

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm01004&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 01004. Довготривале вживання бензодіазепінів та їх відміна

Автор: Aki Rovasalo

Редактор оригінального тексту: Sari Atula

Дата останнього оновлення: 2017-08-25

## Основні положення

- Відміна препарату має бути розглянута, якщо його побічна дія переважає користь.
- Лише один лікар має бути відповідальним за призначення бензодіазепінів певному пацієнту
- Припиняти прийом препарату слід повільно та поступово - впродовж кількох тижнів або місяців.
- Будь-які пов'язані з цим психіатричні проблеми або зловживання препаратом повинні розглядатися одночасно.
- У разі укладання домовленості з пацієнтом та відповідною аптекою щодо забезпечення лікарським засобом, за можливості, намагайтесь призначити мінімальну дозу.

*Коментар експерта.* В Україні відсутня практика укладання договорів між лікуючим лікарем, пацієнтом та аптекою щодо забезпечення пацієнта психоактивними лікарськими засобами

- Ризик розвитку залежності можна знизити, якщо одночасно з призначенням препарату визначити строк припинення його вживання.

## Діагностичні принципи

- Залежність від бензодіазепінів (за МКХ-10 F13.2) характеризується підвищенням толерантності (поступове зниження ефекту), потребою збільшувати дозу, появою симптомів відміни у разі зниження дози [табл. T1] та продовженням вживання ліків незважаючи на появу побічних дій.
- Виділяють три загальних типи бензодіазепінової залежності:
  - *залежність від стандартної терапевтичної дози* (низькодозова залежність): ятрогенна; у літніх хворих та у пацієнтів, які тривало лікувались. Через кілька років прийому цих препаратів у половини пацієнтів виникає залежність
  - *наростаюча залежність*: звикання може виникнути у разі призначення стандартної дози бензодіазепінів без визначення строку припинення їх вживання. У пацієнта виникає потреба у вищій дозі, а також він починає відвідувати кількох лікарів задля можливості збільшити дозу.
  - *зловживання кількома психотропними препаратами*: пацієнт використовує бензодіазепіни для підсилення ефекту інших ліків або полегшення симптомів відміни.
- У випадку згубного вживання бензодіазепінів (F13.1 за МКХ-10) у пацієнта немає залежності, але вживання ліків може спричинити фізичну чи психічну шкоду - наприклад поведінкові розлади.
- До симптомів, що виникають у разі відміни бензодіазепінів (F13.3 по МКХ-10) відносять комплекс типових ознак, виявлених при фізикальному обстеженні [табл. T1]. Можливий пізній розвиток деліріозного стану - через 1-2 тижні (F13.4 за МКХ-10).
- Припинення дії бензодіазепінів теоретично може включати наступні ефекти відміни: рецидив (тобто первинний тривожний розлад рецидивує), рикошет (транзиторне загострення первинних симптомів) та власне симптоми відміни.

Таблиця T1. Симптоми відміни бензодіазепінів

Емоційні та когнітивні розлади
Тривога, лякливість
Нездужання, дратівливість
Песимізм
Повторювальні obsесивні/компульсивні думки, недовірливість
Розлади сну
Безсоння, порушення патерну сон-неспанья, денна втома

Фізикальні ознаки та симптоми
Тахікардія (частота пульсу більше 100/хв), гіпертензія
Гіперрефлексія, підвищений м'язовий тонус, посмикування м'язів, тремор, атаксія
Ажитація, рухове збудження
Міалгія, артралгія
Нудота, закладеність носа
Пітливість
Шум у вухах
Великі епілептичні напади
Розлади чутливості
Відчуття деперсоналізації (тимчасово втрачається відчуття реальності)
Розмитість зору, гіперакузія
Ілюзії, галюцинації

## Первинні обстеження

- В подальшому необхідно з'ясувати:
  - справжню дозу та тривалість вживання; необхідно зібрати дані з усіх попередніх місць лікування
  - власне ставлення пацієнта до вживання ліків та потреби у їх відміні
  - теперішні та попередні дані щодо зловживання лікарськими препаратами; які ліки, скільки, які методи лікування застосовувались.
- Переваги та побічні дії мають бути обговорені з пацієнтом. Наприклад, лікар разом із пацієнтом можуть систематизовано обдумати наведені нижче аспекти.
  - Переваги довготривалого використання:
    - У деяких випадках альтернативні лікарські засоби не дозволяють у повній мірі усунути тривожність або розлади сну, або ж препарати бензодіазепінового ряду мають чітку перевагу у лікуванні психіатричних та неврологічних захворювань.
  - Шкідливі ефекти довготривалого використання:
    - У випадку застосування усіх препаратів бензодіазепінового ряду є ризик виникнення залежності.

