальное положение электрической оси сердца или ее отклонение вправо, преходящее увеличение потенциалов правого предсердия и правого желудочка. Признаки синдрома ранней реполяризации левого желудочка и нарушения питания передней стенки левого желудочка обнаруживали у всех больных в крайне тяжелом состоянии.

Острую дыхательную недостаточность различной степени центрального генеза, в большинстве случаев сочетавшуюся с аспирационно-обтурационными и, нередко, с легочными нарушениями дыхания, наблюдали у всех больных, доставленных в коматозном состоянии. Среди больных, госпитализированных по поводу отравления опиатами, наблюдались 43 (3,4%) пациента, из которых 62,8% назвали причиной отравления “героин”, в том числе принятый ингаляционно. В коматозном состоянии и после выхода из него, на фоне проводимой терапии, у этих больных выявлялись обильное отделение слизисто-кровянистой мокроты, приступообразный кашель, одышка в покое или при незначительной нагрузке, ослабление везикулярного дыхания или наличие влажных хрипов в легких.

Признаки пневмонии, как осложнения коматозного состояния, обнаруживались у 101145 чел. (25,2%) в форме гипостатической и бактериальной пневмонии. Гипостатическая (78,6%) пневмония развивалась у больных, находившихся в коматозном состоянии, продолжавшемся от 2 до 6 часов. Основными проявлениями ее были: субфебрильная температура, ослабление везикулярного дыхания в задненижних отделах легких, появление крепитирующих хрипов в этих же отделах.

2.2. Клинические примеры

2.2.1 Клинический пример 1

Повод к вызову СМП: мальчик 12 лет «задыхается». Место вызова: квартира. Вызывает друг. Со слов друга больной употребил 2 грамма героина внутривенно.

На месте вызова: мальчик 14 лет (по документам), состояние тяжелое. Лежит на полу без сознания, на осмотр не реагирует. Пониженного питания.

- Кожные покровы цианотичны, прохладные на ощупь, сухие, на конечностях следы от многочисленных инъекций, связанных и не связанных с кровеносными сосудами, подкожные вены в виде «жгутов».
- Зрачки D=S, узкие, фотореакции не вызываются, корнеальные рефлексы вялые.
- Дыхание поверхностное, ослаблено, аритмичное, хрипы не выслушиваются. ЧД около 8-9 в минуту.
- АД 70/40 мм рт. ст. Ps=ЧСС=62 удара в минуту, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, ритмичны.
- Живот плотный по ходу толстой кишки, перистальтика вялая. Очаговых знаков нет.
- По другим органам без видимой грубой патологии.

Диагноз: Т40.1 Отравление наркотиками группы опия (Героин). Наркотическая кома (гипоксемическая).

Тактика:

- Санация верхних дыхательных путей
- Воздуховод
- ИВЛ масочная 100% кислород
- Пульсоксиметрия
- Катетеризация вены
- Налоксон 0,4 мг в/венно
- Натрия хлорид 0,9 % - 500 мл в/венно капельно
- Меглюмина натрия сукцинат 500 мл в/венно капельно 60-80 кап. В мин
- <u>При недостаточном эффекте</u>
- Налоксон 0,4 мг в/венно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1.Острые отравления наркотическими веществами: суррогатами опия и наркотическими анальгетиками представляют серьезную проблему ургентной медицины, вследствие частой экстремальности ситуаций, связанной с критическим состоянием больного и его окружением, с трудностями получения достоверной информации об анамнезе заболевания, сложностями лабораторной диагностики. Поэтому диагностика данных состояний должна основываться на выявлении кардинальных клинических симптомов (различные степени угнетения сознания с преобладанием центрального нарушения дыхания, в сочетании с резким дозонезависимым миозом) и поисках косвенных признаков употребления наркотических веществ. Наиболее частыми и серьезными осложнениями являются аноксическая энцефалопатия, асфиксические и легочные формы нарушения дыхания и позиционная компрессия тканей, обусловленная длительным пребыванием больных в неподвижном положении, часто сочетающимся с переохлаждением. Развитие респираторного дистресс-синдрома является серьезным осложнением острых отравлений суррогатами опия, затрудняющим и заметно удлиняющим их лечение, приводящим к развитию рентгенопозитивных изменений паренхимы легких. Переход к употреблению “уличного” героина и распространение инфекции ВИЧ обусловили увеличение частоты РДС и появление редких форм осложнений. Отягощающими факторами является наличие токсических примесей и психотропных средств нефармакопейного происхождения. Наиболее эффективным лечебным мероприятием является специфиеская антидотная терапия, в сочетании с ингаляцией кислорода и методами усиления естественной детоксикации и синдромальной терапией.

