

Фармакотерапія великого депресивного розладу

За оцінкою ВООЗ, депресивні розлади, на які страждають понад 300 млн осіб усіх вікових груп, залишаються основною причиною інвалідності, а у найгірших випадках призводять до самогубства. На сьогодні ефективне лікування депресії отримують менше половини тих, кому воно вкрай необхідне. Серед причин – соціальна стигматизація, брак ресурсів і підготовлених фахівців. Для подолання проблеми потрібно залучати спеціалістів первинної ланки до надання психіатричної допомоги. Необхідною умовою для цього є розробка чітких, лаконічних рекомендацій щодо терапії. У Наказі МОЗ України від 25.12.2014 р. № 1003 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії», який містить Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, опис етапів медичної допомоги та перелік антидепресантів, сказано, що ці документи, «які відповідають вимогам доказової медицини, не виключають інші прийнятні методи досягнення кінцевого результату, а кінцеве рішення щодо вибору конкретної клінічної процедури або плану лікування повинен приймати лікар з урахуванням отриманих клінічних даних про пацієнта, а також існуючих діагностичних і лікувальних можливостей». До того ж 28 квітня 2017 р. набув чинності Наказ МОЗ України від 29.12.2016 р. № 1422, який дозволяє українським лікарям використовувати у своїй роботі міжнародні клінічні протоколи. Саме тому клініцистам варто звернути увагу на оновлені рекомендації 2017-2018 рр., підготовані фахівцями Університету Південної Флориди (США). Вони містять короткі наочні алгоритми не лише для психіатрів, але й лікарів первинної ланки, які використовують медикаментозну терапію дорослих пацієнтів із великим депресивним розладом (ВДР). До вашої уваги представлено короткий огляд цих рекомендацій.

ВДР – один із найпоширеніших психічних розладів у світі. Наукові дослідження свідчать, що ВДР є основною причиною інвалідності серед молодих людей (віком від 18 до 24 років), часто призводить до травмування на виробництві та пропусків робочих днів. Окрім того, що ВДР є надзвичайно інвалідизуючим та тривожним станом, він обтяжує низку інших психічних та соматичних хвороб, впливаючи на загальну захворюваність та збільшуючи смертність.

Результати аналізу джерел літератури свідчать, що для дорослих із ВДР, окрім традиційного симптоматичного поліпшення, пріоритетними завданнями є підвищення якості життя й функціонування, стійке психічне здоров'я, покращення загального самопочуття. Незважаючи на високу поширеність розладу й суттєві витрати на лікування, багато осіб, що страждають на ВДР, не мають змоги отримати точний діагноз і, відповідно, не отримують своєчасного лікування. Скринінг на ВДР рекомендований цільовою робочою групою з надання профілактичних послуг США. Оскільки населення США та інших розвинених країн старіє, зв'язок між ВДР та віковими розладами (хвороба Альцгеймера, серцево-судинні захворювання тощо) викликає все більшу стурбованість.

Біомедична література свідчить про те, що ВДР пов'язаний із передчасними процесами старіння у субпопуляції таких пацієнтів. Відповідно до цієї гіпотези, узгоджене з керівництвами лікування ВДР може запобігти деяким віковим змінам особистості. Нарешті, несприятливий вплив ВДР на популяцію працюючих осіб є нагальним нагадуванням про те, що скринінг і приділення уваги розладам настрою виходить за межі екосистеми медичної клініки і має включати психоосвітню діяльність не лише на робочому місці лікаря, але й у загальній спільноті.

Принципи лікування

У керівництві 2017-2018 рр. наголошується на декількох основних принципах лікування. Особлива увага приділяється повному функціональному відновленню після ВДР. Досягнення мети можливе, коли в індивідуума відзначається симптоматична та синдромальна ремісія, а при наданні допомоги увага приділяється психіатричній та соматичній коморбідності, негативному ставленню до терапії, а також психоосвіті стосовно хвороби та лікування (Zimmerman et al., 2017).