- Бензодіазепіни мають седативний ефект і можуть бути причиною підвищеного ризику нещасних випадків. Вони спричиняють когнітивну дисфункцію та можуть спричинити сплутаність та збудження, особливо у пацієнтів з деменцією.
- Вони іноді зменшують здатність пацієнта контролювати свої імпульсивні потяги, що призводить до зловживання ними та агресивної поведінки. У осіб, які зловживають (бензодіазепінами) може посилюватися тяга до алкоголю.
- Бензодіазепіни здатні проходити через плацентарний бар'єр.
- Бензодіазепіни можуть спричинити небезпечні ситуації на дорозі або під час роботи.
- Дуже великі дози препарату можуть становити загрозу для життя, оскільки існує можливість одночасного зловживання кількома психотропними речовинами. Хоча це трапляється нечасто.
- Переваги снодійних пігулок виявляються лише при їх короткотривалому використанні.
- Немає жодних доказів того, що бензодіазепіни мають переваги у лікуванні алкогольної залежності.
- Переваги, пов'язані з відміною препарату:
  - Стане відомою реальна потреба пацієнта у використанні препарату.
  - Більш того, пацієнт зможе позбутися вживання непотрібних або шкідливих ліків з подальшим поліпшенням якості життя.
- Проблеми, пов'язані з відміною препарату:
  - Можуть виникати транзиторне посилення тривоги та розлади сну (особливо якщо пацієнт занадто швидко припинив вживання препарату).
  - Процес відміни потребує мотивації, часу, терпіння та співпраці, в тому числі й зі сторони лікаря.
- Правильний діагноз має бути встановлений згідно офіційної класифікації захворювань та записаний в медичну картку пацієнта.
- Бажано відкрито, разом із пацієнтом вивчити діагностичні критерії (згідно офіційної класифікації хвороб), симптоми відміни [табл. T1], а також переваги та побічні дії лікарського засобу (див. вище).

- Слід виявляти будь-які психічні розлади, а за наявності показань - призначати лікування. За наявності перепадів настрою та тривожних розладів можна розпочинати лікування ІСЗС або іншими препаратами, навіть за декілька місяців до початку відміни бензодіазепінів.
- Контрольоване довготривале використання бензодіазепінів може продовжуватись у тих випадках, коли відміна препарату принесе більше шкоди, ніж очікуваних позитивних ефектів. Залежність сама по собі не є причиною для відміни препарату, за умови згоди лікаря на довготривале лікування і прогнозування того, що воно не принесе шкоди.
- Рекомендовано припинити вживання (бензодіазепінів) якщо очікується, що це поліпшить загальний стан пацієнта.
- Необхідно забезпечити пацієнта письмовими джерелами інформації для домашнього вивчення, оскільки це покращує прогноз відміни препарату.

## Поетапне лікування та визначення показань до консультації спеціаліста

- У випадку звернення до чергової (ургентної) клініки лікувального закладу
  - пацієнт повинен бути направлений до його особистого лікаря
  - загальне правило - рецепти на седативні препарати не виписуються, проте ліки необхідно призначати за наявності гострих симптомів відміни, див. [\[настанова 00893 | Лікування алкогольної аб...\]](#)
  - лікування симптомів, що виникли внаслідок припинення вживання токсичних речовин чи ліків, розпочинається лише за наявності об'єктивних ознак (загрозлива поведінка не є симптомом відміни, тому слід попросити пацієнта повернутись у клініку пізніше або рекомендувати йому стаціонарне лікування, див. [\[настанова 00894 | Пацієнт з аддикцією до л...\]](#)).
- Розпочинати відміну препарату можна і на первинній медичній допомозі за умови, що
  - поточна доза менша за подвійну максимально рекомендовану дозу
  - пацієнт не страждає на тяжкі психічні хвороби та не зловживає кількома психоактивними речовинами

