Отравления бензодиазепинами

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: T42.4 · Межрегиональная благотворительная общественная организация "Ассоциация клинических токсикологов", Общероссийская общественная организация «Российское общество скорой медицинской помощи»

Острое отравление бензодиазепинами — нарушение здоровья после приема внутрь токсической дозы одного или нескольких препаратов этой группы; основное действие связано с угнетением центральной нервной системы. Рекомендация описывает распознавание интоксикации, поддержание дыхания и гемодинамики, методы детоксикации и маршрутизацию пациента.

Главное

- Тяжесть отравления оценивают клинически: концентрация бензодиазепинов в крови не всегда соответствует тяжести состояния. Для оценки сознания используют шкалу комы Глазго.
- Типичные проявления — сонливость, невнятная речь, атаксия и нарушение координации; при больших дозах возможны возбуждение, сопор, кома, угнетение дыхания, арефлексия, мидриаз и сердечно-сосудистые нарушения.
- Смертельные отравления бензодиазепинами наблюдаются крайне редко; в основном смерть наступает при одновременном приеме бензодиазепинов с алкоголем, другими транквилизаторами и снотворными. Этанол может усиливать эффекты бензодиазепинов.
- При употреблении психоактивных веществ с пагубными последствиями следует предложить наблюдение в наркологическом диспансере (УДД 5, УУР С).
- Всех пострадавших целесообразно госпитализировать в специализированный центр острых отравлений. При тяжелом отравлении и нарушении витальных функций требуется отделение реанимации и интенсивной терапии.
- Резкая отмена бензодиазепинов после длительного приема может вызвать делирий, тревогу, вегетативную нестабильность, тремор и судороги; пик синдрома отмены приходится на 3–4-й день, постепенное уменьшение проявлений занимает 3–4 недели.

Диагностика

1. Соберите токсикологический анамнез: вид или название вещества, предполагаемую дозу, время и путь поступления, обстоятельства отравления; уточните психиатрический анамнез. При подозрении на острое отравление сбор жалоб и анамнеза проводят у всех пациентов (УДД 5, УУР С).
2. В стационаре токсиколог или анестезиолог-реаниматолог должен осмотреть пациента не позднее 10 минут после поступления (УДД 5, УУР С). Оцените сознание по шкале Глазго, зрачки и рефлексы, дыхание, гемодинамику, кожу, травмы и запах этанола.
3. Оцените дыхание и выполните пульсоксиметрию; при длительной коме дополнительно проведите аускультацию и перкуссию грудной клетки для раннего выявления ателектазов и пневмонии (УДД 5, УУР С). Исследуйте сердечно-сосудистую систему.
4. Для лабораторного подтверждения определите бензодиазепины в моче методом ИХА. Положительный или сомнительный результат, а также сохраняющееся клиническое подозрение требуют верификации методом газовой и/или жидкостной хромато-масс-спектрометрии (УДД 5, УУР С).
5. Выполните общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови с билирубином, АЛТ, АСТ, общим белком, мочевиной, креатинином и глюкозой, а также определите натрий и калий (УДД 5, УУР С). При дыхательной или сердечной недостаточности исследуйте pH, pCO2, pO2, HCO3 и BE (УДД 5, УУР С).
6. Зарегистрируйте и интерпретируйте ЭКГ у всех пациентов (УДД 5, УУР С). При тяжелом отравлении с оценкой по шкале Глазго менее 13 баллов мониторируйте частоту сердцебиения, артериальное давление и выполняйте пульсоксиметрию. Рентгенографию или СКТ органов грудной клетки выполняйте для выявления легочной патологии; рентгенографию черепа или СКТ головного мозга — у пациентов, доставленных с улицы или общественных мест, либо при наличии следов травмы; бронхоскопию — при подозрении на аспирацию.