Отримані протягом останніх десяти років дані свідчать, що особи із ВДР і вищими рівнями функціонування до лікування краще відповідають на традиційну терапію антидепресантами (АД). Двоспрямований зв'язок між симптомами і функціонуванням при ВДР породжує безліч концептуальних питань і гіпотез, а також клінічних наслідків. Поліпшення функціонування пацієнтів з одночасною націленістю на симптоми ВДР забезпечує більшу ймовірність терапевтичного успіху й переносимості лікування.

Інтеграція мультимодального лікування з акцентом на стабілізацію психічного здоров'я, резильєнтності (здатність до швидкого відновлення) і поліпшення функціонування хворого потребують поєднання психо-соціальних методів із фармакотерапією.

Ефективність АД для поліпшення симптомів у пацієнтів із ВДР клінічно доведено, особливо для осіб з тяжкою формою захворювання на початок лікування. Встановлено, що характер відмінностей в ефективності застосування плацебо і фармако-терапії при легких варіантах перебігу ВДР

свідчить про пріоритетність психосоціального лікування.

Експертна група визнає, що фармакогенетичне/фармакогеномне тестування схвалене лікарями та пацієнтами. Незважаючи на це, на думку експертної групи, переконливих доказів, що підтверджували б доцільність

Таблиця 1. Покроковий алгоритм лікування ВДР без змішаних симптомів

Рівень 1 Початок лікування

- Доказова психотерапія: КПТ, МПТ, поведінкова активація

Примітка: Віддавати перевагу психотерапії на основі детальних покрокових керівництв (за наявності) як лікуванню 1-ї лінії при ВДР легкого ступеня

- Пробна монотерапія протягом 4-8-тижнів у адекватній дозі з наступною оцінкою стану*:
 - СИЗС**
 - СИЗСН або вортиоксетин
 - бупропіон або міртазапін
- Якщо через 4 тижні є часткова відповідь, продовжувати ще 2-4 тижні або перейти до рівня 2
- Якщо через 4 тижні немає відповіді, оптимізувати дозування та перейти до рівня 2

Примітки: * Відповідь на фармакотерапію виразніша за помірної до тяжкої депресії; ** розглянути можливість міжлікарської взаємодії засобів та диференційний ризик тера-тогенності. Варто розпочати комбіновану терапію для осіб із рецидивами депресії, стійким депресивним розладом та травмою в анамнезі

Рівень 2 За неефективності терапії рівня 1 та/або непереносимості

- Забезпечити оптимізацію дози лікарського засобу, використаного на рівні 1
- Перейти на монотерапію іншим медикаментом того ж або іншого класу (як-то СИЗС, СИЗСН, бупропіон або міртазапін)
- Скомбінувати монотерапію застосуванням препаратом із:
 - доказовою психотерапією (наприклад, КПТ, МПТ)
 - антипсихотиком 2-го покоління, схваленим FDA для додаткового лікування при ВДР (арипіразолом, брекспіразолом тощо)
 - АД (не поєднувати СИЗС і СИЗСН)

Примітка: FDA схвалило застосування певних атипичних антипсихотиків як препаратів для додаткової терапії при ВДР. Попередні дані щодо порівняльної оцінки ефективності АД і атипичних антипсихотиків як допоміжних засобів свідчать про кращу ефективність анти-психотиків і ліпшу переносимість АД

Рівень 3 Якщо терапія рівнів 1-2 не є ефективною та/або не переноситься

- Оцінити прихильність до лікування
- Звернутися до психіатричної консультації
- (СИЗС або СИЗСН) + кветіапін (переконатися щодо переносимості)
- (СИЗС або СИЗСН) + (літій або тиреоїдний гормон)
- (СИЗС або СИЗСН) + (L-метилфолат або S-аденозилметіонін)
- ТЦА
- іМАО
- ЕСТ
- ТМС*

* Примітка: лише щодо ТМС є докази 1-го рівня для застосування при невідкладній до-помозі