- пацієнт готовий дотримуватись плану лікування.
- Консультація психіатра необхідна, якщо
  - пацієнт не може співпрацювати з лікарем у повній мірі
  - є ознаки розладів особистості, пацієнт має тяжку депресію, тяжкі тривожні розлади або в анамнезі наявні психічні захворювання
  - лікування бензодіазепінами триває більше 4 місяців без спроби припинення їх вживання (під час консультації необхідно, наприклад, уточнити діагноз та визначити альтернативні шляхи лікування).
- Консультація психіатра, фахівця із залежності або направлення в клініку з лікування залежності необхідні, якщо
  - попередні спроби припинити вживання лікарських препаратів були невдалими
  - поточна доза вдвічі більша за максимальну рекомендовану добову дозу
  - пацієнт приймає бензодіазепіни в дозі, що перевищує максимальну рекомендовану та не виявляє спроб припинити їх вживання (під час консультації, між іншим, слід обговорити побічні дії та позитивні ефекти)
  - на даний момент пацієнт вживає декілька психотропних речовин або сильно зловживає алкоголем.
- Консультація невролога необхідна, якщо у пацієнта
  - був епізод судом в анамнезі
  - наявні неврологічні захворювання, в лікуванні яких можлива користь від застосування бензодіазепінів.
- Рекомендується, щоб пацієнт був госпіталізований до медичного закладу ( загальнопрофільна лікарня, спеціалізована лікарня/ клініка, психіатрична лікарня) впродовж періоду або, принаймні, для початку лікування, спрямованого на припинення вживання, якщо
  - поточна доза бензодіазепінів більш ніж в три рази перевищує рекомендовану добову дозу (тяжка високодозова залежність)
  - неможливо точно встановити величину поточної дози
  - у пацієнта є залежність від кількох психотропних речовин, або в анамнезі є дані щодо рецидивів зловживання декількома психотропними засобами

- у пацієнта наявні інші важкі супутні захворювання (такі, як виражене апное сну, ішемічна хвороба серця, тяжка депресія)
- пацієнт використовує барбітурати.

## Тактика лікування

- План лікування як для довготривалого застосування, так і для припинення вживання повинен бути сформований у письмовому вигляді. Слід зробити копії відповідних сторінок медичної картки пацієнта, а також завірити їх його підписом.
- Пацієнт повинен дати письмову згоду на те, що
  - можуть бути отримані усі відповідні дані з попередніх місць лікування
  - усі попередні призначення можна буде переглянути (це особливо актуально у разі використання електронних рецептів)
  - копія плану лікування може бути негайно надіслана в усі попередні місця лікування, а в подальшому може надсилатись й інформація щодо прогресу в лікуванні або відміні препарату
  - у деяких випадках до місцевих аптек можна подати запит щодо купівлі пацієнтом медикаментів впродовж попереднього року.
- Пацієнту слід повідомити, що під час лікування щодо припинення вживання (бензодіазепінів) у випадковому порядку будуть проводитись тести на виявлення ліків. До них належать тести із застосуванням дихального аналізатора або визначення наявності ліків у сечі (проте тести на бензодіазепіни є досить ненадійними).
- Пацієнта необхідно заздалегідь попередити, що рецепти не будуть поновлюватись, навіть якщо вони будуть загублені або вкрадені (проте, за наявності показань та гострих очевидних об'єктивних симптомів відміни слід призначити відповідне лікування).
- У складних випадках (якщо доза відрізняється від офіційно рекомендованої, підозрі, що контроль за лікуванням неповний, або якщо в минулому повторні спроби припинення вживання не були успішними) можна оформити спеціальний договір з відповідною аптекою. Див. також [\[Настанова 00894 | Пацієнт з аддикцією до л...\]](#).

- Система електронних рецептів не попереджає зловживання ліками та використання різного роду лазівок, тому рекомендується оформлювати аптечний договір із вказаною мінімально ефективною дозою препарату, принаймні у складних випадках.
- Можна попросити пацієнта вести щоденник прийому ліків. Щоденник також може допомогти пацієнту виявити ситуації підвищеного ризику та віднайти альтернативні шляхи їх подолання.

## Визначення початкової дози

- Відміна препарату має починатись із достатньо великої дози, що не викликає симптомів відміни та дозволяє пацієнту заснути (табл. [табл. |T1]).
  - Екстрена оцінка симптомів відміни: частота пульсу, артеріальний тиск, тремор, пітливість.
  - Симптоми відміни також можуть бути оцінені за допомогою опитувальника CIWA-B (Clinical Institute Withdrawal Assessment-Benzodiazepines).
- В умовах стаціонару доза діазепаму може бути збільшена до 20 мг кожні 2 години (до 200 мг на добу), але лише у випадках, коли седация пацієнта з клінічними проявами синдрому відміни є не надто глибокою.
- У більшості випадків можливо знизити дуже високу початкову дозу (в умовах стаціонару) вдвічі, навіть впродовж кількох днів, особливо у випадку використання діазепаму.
  - Дозу можна зменшувати поступово або відповідно до тяжкості симптомів відміни; у стаціонарних пацієнтів немає значущої різниці між цими двома методиками.
  - В якості додаткової терапії під час відміни бензодіазепінів можна використовувати карбамазепін або вальпроат натрію. Більш детально щодо додаткових лікарських засобів - див. нижче.

