

COVID-19 та депресія: що нового у сфері сучасної психофармакології

Згідно з визначенням ВООЗ, здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального добробуту, а не лише відсутності хвороби або недуги. Безумовно, пандемія COVID-19 має суттєвий вплив не лише на фізичне, але й соціальне та психічне благополуччя населення. Психічні розлади, пов'язані з COVID-19, є однією з найактуальніших проблем сьогодення. Сучасним діагностичним, терапевтичним і реабілітаційним аспектам неврології, психіатрії, наркології та медичної психології, зокрема впливу інфекції SARS-CoV-2 на психічне здоров'я населення та доказовим стратегіям менеджменту осіб із психічними розладами в умовах пандемії COVID-19 було присвячено Всеукраїнську науково-практичну онлайн-конференцію з міжнародною участю «Сучасні стратегії діагностики та лікування неврологічних і психічних захворювань», що відбулася 25-26 березня 2020 р.

Особливості лікування психічних розладів на тлі COVID-19



Доповідь на тему «Постковідний синдром: здоровий, але хворий, та як змінилася постковідна депресія: особливості та лікування. І нарешті – до чого тут Давос – 2020?» представив до уваги слухачів д. мед. н., професор, завідувач кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (м. Київ) **Олег Сазонтович Чабан**. Спікер наголосив,

що умови життя в сучасному світі змінюються надзвичайно швидкими темпами. Він зазначив, що пандемія COVID-19 створила нову епідемію емоційних проблем, і навіть після її закінчення суспільство очікує «цунамі психічних захворювань» із довгостроковим впливом на психічне здоров'я населення.

Прогнозується, що поширеність психічних розладів зросте після пандемії як результат довготривалих наслідків, обмежувальних заходів (дистанціювання, карантину) та соціально-економічних проблем. Понад 50% пацієнтів, які вилікувалися від COVID-19, страждають на постійну втоми, тривогу та депресію незалежно від тяжкості перенесеної хвороби (ESCMID, 2020). Близько 3/4 хворих на COVID-19 після виписки з лікарні мають принаймні одну з таких проблем, як розлади сну, тривога, депресія або астения (Huang et al., 2020).

У британському дослідженні клінічної картини COVID-19 психічні розлади були найпоширенішими симптомами після респіраторних проявів та частіше спостерігалися у молодших пацієнтів. Майже у половини учасників був зареєстрований вперше виявлений психоз, тоді як у решти відзначали прояви когнітивного дефіциту та/або афективні розлади (Varatharaj et al., 2020).

Систематичний огляд і метааналіз нейропсихіатричних наслідків впливу інфекції SARS-CoV-2 та MERS-CoV продемонстрував, що в гострому періоді цих захворювань у 27,9% пацієнтів мають місце сплутаність свідомості, у 32,6% – зниження настрою, у 34,1% – когнітивний дефіцит (погіршення пам'яті), у 35,7% – тривога та у 41,9% – розлади сну (Varatharaj et al., 2020).

О.С. Чабан також представив результати власних досліджень постковідних психічних розладів, що були проведені на базі кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії НМУ ім. О.О. Богомольця. За отриманими даними, у різні періоди COVID-19 можна виділити такі психічні порушення:

- COVID-19, гострий період (до 4 тижнів) – сплутаність свідомості, депресія, астения;
- COVID-19, затяжний гострий період (4–12 тижнів) – депресія, астения, когнітивне зниження;
- COVID-19, постковідний синдром – астения, порушений сон, тривога, фобії, розлади адаптації, панічні атаки;
- COVID-19, віддалені наслідки (після 6 місяців від негативного результату полімеразної ланцюгової реакції на SARS-CoV-2) – obsesивно-компульсивний, посттравматичний стресовий (ПТСР), тривожно-панічні розлади, соціальна фобія, когнітивні порушення, зміни поведінки.