Рівень 4 Якщо терапія рівнів 1-3 не є ефективною та/або не переноситься

- Повторно оцінити діагноз, якщо пацієнт не реагував на 2 або більше варіантів лікування
- Додати іМАО (уникати протипоказаних комбінацій)
- Додати L-метилфолат
- Застосувати потрібну комбінацію лікарських засобів (недостатньо доказів як на підтримку, так і проти такої стратегії):
 - (СИЗС або СИЗСН) + міртазапін + бупропіон
 - (СИЗС або СИЗСН) + міртазапін + літій*
 - (СИЗС або СИЗСН) + бупропіон + антипсихотик 2-го покоління
- Інші нейромодуляторні методи (наприклад, стимуляція блукаючого нерва)
- Внутрішньовенний кетамін (тільки у спеціалізованих закладах та відповідно до рекомендованих стандартів)

* Примітка: З обережністю призначати літій вагітним через підвищений ризик синдрому Ебштейна для плода

Примітки: КПТ – когнітивно-поведінкова терапія; МПТ – міжособистісна психотерапія; СИЗС – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну; СИЗСН – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну; FDA – Управління з контролю якості харчових продуктів та лікарських засобів США; ТЦА – трициклічні антидепресанти; іМАО – інгібітори моноаміноксидаз; ЕСТ – електросудомна терапія; ТМС – транскраніальна магнітна стимуляція

Таблиця 2. Покроковий алгоритм лікування ВДР зі змішаними симптомами

Рівень 1 Початок лікування

- Мінімальні докази для лікування ВДР зі специфічними рисами
- Обговорити варіанти лікування, включно із психотерапією з доказовою базою ефективності (КПТ, МПТ, поведінкова активація)
- Можливе застосування схвалених FDA антипсихотиків 2-го покоління** для аугментації при ВДР або стабілізаторів настрою (наприклад, літій*)
- Монотерапія АД при клінічній оцінці ефективності через 4 та 8 тижнів із застосуванням адекватної дози:
 - СИЗС, СИЗСН або вортиоксетин

Примітка: Монотерапія АД при ВДР із субсиндромальними рисами гіпоманії може сти-мулювати швидше досягнення субоптимальних терапевтичних результатів, якщо порівня-ти із ВДР без субсиндромальної гіпоманії

- бупропіон (при тривозі) або міртазапін
- Для всіх методів лікування рівня 1, якщо часткової відповіді не досягнуто через 4 тижні, терапія може тривати ще від 2 до 4 тижнів, або ж слід перейти до рівня 2
- Для всіх методів лікування рівня 1, якщо немає відповіді на 4-му тижні, слід забезпечити оптимізацію дози і звернутися до терапії рівня 2

Рівень 2 За неефективності терапії рівня 1 та/або непереносимості

- Провести повторну оцінку гіпоманії/манії
- Забезпечити оптимізацію дози лікарського засобу, що застосовувався на рівні 1
- Замінити препарат для монотерапії на антипсихотик 2-го покоління** або стабілізатор настрою*
- Монотерапія АД іншого або того ж класу
- Комбінація АД, що вже застосовується, з різними антипсихотиками 2-го покоління**
- Поєднання терапії антипсихотиком 2-го покоління** або стабілізатором настрою з АД

Рівень 3 Якщо терапія рівнів 1-2 не є ефективною та/або не переноситься

- Розглянути можливість ЕСТ або ТМС
- Застосувати терапію альтернативними АД, включно із ТЦА, іМАО або антипсихотиками 1-го покоління**

Примітки: КПТ – когнітивно-поведінкова терапія; МПТ – міжособистісна психотерапія; СИЗС – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну; СИЗСН – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну; ЕСТ – електросудомна терапія; ТМС – транскраніальна магнітна стимуляція; ТЦА – трициклічні АД; іМАО – інгібітори моноаміноксидаз. * Слід з обережністю призначати літій, ламотриджин, вальпроат, карбамазепін жінкам репродуктивного віку через підвищений ризик виникнення аномалій розвитку нервової трубки та інших значних вроджених вад у плода під час вагітності; ** побічні ефекти цих препаратів включають збільшення маси тіла, метаболічний синдром та екстрапірамідні симптоми; значна ймовірність їхньої появи потребує пильності й уважного моніторингу з боку лікарів

Таблиця 3. Покроковий алгоритм лікування ВДР із психотичними симптомами

Рівень 1 Початкове лікування

- Лікування АД рівня 1 для ВДР без психотичних симптомів: СИЗС або СИЗСН + антипсихотик 2-го покоління*
- ЕСТ (якщо це безпосередньо стосується благополуччя пацієнта)
- КПТ та МПТ не рекомендовані до застосування на першому етапі