*Коментар експерта. Міжнародна непатентована назва Вальпроату натрію - Вальпроєва кислота*

- Якщо попередні спроби відмінити препарат не були успішними, пацієнт дуже важко переносить симптоми відміни або використовує ліки дуже короткої дії, перехід на діазепам можливий впродовж 1-2 тижнів у дозі, еквівалентній за силою іншим лікам (табл. [табл. |T2]). Для амбулаторних пацієнтів використовують повільні схеми відміни препарату, див. вебсайт [веб|<http://www.benzo.org.uk/...>].



*Коментар експерта.* На даний час в Україні не існує аналогічного web-сайту

## Відміна низько- та високодозових препаратів [Доказ 05380 B]

- Якщо пацієнт приймає дозу ліків, що перевищує максимальну рекомендовану добову дозу, то її слід зменшувати на 10-25% кожні 1-2 тижні.
  - Максимальна рекомендована добова доза діазепаму складає приблизно 40 мг, для оксазепаму - 120 мг та для алпразоламу - 6 мг.

*Коментар експерта.* Лікарський засіб Оксазепам станом на 20.02.2019 в Україні не зареєстрований

- Якщо доза препарату, що приймає пацієнт, є меншою або відповідає максимальній рекомендованій добовій дозі, її слід зменшувати на 10-20% кожні 2-3 тижні. Відмінити будь-які снодійні препарати потрібно поступово, навіть після їх короткочасного використання.
- У разі виникнення проблем, пов'язаних із наростанням симптомів відміни, дозу не потрібно збільшувати, але темп відміни препарату необхідно зменшити.
  - Симптоми відміни виникають на 1-2 день після зниження дози або відміни бензодіазепінів короткої дії, та на 2-14 день після зниження дози або відміни бензодіазепінів тривалої дії.
  - На цьому етапі рекомендовано уникати прийому препаратів (за потребою) та намагатися приймати їх лише через певні проміжки часу.
- Призначати зустрічі з пацієнтом слід, принаймні, щомісяця, а на початку лікування - дещо частіше. Потрібно відкрито обговорити з пацієнтом симптоми відміни та заохотити його до спроби припинити вживання препарату.
- Поступки можливі, якщо вони стосуються темпу відміни, але не щодо кінцевої мети - повної відміни препарату [Доказ 05380 B].

## Подальше спостереження та прогноз

- Значно краще для пацієнта продовжувати подальші зустрічі після успішної відміни препарату (в зв'язку з ризиком рецидиву та інших психіатричних симптомів).

- Доступні різні групи взаємодопомоги та обговорення.
- Приблизно у 70-80% пацієнтів поступове припинення вживання низькодозованих препаратів завершується успішно і без значних проблем. У високо мотивованих осіб, які зловживають кількома психотропними речовинами перша спроба відміни вживання препарату завершується успішно лише в одному з чотирьох випадків. Тяжкі розлади особистості погіршують прогноз, особливо в осіб, які зловживають кількома психотропними речовинами.
- У пацієнтів, які зловживають кількома психотропними речовинами, когнітивно-поведінкова терапія навряд чи може поліпшити прогноз щодо відміни у порівнянні з традиційними методами лікування в клініці з лікування залежності [доказ 07466 | C].
- Після відміни бензодіазепінів багатьом пацієнтам необхідне альтернативне лікування для боротьби з тривогою і депресією.

## Невдала відміна препарату

- Якщо намагання припинити вживання було невдалим, пацієнта слід заохотити до повторної спроби; осудливе ставлення не принесе жодної користі.
- Необхідно сповістити попередні місця лікування про те, що спроба припинити вживання препарату згідно лікувального плану була невдалою.
- Консультації спеціалістів проводяться у випадках, описаних вище.
- Рекомендовано перейти на застосування діазепаму або іншого бензодіазепіну тривалої дії (на 1-2 тижні, перекриваючи ліки та враховуючи різницю в силі, див. таблицю [табл. | T2]).
- Можна розглянути питання щодо застосування додаткових ліків. Вони як правило не приносять значної користі, але їх можна спробувати застосувати, особливо якщо попередня спроба відміни була невдалою.
  - Пропранолол у дозі 10-20 (до 40) мг 2-3 рази на добу може допомогти усунути симптоми, спричинені гіперактивністю вегетативної нервової системи.
  - Вальпроат або карбамазепін [доказ 05380 | B], а також можливо і окскарбазепін, габапентин та топірамат можуть у певній мірі полегшити симптоми відміни або принаймні покращити кінцевий результат та попередити судомні напади.