Отже, перебіг COVID-19 важливо оцінювати не лише поточно, але й в аспекті довготривалих наслідків захворювання.

Психологічні наслідки пандемії COVID-19

Психологічний вплив карантину вже було оцінено під час попередніх епідемій (атипової пневмонії, лихоманки Ебола тощо). У зв'язку з карантинном серед населення ще протягом трьох наступних років відзначається зростання випадків ПТСР, тривоги та депресії. До появи цих розладів призводять такі фактори, як тривалий карантин, страх, що заразяться близькі, брак ясності в інформації, наданій владою, економічна нестабільність (Li Duan et al., 2020).

Проведене в Китаї дослідження Q. Mei et al. (2021), присвячене вивченню порушень психічного здоров'я серед 4328 раніше госпіталізованих пацієнтів із COVID-19 порівняно з контрольною групою (n=1500), продемонструвало, що:

- 14,2 і 12,2% тих, хто вижили після COVID-19, мали клінічно виражену депресію та тривогу відповідно;
- при порівнянні з контрольною групою ризик депресії та тривоги серед осіб, які пережили COVID-19, був значно вищим.

Щодо ризику розвитку ПТСР, значну роль відіграє ставлення особи до навколишнього світу. Так, згідно з результатами дослідження C. Vazquez et al. (2021), пацієнти з COVID-19, які сприймали навколишній світ у позитивному аспекті – як дружній, відкритий, цікавий, після перенесеного COVID-19 демонстрували так званий посттравматичний ріст. Водночас в осіб із COVID-19 зі ставленням до нього як ненадійного, небезпечного та агресивного відзначали швидке формування всіх симптомів ПТСР із подальшим погіршенням психічного здоров'я. Професор підкреслив, що потужний залякувальний вплив ЗМІ на свідомість навіть психічно здорових людей спричиняє оцінювання зовнішнього світу як небезпечне та призводить до підвищення ризику розвитку ПТСР.

Безумовно, епідемія та пандемія негативно впливають на психічне здоров'я не лише пацієнтів, але й робітників медичної сфери. Згідно з даними J. Lai et al. (2020), після спалаху атипової пневмонії 2003 р. лікарі ще три роки зловживали алкоголем та мали інші залежності. У китайських лікарів та медсестер, які працювали із хворими на COVID-19, зафіксовано зростання рівнів тривоги й депресії. Цікавими є також результати дослідження N. Bezerra Mota et al. (2020), згідно з якими сновидіння осіб, які хворіють або переохворіли на COVID-19, змінилися: під час сну суттєво зросли переживання страху, злості, безпорадності та тривоги.

Чому ж афективні розлади пацієнтів часто проходять повз увагу лікарів-інтерністів? Лектор виділив такі можливі причини:

1. Афективні розлади сприймаються як «закономірні» при тяжких тривалих соматичних хворобах.
2. Зусилля лікарів спрямовані на стабілізацію та підтримання життєво важливих функцій, тоді як психічне здоров'я втрачає пріоритетність допомоги.
3. У лікарів недостатньо знань та розуміння щодо біологічного виживання пацієнтів при діагностично неперифікованих та нелікованих психічних порушеннях, зокрема афективних розладах.
4. Не повністю враховуються кінцеві точки терапії – повернення функціональності та поліпшення якості життя хворого. Наслідки психопандемії для пацієнтів лікаря загальної практики є такими:
 - у кожного другого пацієнта відзначаються явні емоційні проблеми аж до емоційних розладів (тривоги та депресії);
 - у структурі хронічного болювого синдрому стають виразними фобічна, тривожна або депресивна складові;
 - дуже часто спостерігаються виразна астения та апатія;
 - усе частіше при ускладненнях описуються психотичні прояви (галюцинаторно-параноїдний синдром, делірій).