Примітка: * Необхідний моніторинг ризику екстрапірамідної симптоматики і метаболічних проблем, зокрема збільшення маси тіла

Рівень 2 Якщо терапія рівня 1 неефективна та/або не переноситься

- Альтернативна комбінація АД + антипсихотик 2-го покоління
- ЕСТ

Рівень 3 Якщо терапія рівнів 1-2 неефективна та/або не переноситься

- Повторно оцінити діагноз
- Застосувати іншу комбінацію АД з антипсихотиком 2-го покоління
- Призначити іншу комбінацію АД з антипсихотиком 1-го покоління
- ЕСТ (якщо не застосовувалася раніше)

Примітки: КПТ – когнітивно-поведінкова терапія; МПТ – міжособистісна психотерапія; СИЗС – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну; СИЗСН – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну; ЕСТ – електросудомна терапія

менш масштабних рандомізованих контрольованих досліджень, нижчих ефектах тощо.

Рівень 3 — використання розглядається, якщо лікування рівнів 1 і 2 виявилося не ефективним та/або не переносилося добре. Терапія цього рівня базується на більш обмежених даних щодо ефективності та/або переносимості, ніж для рівнів 1 і 2.

Рівень 4 — застосування розглядається, якщо лікування рівнів 1-3 виявилося не ефективним та/або не переносилося добре; проте терапія цього рівня на момент застосування не підтримується емпіричними доказами і базується на даних експертних висновків та/або клінічної практики.

Слід зазначити, що рівні лікування не є алгоритмами, в межах яких специфічні рішення щодо підходів до терапії обов'язкові. Навпаки, використовуючи дані рекомендації, слід враховувати індивідуальні особливості пацієнта і прояви симптомів. Хоча вибір лікування, що починається з рівня 1 і послідовно переміщується, заохочується, його можна ініціювати з будь-якого рівня, та терапія має ґрунтуватися на клінічній оцінці, а також особливостях симптомів, конкретних потребах і уподобаннях хворого.

Рекомендації щодо лікування представлені у вигляді покрокових алгоритмів у таблицях 1-3.

ВДР без змішаних симптомів

Група експертів не внесла суттєвих змін до рекомендацій щодо терапії ВДР без змішаних симптомів. Експерти визнають, що всебічно досліджене застосування вортиоксетину для поліпшення когнітивних функцій при ВДР. Однак вортиоксетин, як і багато інших АД першої лінії, розглядається як один із варіантів лікування першого вибору і для більшості інших симптомів ВДР.

Лікування ВДР зі змішаними симптомами

Змішані симптоми — субсиндромальні риси гіпоманії згідно із критеріями Діагностичного та статистичного керівництва з психічних розладів п'ятого видання (DSM-5).

Група експертів визнає, що:

- приблизно 25% дорослих із ВДР мають змішані симптоми (McIntyre et al., 2015);
- змішані симптоми пов'язані з використанням медичних послуг, поліфармацією та значними функціональними порушеннями (McIntyre et al., 2017);
- Управління з контролю якості харчових продуктів та лікарських засобів США (FDA) не схвалило жодного специфічного лікарського засобу для терапії ВДР зі змішаними симптомами.

Доказова база свідчить, що при лікуванні ВДР зі змішаними симптомами відзначається менш послідовна реакція на звичайні АД, і в деяких випадках можливе більш безпечне та ефективне лікування з використанням стабілізаторів настрою.

Необхідно проводити комплексну оцінку на основі обстежень. Рекомендована стратегія має включати первинну психіатричну консультацію до початку терапії + призначення медикаментів при залученні мультидисциплінарного підходу, якщо пацієнта лікує не лікар-психіатр.

Первинна оцінка:

- дані щодо попередньої історії гіпоманії/манії;
- інформація про супутні медичні та психічні захворювання (наприклад, порушення, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, тривожні розлади, ожиріння, діабет).