- Антидепресанти з седативним ефектом (міртазапін, міансерин, амітриптилін, для отримання інформації щодо антидепресанти див. [настанова L00721 | Медикаментозне лікування...]) покращують сон так само, як гідроксизин у дозі 25-100 мг. Прегабалін може полегшити симптоми відміни у пацієнтів з генералізованими тривожними розладами, але його не можна використовувати без належного подальшого нагляду в осіб, які раніше зловживали будь-якими психотропними речовинами. Відомо кілька випадків, коли бензодіазепінова залежність переходила у залежність від прегабаліну.
- У пацієнтів із залежністю від лікарських засобів ефект бупіرونу є недостатнім [доказ 05380 | B]. Проте у пацієнтів з генералізованими тривожними розладами вдалося досягти певних позитивних результатів.
- Інколи у осіб з порушеннями сну під час періоду відміни певний позитивний ефект демонструвало застосування мелатоніну (у дозі 2-6 мг).
- Дексмететомідин, введення якого здійснюється під контролем анестезіолога, допомагає уникнути важких проявів синдрому відміни впродовж періоду зниження дози бензодіазепінів або опіоїдів, у тому числі і у дітей.
- Завжди слід пам'ятати, що додаткові ліки також мають власну побічну дію та протипоказання.

*Коментар експерта.* Лікарський засіб Хлордіазепоксид станом на 20.02.2019 в Україні не зареєстрований

*Коментар експерта.* Лікарський засіб Мідазолам станом на 20.02.2019 в Україні не зареєстрований

*Коментар експерта.* Лікарський засіб Нітразепам станом на 20.02.2019 в Україні не зареєстрований

*Коментар експерта.* Лікарський засіб Темазепам станом на 20.02.2019 в Україні не зареєстрований

*Коментар експерта.* Лікарський засіб Тріазололам станом на 20.02.2019 в Україні не зареєстрований

Таблиця Т2. Характеристика бензодіазепінів

Лікарський препарат	Еквівалентна доза, мг <sup>1</sup> )	Час досягнення максимальної концентрації, хв	Період напіввиведення, год (активних метаболітів)
Алпразолам	1	40-120	6-12

Лікарський препарат	Еквівалентна доза, мг <sup>1)</sup>	Час досягнення максимальної концентрації, хв	Період напіввиведення, год (активних метаболітів)
Діазепам	10	20-90	20-50 (36-200)
Клоназепам	0,5-1	60-240	18-50
Хлордіазепоксид	25	50-120	5-30 (36-200)
Лоразепам	2	60-120	10-20
Мідазолам	5-10	20-45	1-3
Нітразепам	10	30-240	15-38
Оксазепам	30	120-240	4-15
Темазепам	20	30-60	8-22
Тріазолам	0,25	50-150	2-5
Залеплон <sup>2)</sup>	20	30-60	2
Золпідем <sup>2)</sup>	20	30-180	2-4
Зопіклон <sup>2)</sup>	15	50-240	4-8

1. <sup>1)</sup> Фармакокінетика цих ліків не є ідентичною, але спочатку можна використовувати дані приблизні дози, наприклад при переході з препарату короткої дії на діазепам.

2. <sup>2)</sup> Снодійні препарати, схожі на бензодіазепіни

## Як попередити залежність

- У випадку призначення бензодіазепінів або снодійних препаратів лікар повинен узгодити з пацієнтом строк припинення їх вживання.
- У разі лікуванні тривожних розладів ГНСТАНОВА 00729 [Тривожний розлад] або порушень сну завжди необхідно пам'ятати щодо альтернативних методів лікування.
- Завжди необхідно намагатись призначати найменшу ефективну дозу. Пацієнт може час від часу припиняти прийом препарату.
- Існують переконливі докази того, що просте заохочення пацієнта лікарем щодо припинення вживання препарату ефективно допомагає зменшити його дозу.
- Залежно від препарату існують різні варіанти розвитку залежності при використанні похідних бензодіазепінів, однак, за виключенням гострих станів, перевагу слід надавати таким препаратам як оксазепам або хлордіазепоксид (починають діяти не надто швидко).