Особливості діагностування та контролю психічних розладів

Доповідач наголосив, що встановлення психіатричного діагнозу (кластер F діагнозів МКХ-10) – прерогатива виключно лікаря-психіатра. Водночас лікарі-інтерністи для опису психічних розладів мають нагоду користуватися назвами синдромів або симптомокомплексів (наприклад, депресивний, тривожний, тривожно-депресивний, іпохондричний синдроми та ін.). Також клініцисти можуть застосовувати назви феноменів (як-то стійке безсоння, емоційна лабільність, тривожність тощо), виставляти діагнози під знаком питання (наприклад, «депресивний розлад?»), шифрувати емоційні проблеми шифром R45 (симптоми та ознаки, що належать до емоційного стану, серед яких «нервозність»).

У менеджменті осіб із психічними розладами, пов'язаними з COVID-19, важливе місце належить правильному та своєчасному призначенню препаратів групи антидепресантів (АД). Вплив АД на перебіг COVID-19 є предметом активного обговорення науковою спільнотою. Зокрема, на підставі проти-запального і потенційного противірусного ефекту селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СИЗС) та інгібіторів зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну (ІЗЗСН), N. Hoertel et al. (2020) припустили, що АД цих класів можуть бути ефективними засобами для лікування COVID-19. Результати дослідження демонструють, що застосування есциталопраму, флуоксетину та венлафаксину асоційоване з достовірно нижчим рівнем інтубації та смерті (p<0,05).

Трициклічні АД (ТЦА) не є препаратами вибору при COVID-19 через їх кардіотоксичність (Luyckx et al., 2020).

Ефективність застосування вортиоксетину в пацієнтів із великим депресивним розладом

Одним із сучасних найефективніших АД, що представлені нині на фармацевтичному ринку України, є **Брінтеллікс** (виробник «Х. Лундбек А/С»), діючою речовиною якого є вортиоксетин. Спікер представив до уваги аудиторії результати дослідження В. Сао et al. (2019), присвяченого вивченню ефективності застосування вортиоксетину в пацієнтів із великим депресивним розладом (ВДР). Згідно з даними ретроспективного аналізу відкритої фази випробування, зменшення проявів ангедонії на тлі приймання вортиоксетину корелювало з поліпшенням загального функціонування та якості життя хворих. Як свідчать С. Катона et al. (2012) та А. Mahabeshwarkar (2020), у пацієнтів, що приймали вортиоксетин, спостерігалось відновлення когнітивних функцій.

Олег Сазонтович підкреслив, що **Брінтеллікс** – АД із доведеною ефективністю, що характеризується позитивним впливом як на емоційну, так і когнітивну сферу.

Наприкінці доповіді професор представив вимоги роботодавців до працівників згідно з даними, озвученими на щорічному економічному форумі 2020 р. у Давосі (Швейцарія). Так, критерії запиту найближчого майбутнього – мультизадачність, можливість швидкого перенавчання, креативність, робота в команді, постійна освіта, принципово нові види діяльності та робота без кордонів.

Топ-10 навичок, якими повинні володіти сучасні працівники:

1. Розв'язання комплексних задач.
2. Критичне мислення.
3. Креативність.
4. Уміння керувати людьми.
5. Взаємодія зі співробітниками.
6. Емоційний інтелект.
7. Уміння приймати рішення.
8. Орієнтація на клієнта.
9. Уміння вести переговори.
10. Гнучкість мислення.

Отже, роботодавці очікують від своїх працівників високих когнітивних здібностей, тобто здатності до постійного підвищення кваліфікації, перепідготовки та навчання впродовж життя. Це ще раз підтверджує, що за призначення психофармакологічних препаратів важливо враховувати їх вплив як на емоційну, так і на когнітивну сферу.

Депресія: відповіді на запитання



Із доповіддю на тему «Депресія: відповіді на запитання» виступила завідувачка кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету імені І. Горбачевського, д. мед. н., професорка **Олена Петрівна Венгер**. Вона підкреслила, що депресія – це не просто поганий настрій, а складний розлад із широким спектром емоційних (пригніченість, дратівливість, ангедонія та ін.), когнітивних (зниження уваги, швидкості міркувань тощо) та фізичних (наприклад, зміна маси тіла, інсомнія/гіперсомнія, статеві дисфункції) симптомів.