Лечение

- На догоспитальном этапе сначала восстановите проходимость дыхательных путей, адекватную вентиляцию и гемодинамику; при необходимости применяйте аспирацию, воздуховоды, ларингеальную маску, интубацию и ИВЛ. Обеспечьте венозный доступ, проводите внутривенную инфузию растворов, влияющих на водно-электролитный баланс, и растворов декстрозы**, назначьте увлажненный кислород (УДД 5, УУР С).
- Зондовое промывание желудка проводят как можно раньше, в том числе при коме или предполагаемом приеме большой дозы. При глубоком угнетении сознания сначала интубируют трахею; разовая порция воды для взрослого — 250 мл, для ребенка — 10 мл/кг, но не более 250 мл; общий объем для взрослых — до 10 л (УДД 5, УУР С).
- Активированный уголь назначают в нагрузочной дозе, в 10 раз превышающей принятую дозу токсиканта, но не более 1 г/кг; повторно — по 0,25–0,5 г/кг каждые 6 часов (УДД 5, УУР С).
- ИВЛ показана при апноэ или патологических ритмах дыхания, $PaCO_2$ ≤25 мм рт. ст. при спонтанном дыхании, $PaCO_2$ ≥50–55 мм рт. ст., а также при коме с оценкой по шкале Глазго ≤8 баллов при острой дыхательной недостаточности (УДД 5, УУР С). В стартовом режиме CMV(VC) используют дыхательный объем 6–8 мл/кг должной массы тела, частоту 8–12/мин, PEEP 3–5 см H_2O и FiO_2 0,6.
- При тяжелых гемодинамических расстройствах проводят противошоковую инфузионную терапию; при стойкой гипотонии, не отвечающей на инфузии, применяют адренергические и дофаминергические средства (УДД 5, УУР С). Коррекцию гиповолемии и электролитных нарушений проводят под контролем гемодинамики, электролитов и диуреза.
- При метаболическом ацидозе внутривенно вводят натрия гидрокарбонат**, для коррекции ацидоза используют 3–5% раствор (УДД 5, УУР С).
- Меглюмина натрия сукцинат** применяют после устранения нарушения транспорта кислорода и гипоксии у пациентов старше 1 года: взрослым — внутривенно капельно 10 мл/кг/сут со скоростью 1–4,5 мл/мин, курсом до 11 дней; детям с 1 года — 6–10 мл/кг/сут со скоростью 3–4 мл/мин, курсом 11 дней. Препарат противопоказан детям до 1 года, при аллергии на компоненты, отеке мозга после ЧМТ, острой почечной недостаточности, хронической болезни почек, беременности и грудном вскармливании.
- Экстракорпоральное очищение крови методом плазмафереза или гемосорбции проводят при приеме дозы в 50 раз, превышающей терапевтическую (более 0,5 г), в сочетании с клиникой тяжелого отравления; при тяжелой клинике и наличии яда в крови или моче; либо при концентрации препарата в крови более 20 мкг/мл. При отсутствии улучшения после полноценного лечения в течение 6 часов метод проводят после повторных промываний желудка, энтеросорбции, очищения кишечника, адекватной инфузионной терапии и необходимого обследования; при ухудшении состояния — до истечения 6 часов (УДД 5, УУР С).

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализируйте всех пациентов в специализированный центр острых отравлений. При тяжелом отравлении, осложнениях или нарушении витальных функций направляйте в ОРИТ; при отсутствии токсикологического центра необходим стационар, где доступны гемодиализ или гемосорбция.
- Ориентировочная длительность лечения: при легком отравлении — до 2 дней; при тяжелом неосложненном — 3–5 дней в ОРИТ; при осложнениях пневмонией, почечно-печеночной недостаточностью или токсикогипоксической энцефалопатией — до 10 и более дней с последующей реабилитацией.
- Если после 4 часов наблюдения нет признаков или симптомов отравления бензодиазепинами, пациента можно выписать. Средний срок лечения в стационаре определяется степенью тяжести отравления.
- При подозрении на намеренную передозировку показана консультация врача-психиатра.

Частые вопросы

Как подтвердить отравление бензодиазепинами, если пациент не сообщает анамнез?

Проведите качественное определение бензодиазепинов в моче методом ИХА. При отрицательном или сомнительном экспресс-тесте, сохраняющемся клиническом подозрении либо отсутствии соответствующего экспресс-теста выполните исследование мочи методом газовой и/или жидкостной хромато-масс-спектрометрии.

Когда при отравлении бензодиазепинами начинать ИВЛ?

ИВЛ проводят при апноэ или патологических ритмах дыхания, PaCO2 ≤25 мм рт. ст. или ≥50–55 мм рт. ст. при спонтанном дыхании, а также при коме с оценкой по шкале Глазго ≤8 баллов и острой дыхательной недостаточности.

Как проводить деконтаминацию желудочно-кишечного тракта?

Зондовое промывание желудка выполняют как можно раньше; при глубокой коме предварительно интубируют трахею. Активированный уголь назначают в дозе, в 10 раз превышающей принятую дозу вещества, но не более 1 г/кг, затем по 0,25–0,5 г/кг каждые 6 часов.

Когда нужна экстракорпоральная детоксикация?

При тяжелом отравлении ее проводят при приеме дозы в 50 раз, превышающей терапевтическую (более 0,5 г), в сочетании с клиникой тяжелого отравления; при наличии яда в крови или моче; либо при концентрации более 20 мкг/мл. При полноценном лечении и отсутствии улучшения метод применяют через 6 часов стационарной терапии, а при ухудшении — раньше.

Когда пациента можно выписать после отравления?

Если после 4 часов наблюдения нет признаков или симптомов отравления, пациента можно выписать. Средняя длительность лечения составляет 1–2 койко-дня при легком, 3–5 — при среднем и 7–14 дней при тяжелом неосложненном отравлении.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/872-otravleniya-benzodiazepinami. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/872_1