Лікування ВДР із психотичними симптомами

Психотичні ознаки — наявність марень та/або галюцинацій за критеріями DSM-5.

Психотичні симптоми можуть бути конгруентними настрою, якщо зміст усіх марень і/або галюцинацій узгоджується з типовими депресивними темами особистої неспроможності, провини, хвороби, смерті, нігілізму або заслуженого покарання; не відповідати настрою, якщо зміст марення та/або галюцинацій не пов'язаний із типовими депресивними

темами; бути сумішшю конгруентних настрою та невідповідних тем.

ВДР із психотичними симптомами діагностується приблизно у 20% дорослих, частіше в молодших і старших вікових групах населення. Найкращі стратегії поєднують застосування АД з антипсихотиками або електросудомної терапії як варіант вибору при ВДР із психозом. Не рекомендовано використовувати саму лише психотерапію при лікуванні ВДР із психотичними симптомами.

Необхідно проводити комплексну оцінку на основі обстежень. Рекомендована тактика має включати первинну психіатричну консультацію до початку терапії + призначення медикаментів при залученні мультидисциплінарного підходу, якщо пацієнта лікує не лікар-психіатр.

Первинна оцінка:

- дані щодо попередньої історії гіпоманії/манії;

- інформація про супутні медичні та психічні захворювання (наприклад, порушення, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, тривожні розлади, ожиріння, діабет).

Підтримувальна терапія при ВДР

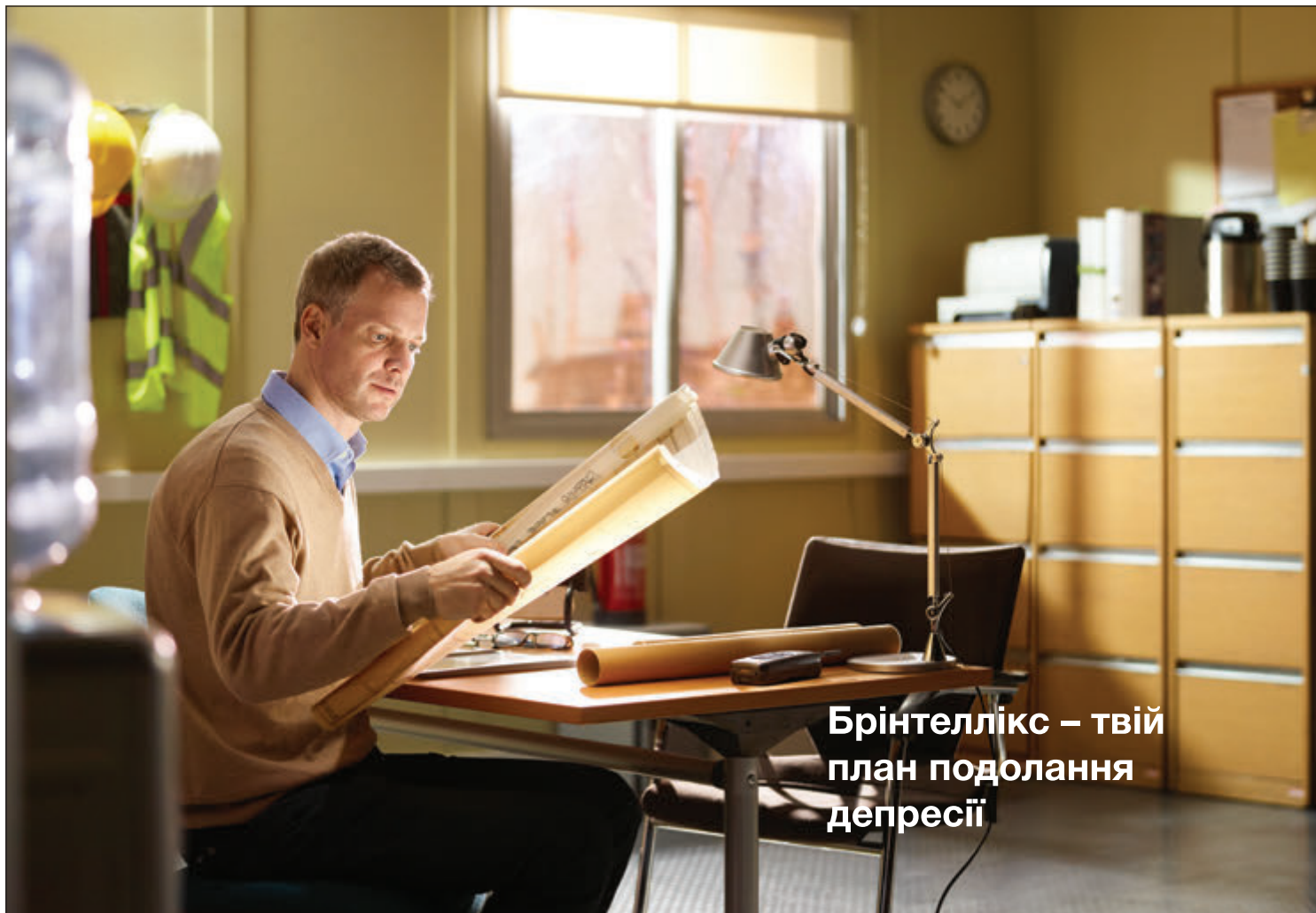
Доведено, що для більшості осіб із ВДР є ризик рецидиву, при цьому кожен епізод збільшує його ймовірність. Поточна рекомендація щодо тривалості підтримувального лікування становить мінімум 6-12 місяців після завершення фармакотерапії гострої фази. Особи з підвищеним ризиком рецидиву (включає залишкові симптоми, багаторазові епізоди, коморбідність, тривалі психосоціальні стресори тощо) можуть залишатися на лікуванні протягом тривалішого періоду часу. Стосовно більшості фармакотерапевтичних втручань, їхню позитивну дію було показано як при наданні невідкладної допомоги, так і при підтримувальному лікуванні, тоді як докази щодо ефективності психотерапії