Доповідачка навела деякі факти про депресію:

- на депресію страждає 350 млн осіб у світі;
- жінки хворіють удвічі частіше, ніж чоловіки;
- чоловіки рідше зізнаються в тому, що в них депресія, а лікарі – підозрюють у них цей розлад;
- рівень самогубств серед чоловіків у 4 рази вищий, ніж у жінок; водночас жінки частіше роблять спроби суїциду;
- як у чоловіків, так і у жінок депресія корелює з підвищеним ризиком розвитку ішемічної хвороби серця, але при цьому високий рівень смертності відзначається лише у чоловіків;
- депресія у чоловіків часто «маскується» вживанням алкоголю, наркотиків або соціально поширеною звичкою багато працювати.

Згідно з Діагностичним та статистичним посібником із психічних розладів 5-го видання (DSM-V), для встановлення діагнозу депресії у пацієнта має спостерігатися зниження задоволення/інтересу практично до всіх видів активності або пригнічений настрій упродовж більшої частини дня майже щодня. На додаток до цих первинних емоційних симптомів, хворі можуть повідомляти про почуття відчаю, нікчемності, неадекватне відчуття провини і суїцидальні думки.

Далі професорка зосередила увагу слухачів на взаємозв'язку когнітивної сфери та депресії. Когнітивні функції включають такі сфери пізнавальної діяльності, як пам'ять, увага, гнозис (здатність розрізняти предмети за чуттєвим сприйняттям), мова, праксис (здатність набувати, зберігати й використовувати різноманітні рухові навички) та інтелект.

Вплив депресії на когнітивні функції

Депресія може істотно впливати на когнітивну складову пацієнтів, погіршуючи когнітивні функції, зокрема увагу, здатність приймати рішення та складати плани, а також пам'ять, швидкість опрацювання інформації тощо. Когнітивні розлади є дуже поширеними і стійкими при депресії навіть після завершення лікування, при цьому підвищення когнітивних функцій часто відстає від поліпшення настрою. Згідно з результатами дослідження Н.С. Conradi et al. (2011), когнітивні розлади поширені серед пацієнтів із депресією як під час загострення (наявні до 94% часу загальної тривалості епізоду), так і в період ремісії (спостерігаються протягом 44% загального періоду ремісії).

Когнітивні розлади при ВДР обтяжують перебіг захворювання, суттєво погіршують якість життя та функціонування пацієнтів і асоційовані з поганим результатом лікування.

Наявність когнітивних розладів у пацієнтів із депресією корелює з:

- підвищеною імовірністю повторного загострення — пацієнти із залишковими когнітивними симптомами ризикують повторно мати депресивний епізод;
- низьким рівнем функціонування — когнітивні симптоми пов'язані з погіршенням функцій та зниженням якості життя пацієнта;
- низьким рівнем функціонування у довготривалій перспективі — тяжкість когнітивних симптомів є незалежним та важливим предиктором погіршення функцій у майбутньому.

Причинами розвитку когнітивних розладів при депресії є:

1. Зниження синтезу та активності нейромедіаторів, що є нейрохімічним механізмом виникнення емоційних розладів (моноамінова доктрина), тобто зменшення кількості серотоніну, дофаміну та норадреналіну в синапсах і зниження активності цих систем: серотонін відповідає за мотивацію, необхідну для процесів пізнання; дофамін необхідний для здійснення перемикання уваги, реалізації мнестичної інформації; норадреналін пов'язаний із запам'ятовуванням інформації, що надходить до органів чуття.

2. Депресія активує вісь гіпоталамус-гіпофіз-наднирники, порушує нейросинтез та впливає на нейропластичність, що спричиняє формування атрофічних змін.