До ліків, застосування яких потрібно уникати (принаймні у пацієнтів з відомими проблемами, пов'язаними із залежністю від лікарських препаратів) належать діазепам, лоразепам і алпразолам.

- Не потрібно виписувати рецепти на велику кількість ліків; краще повторно видати рецепт.
- Потреба в довготривалому використанні препарату має переглядатись, принаймні, щороку. Ставлення лікаря має бути не моралізаторським, проте об'єктивним.
- Усі лікарі, окрім персоналу відділень екстреної допомоги, повинні розглядати наступний принцип - не призначати бензодіазепіни при первинній консультації пацієнта; цю інформацію можна відкрито пояснити і пацієнту.

## Джерела інформації

- R1. Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Curr Opin Psychiatry* 2005;18:249-255.
- R9. Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF. An evaluation of persisting cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use. *J Int Neuropsychol Soc* 2005 May;11(3):281-9. [[PubMedID|15892904](#)]
- R10. Ciraulo DA, Sarid-Segal O. Sedative-, hypnotic-, or anxiolytic-related disorders. Kirjassa: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Edition, Lippincott Williams and Wilkins updated 2005.
- R13. Verdoux H, Lagnaoui R, Begaud B. Is benzodiazepine use a risk factor for cognitive decline and dementia? A literature review of epidemiological studies. *Psychol Med* 2005 Mar;35(3):307-15. [[PubMedID|15841867](#)]
- R19. Morin CM, Belanger L, Bastien C, Vallieres A. Long-term outcome after discontinuation of benzodiazepines for insomnia: a survival analysis of relapse. *Behav Res Ther* 2005; 43:1-14.
- R23. Morin CM, Bastien C, Guay B, Radouco-Thomas M, Leblanc J, Vallières A. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Am J Psychiatry* 2004 Feb;161(2):332-42. [[PubMedID|14754783](#)]
- R25. Vorma H, Naukkarinen HH, Sarna SJ, Kuoppasalmi KI. Predictors of benzodiazepine discontinuation in subjects manifesting complicated dependence. *Subst Use Misuse* 2005;40(4):499-510. [[PubMedID|15830732](#)]
- R26. Vicens C, Bejarano F, Sempere E et al. Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care. *Br J Psychiatry* 2014;204(6):471-9. [[PubMedID|24526745](#)]
- R27. Gould RL, Coulson MC, Patel N et al. Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2014;204(2):98-107. [[PubMedID|24493654](#)]

## Настанови

- [Настанова 00893](#). Лікування алкогольної абстиненції.
- [Настанова 00894](#). Пацієнт з аддикцією до лікарських засобів на первинному рівні надання медичної допомоги.
- [Настанова 00721](#). Медикаментозне лікування депресії.
- [Настанова 00729](#). Тривожний розлад.

## Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 05380](#). Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings .  
Дата оновлення: 2007-01-09  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Progressive withdrawal (over 10 weeks) appears to be more effective than abrupt withdrawal in the management of benzodiazepine mono-dependence.
- [Доказовий огляд 07466](#). Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence.  
Дата оновлення: 2016-05-20  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Cognitive behavioural therapy plus taper may be effective in the short term (3 months) vs. taper only in reducing benzodiazepine (BZD) use. A tailored vs. generic GP letter and both standardised interview and relaxation vs. treatment as usual (TAU) are also probably effective.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

---

Ідентифікатор: ebm01004    Ключ сортування: 035.045    Тип: EBM Guidelines

---

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-08-25

---

Автор(и): Aki Rovasalo    Редактор(и): Sari Atula    Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe  
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd    Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

---

Навігаційні категорії  
EBM Guidelines    Psychiatry    Pharmacology

---

Ключові слова індексу  
speciality: Pharmacology    speciality: Psychiatry    Abuse    Addiction    Addictive behavior    Benzodiazepine  
Benzodiazepine withdrawal    Benzodiazepines    Dependency    Drug    Drug abuse    Drug addiction    Drug withdrawal  
Drugs    Misuse    Rehabilitation    Withdrawal    Withdrawal symptoms    Alprazolam    Chlordiazepoxide    Clonazepam  
Diazepam    Hypnotics    Lorazepam    Midazolam    Nitrazepam    Oxazepam    Temazepam    Treatment plan  
Triazolam    Zaleplon    Zolpidem    Zopiclone    icpc-2: P18    icpc-2: P06    icpc-2: A85