на різних етапах різняться. Наприклад, сприятливий вплив когнітивно-поведінкової терапії для стабілізації гострої фази при ВДР підтверджено, тоді як ефективність інших психотерапевтичних втручань доведено радше для профілактики рецидивів, ніж для лікування гострої фази (наприклад, психотерапія, основана на усвідомленості).

Експертна група також рекомендує залучатися до діяльності товариств, які надають допомогу тим, хто страждає на депресію і біполярний розлад. Це може відігравати вирішальну роль у забезпеченні доступу до освітніх послуг і має розглядатися як невід'ємна складова допомоги будь-якій особі з ВДР.

Підготувала **Мирслава Матусова**

Із повним текстом рекомендацій можна ознайомитися на сайті
www.medicaidmentalhealth.org



**Брінтеллікс – твій
план подолання
депресії**

Брінтеллікс поліпшує настрій, концентрацію і вмотивованість, допомагає справлятися з викликами повсякденного життя¹⁻³

КОРОТКА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЛІКАРСЬКИЙ ЗАСІБ*

Торгова назва: Брінтеллікс. Ресстраційне посвідчення № UA/14150/01/01, № UA/14150/01/02 (Наказ МОЗ України 29.12.2014 № 1019), діє до 29.12.2019. Діюча речовина: вортиоксетин. 1 вкрита плівковою оболонкою таблетка містить 5 мг або 10 мг вортиоксетину. Фармакотерапевтична група: Антидепресанти. Код АТХ N06A X26. Фармакологічні властивості. Механізм дії вортиоксетину пов'язаний з його мультимодальною активністю, яка є поєднанням двох фармакологічних механізмів: прямої модуляції активності рецепторів та інгібування транспортера серотоніну. Вортиоксетин є антагоністом 5-HT₃, 5-HT₇ і 5-HT_{1D} рецепторів, частковим агоністом 5-HT_{1B} рецепторів, агоністом 5-HT_{1A} рецепторів та інгібітором 5-HT транспортера, викликає модуляцію нейротрансмісії в декількох системах, в тому числі серотоніну, норадреналіну, дофаміну, гістаміну, ацетилхоліну, ГАМК та глутамату. У діапазоні доз вортиоксетину від 5 до 20 мг на добу ефективність і переносимість у літніх людей відповідала результатам досліджень у дорослого населення. Антидепресантну ефективність була продемонстрована у хворих з тяжкою депресією (≥ 30 балів MADRS) і у депресивних пацієнтів з високим рівнем тривожних симптомів (≥ 20 балів HAM-A). У порівняльному дослідженні гнучких доз у пацієнтів з депресією після неадекватної відповіді на лікування існуючого епізоду SSRI/SNRI вортиоксетин у добовій дозі 10-20 мг був статистично значно ефективнішим ніж агомелатин у добовій дозі 25-50 мг (за MADRS). У дослідженнях впливу на когнітивні процеси виявилося, що ефект вортиоксетину головним чином обумовлений прямим впливом на когнітивну функцію, а не непрямим впливом через поліпшення симптомів депресії. Вортиоксетин не проявляв будь-якого клінічно значущого впливу на параметри ЕКГ. Абсолютна біодоступність становить 75 %. Середній період напіввиведення – 66 годин. Спілка концентрація в плазмі досягається приблизно через 2 тижні. Показання. Лікування