3. Дизсонія знижує активність кори головного мозку, що призводить до погіршення концентрації уваги, сприйняття інформації, пізнавальної діяльності.

Нейродегенеративні зміни при депресії відбуваються у таких зонах головного мозку, як префронтальна кора, мигдалеподібне тіло, гіпокамп та ін. При цьому дисфункція мигдалеподібного тіла у пацієнтів із депресією зумовлює порушення його зв'язку з гіпокампом та погіршення емоційної пам'яті. Цікаві результати продемонструвало дослідження біолога І. Christe (Дюкський університет, США): дві години мовчання сприяють розвитку клітин у гіпокампі, тобто мовчання може асоціюватися з поліпшенням когнітивних функцій.

Стурбованість щодо наявності когнітивних дисфункцій у пацієнтів із ВДР повинні викликати фрази на кшталт «не можу запам'ятати», «повільно думаю», «важко приймати рішення», «складно підібрати слова», «не можу сконцентруватися», «тяжко зрозуміти складні запитання» тощо. Когнітивні симптоми, що спостерігаються у пацієнтів із депресією, умовно можна поділити на «гарячі» (вибіркове сприймання та запам'ятовування лише негативних моментів, «депресивна» реакція на навколишній світ) та «холодні» (погіршення всіх пізнавальних процесів).

У той час як порушення настрою інколи послаблюються вже у гострій фазі депресії, когнітивні розлади зберігаються значно довше, що потребує підтримувальної терапії та лікування. За його відсутності ці залишкові симптоми можуть призвести до рецидиву захворювання. Згідно з результатами дослідження The STAR*D, когнітивні симптоми продовжують відзначатися у значної частки пацієнтів, які відповідали на лікування АД. Таким чином, звільнення хворих від тягара когнітивної дисфункції може знизити ризик рецидиву депресії.

COVID-19 і когнітивні порушення

Нещодавно були опубліковані результати масштабного дослідження взаємозв'язку COVID-19 і когнітивних порушень. Загалом були проаналізовані дані 84 тис. пацієнтів. Було виявлено, що COVID-19 чинить виразний негативний вплив на когнітивні функції не лише під час захворювання, але й навіть після одужання (Almoria, 2020).

На сучасному фармацевтичному ринку представлена велика кількість АД із різними механізмами дії та доведеною ефективністю щодо поліпшення настрою у пацієнтів із депресією. Разом із тим лише деякі з них мають властивість покращувати когнітивні функції.

О.П. Венгер представила результати власного дослідження, присвяченого порівнянню ефективності **Брінтелліксу** та агомелатину для лікування симптомів ВДР. Як відомо, обидва АД мають властивість поліпшувати когнітивні функції у пацієнтів із депресією. У дослідження було включено 221 пацієнта віком від 25 до 69 років (54,4% жінок та 45,6% чоловіків).

Респондентів розділили на дві групи відповідно до препарату, що використовували для корекції депресивної симптоматики:

- 1-ша група — 51% учасників, які приймали **Брінтеллікс**;
- 2-га група — 49% учасників, які приймали агомелатин.

Депресивні симптоми аналізували на 8-му та 12-му тижнях лікування. Результати оцінювали за допомогою психометричної шкали Монтгомері — Асберг для оцінки депресії (MADRS). Дані структурували за допомогою методів математичної статистики.

Було отримано такі результати дослідження:

- встановлено кращу ефективність **Брінтелліксу** щодо зменшення проявів депресії на 2,2 бала за MADRS ($p < 0,01$);
- **Брінтеллікс** був значно дієвим за агомелатин згідно з показниками відповіді на терапію на 8-му та 12-му тижнях.

Тож **Брінтеллікс** — АД із мультимодальною дією, що поліпшує глутаматергічну, серотонінергічну, дофамінергічну, ацетилхолінергічну, гістамінергічну нейротрансмісії та знижує активність γ -аміномасляноергічної нейротрансмісії (Pehrson et al., 2020). Було продемонстровано ефективність препарату щодо всіх симптомів депресії, зокрема фізичних (Thase et al., 2016).