В ходе выполнения дипломной работы, были решены следующие задачи:

- ✓ Выявлены основные признаки острого отравления опиатами, представлены методы диагностики на догоспитальном этапе, методы оказания первой медицинской помощи;
- ✓ Изучена выраженность симптомов острого отравления опиатами;
- ✓ Изложены особенности по диагностике и лечению ;
- ✓ Изложены обязанности фельдшера по оказанию медицинской помощи раненым и пострадавшим при остром отравлении опиатами;

2. В практической части была осуществлена исследовательская работа, в рамках которой: были проанализированы годовые отчеты о работе бригад СМП , проработаны законодательные акты по вопросам наркологии.

Для получения статистических данных был проведен анализ карт вызова скорой медицинской помощи и сопроводительные листы. Выявлены наиболее встречающиеся осложнения возникшие в следствие употребления наркотических препаратов опийной группы

В прошлом году в Москве в двое уменьшилось количество людей, поступивших в медучреждения с подозрением на употребление психоактивных веществ. При этом, если в 2015 году наркотиками отравились 146 человек, то в 2016 — лишь 29.

В 2015 по сравнению с 2014 годом произошло снижение числа обращений за медицинской помощью по поводу отравлений опиатами на 11%.

Острое отравление опиатами первой стадии диагностировано – в 10,9%,

За 2016 год бригадами СС и НМП было выполнено 3.352.974 вызовов с различными классами заболеваний, из них 12% были пациенты с острым отравлением опиатами.

3. Последовательность лечебных мероприятий при отравлениях опиатами зависит от состояния больного, исходя из патогенеза и особенностей развития клиники.

- Все манипуляции больному с отравлением наркотиками необходимо проводить в резиновых перчатках, а интубацию в защитных очках.
- При отсутствии эффекта от первого введения антидотов, их последующее применение следует отложить до улучшения состояния сознания больного.
- Контроль состояния дыхания необходимо проводить до полного восстановления сознания, т.к., особенно при пероральных отравлениях, наблюдаются повторные остановки дыхания.
- Возможен быстрый выход больного из комы с неадекватным поведением.
- При проведении форсированного диуреза возможна задержка мочеотделения из-за спазма сфинктера мочевого пузыря.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон от 08.01.1998 года N 3-ФЗ (в редакции от 18.07.2009 года N 177-ФЗ) "О наркотических средствах и психотропных веществах"
2. Федеральный закон от 21.11. 2011 года N 323-ФЗ "Об охране здоровья граждан в Российской Федерации" часть 2 статьи 37
3. Приказ Минздрава России от 17.05.2016 года N 299н "Об утверждении стандарта первичной специализированной медико-санитарной помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ"
4. Приказ Минздрава России от 17.05.2016 года N 300н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ"
5. Приказ Минздрава России от 17.05.2016 года N 301н "Об утверждении стандарта первичной специализированной медико-санитарной помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ"
6. Приказ Минздрава России от 17.05.2016 года N 302н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ"
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 апреля 2010 года N 225ан "Об утверждении порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации"
8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20.06. 2013 года N 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»

9. Постановления правительства Москвы от 23.12. 2016 г. N 935-ПП «0 Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2017 год»

10. Письмо Минздрава России от 30 апреля 2013 года «О порядке применения стандартов и порядков оказания медицинской помощи».

11. Клиническая токсикология детей и подростков /Под ред. И.В.Марковой и др. Часть 1.- Санкт-Петербург: “Интермедика”, 2013.- С.123-194.

12. Лужников Е.А., Костомарова Л.Г. Острые отравления: Руководство для врачей.- М.: Медицина, 2012.- С.274-275.

13. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр.- Женева: ВОЗ, 1995.- Т.1.- Ч.1.- С.325-326.- Ч.2.- С.325-344.

14. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей .- М.: Медицина,2016.-544 с.

15. Волкова Е.И., Комарова Н.А., Зобнин Ю.В. Особенности течения пнев- монии у лиц, употребляющих наркотические вещества // Актуальные проблемы экстремальной медицины и избранные вопросы клинической токсикологии: Тез. докл. науч.-практ. конф., метод. пособие /Под ред. Р.Г.Сайфутдинова, Ю.В.Зобнина.- Иркутск, 2013.- с.74-76.

16. Бардымов В.В., Зобнин Ю.В., Провадо И.П. и др. Редкое осложнение опийной интоксикации // Актуальные проблемы современной клиники: Сб.науч.-иссл. работ, посв. 25-летию каф.вн.бол.пед.ф-та Крас.гос.мед.акад. /Под ред. Е.И.Харькова, С.В.Клеменкова.- Красно- ярск: КГМА, 2012.- С.12-15.

17. Сенцов В.Г., Брусин К.М., Меледин В.Ю., Бушуев А.В. Клиника, диаг- ностика и неотложная помощь при острых отравлениях

(Учебное посо- бие) /Под ред. В.Г.Сенцова.- Екатеринбург: Изд-во УГМА, 2015.- 40 с.

18. Клиническая токсикология детей и подростков /Под ред. И.В.Марковой и др. Часть 1.- Санкт-Петербург: “Интермедика”, 2011.- С.123-194

19. Солодун Ю.В., Ульфан Р.Е. Наркотизация общества – крупномасштаб- ная национальная катастрофа 2015.- С.74-76.

20. Диагностика и лечение острых отравлений лекарственными препаратами психотропного действия. Материалы городской научно-практической конференции. – М.: НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, 2012. – 32 с.

21. Шиманко И.И., Мусселиус С.Г. Острая печеночно-почечная недоста- точность.- М.: Медицина, 2014.- 288 с.

Приложения

Приложение 1

Классификация по МКБ-10

Отравление наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами] (Т40)

Исключены: лекарственная зависимость и психические расстройства и нарушения поведения вследствие употребления психоактивных веществ (F10-F19)

Т40.0 Опием

Т40.1 Героином

Т40.2 Другими опиоидами-Кодеином Морфином

Т40.3 Метадоном

Т40.4 Другими синтетическими наркотиками-Петидином

Т40.5 Кокаином

Т40.6 Другими и неуточненными наркотиками

Т40.7 Каннабисом (производными)

Т40.8 Лизергидом (LCD)

Т40.9 Другими и неуточненными психодислептиками [галлюциногенами] Мескалином Псилоцином Псилоцибином.

Приложение 2

Классификация ПАВ (в соответствии с Законом о наркотических средствах и психотропных веществах N 3-ФЗ от 8.01.98)

No	**Группы ПАВ**	**Характеристика**	**Законодательные акты**
1.	Наркотические средства (НС)	Вещества синтетического Или естественного происхождения, препараты, растения	Перечень∗ Единая Конвенция о наркотических средствах 1961г.
2.	Психотропные вещества (ПВ)	Вещества синтетического Или естественного происхождения, препараты, Природные материалы,	Перечень, Международные Договора РФ, Конвенция о психотропных веществах 1971г
3.	Прекурсоры наркотических средств и психотропных веществ	Вещества, часто используемые при производстве, изготовлении, переработке НС и ПВ	Перечень, Конвенция ООН о борьбе против Незаконного оборота НС и ПВ 1998 г
4.	Аналоги наркотических средств и психотропных веществ	Запрещенные для оборота в РФ вещества синтетического или естественного происхождения, химическая структура и свойства которых сходны с химической структурой и свойствами НС и ПВ, психоактивное действие которых она воспроизводят.	
5.	Препарат∗∗	смесь веществ, содержащая одно или несколько НС и ПВ	Перечень*

Примечание: ∗ - «Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ в соответствии с законодательством РФ».

∗∗ -смесь веществ в любом физическом состоянии, содержащая одно или несколько НС и ПВ, включенных в Перечень