великого депресивного розладу у дорослих. Протипоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої складової препарату. Одночасне застосування з неселективними інгібіторами моноаміноксидаз (MAO) або селективними інгібіторами MAO-A. Спосіб застосування та дози. Застосовують внутрішньо, початкова та підтримуюча дози становлять 10 мг один раз на добу. Залежно від індивідуальної чутливості пацієнта дозу можна збільшити максимально до 20 мг на добу або знизити мінімально до 5 мг на добу. Після усунення симптомів депресії рекомендується продовжувати лікування прийнятні 6 місяців для зміцнення антидепресивного ефекту. Лікування Брінтелліксом можна припинити різко, немає необхідності поступового зниження дози. Корекція дози для пацієнтів літнього віку виключно на основі віку не потрібна. Застосування дітям не рекомендується. Особливості застосування. Пацієнтів та їх опікунів слід попередити про необхідність моніторингу клінічного погіршення, суїцидальної поведінки або думок та незвичайних змін у поведінці, також про необхідність звернутися до лікаря негайно, якщо наявні ці симптоми. Судоми є потенційним ризиком при застосуванні антидепресантів. Слід уважно контролювати прояви симптомів серотонінового синдрому або нейролептичного злоякісного синдрому. Брінтеллікс слід призначати з обережністю пацієнтам з анамнезом манії/гіпоманії і припинити застосування, якщо набуває розвитку маніакальна фаза. Як і при застосуванні будь-якого антидепресанту серотонінергічної дії, можливі аномальні кровотечі та кровотечі. Пацієнтам із гіпотатріємією доцільно припинити застосування Брінтеллікса і розпочати відповідне медичне втручання. Пацієнтам з тяжкою нирковою або печінковою недостатністю слід проявляти обережність. Не слід застосовувати під час вагітності. Побічні реакції. Дуже часті: нудота. Часті: зниження апетиту; патологічні сновидіння; запаморочення; діарея, запор, блювання; сербб; генералізований. Нечасті: бруксизм; рум'янець; пітливість у нічний час. Побічні реакції були звичайно легкими або помірними, спостерігалися протягом перших двох тижнів лікування, як правило, були мимовільними та зазвичай не призводили до припинення терапії. Упаковка. 14 таблеток у бістері, 2 бістери у картонній коробці. Категорія відпуску. За рецептом. Виробник. Х. Лундбек А/С, Оттіліавей 9, 2500 Валбі, Данія. Дата останнього перегляду: 03.08.2018

*докладну інформацію про препарат див. в інструкції для медичного застосування лікарського засобу. Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників.

1. Florea I., Loft H. Brain Behav. Volume 7(3); 2017 Mar.
2. Mahabeshwarkar A. R. et al. Neuropsychopharmacol 2015; 40(8): 2025–2037.
3. Brintellix Summary of Product Characteristics, 2017.



Лундбек Експорт А/С
площа Спортивна, 1а, Київ 01601
тел. 044-490-29-10
e-mail: ENA@lundbeck.com
brintellix.com.ua

Брінтеллікс
вортиоксетин
Подбайте про щось **більше,**
ніж лише про настрій