Працюючі пацієнти із ВДР, яких лікували **Брінтелліксом**, відзначали поліпшення когнітивних функцій і, як наслідок, показників продуктивності праці (Chokka et al., 2020). У дослідженні А. Fagiolini et al. (2020) пацієнти, які отримували цей препарат, зазначали суттєве поліпшення мотивації та енергійності. Виразне зростання бальних показників мотивації та енергійності стійко корелювало з поліпшенням когнітивної діяльності.

Професорка також навела результати метааналізу даних досліджень, згідно з якими **Брінтеллікс** суттєво поліпшував аспекти когнітивного функціонування на відміну від плацебо. При цьому інші АД, зокрема СИЗС, негативно впливали на когнітивні функції. Згідно з метааналізом С. Katona et al. (2012), застосування **Брінтелліксу** порівняно з дулоксетиним асоціювалося зі стабільнішим поліпшенням аспектів когнітивного функціонування при ВДР.

Наприкінці доповіді лекторка зазначила, що за даними метааналізу J. Barth et al. (2013) у пацієнтів із депресією найбільш ефективним є комбінування медикаментозного лікування та психотерапії. Етапи соціально-трудова реабілітації осіб із депресією включають:

- I етап — лікування в умовах стаціонара одночасно із проведенням біологічної терапії (мета — запобігання госпіталізму та соціальної ізоляції);
- II етап — в амбулаторних умовах (мета — стимуляція соціальної активності, професійне навчання, робота з родичами);
- III етап — в амбулаторних умовах (мета — відновлення індивідуальної та соціальної цінності, робота з сім'єю, створення груп взаємодопомоги).

Таким чином, **Брінтеллікс (вортіоксетин)** — це сучасний високо-ефективний АД, застосування якого у пацієнтів із депресією сприяє не лише поліпшенню настрою, але й відновленню когнітивних функцій. У клінічних дослідженнях продемонстровано ефективність препарату щодо всіх симптомів депресії, зокрема фізичних. На українському фармацевтичному ринку **Брінтеллікс** зареєстрований у дозуваннях 5 та 10 мг. Його застосування дозволяє досягти функціонального відновлення та поліпшення якості життя осіб із депресією. Для пацієнтів із когнітивними порушеннями після перенесеного COVID-19 **Брінтеллікс** є препаратом вибору.

Підготувала **Анастасія Козловська**

Більше інформації про новітні тренди та дискусії міжнародних конгресів із психіатрії та неврології ви знайдете тут:
<https://ukraine.progress.im>



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 06.03.2020 № 630), термін дії необмежений з 06.03.2020. Діюча речовина: вортіоксетин. Викрита плівковою оболонкою таблетка містить 5 мг або 10 мг вортіоксетину. Антидепресант. Код АТХ N06A X26. Механізм дії вортіоксетину пов'язаний з його мультимодальною активністю, яка є поєднанням двох фармакологічних механізмів: прямої модуляції активності рецепторів та інгібування транспортера серотоніну. Вортіоксетин 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 подвійно сліпому плацебо-контрольованому 8-тижневому з фіксованою дозою дослідженні у літніх пацієнтів з депресією (≥ 65 років) вортіоксетин у дозі 5 мг/добу перевершував плацебо при оцінці загального бала за шкалами MADRS і HAM-D₂₄. Антидепресантна ефективність була продемонстрована у хворих з тяжкою депресією (≥ 30 балів MADRS) і у депресивних пацієнтів з високим рівнем тривожних симптомів (≥ 20 балів HAM-A). Ефективність вортіоксетину в дозах 10 або 20 мг/добу була також показана в 12-тижневому подвійно сліпому з агомелатином в дозах 25 або 50 мг/добу у пацієнтів з ВДР. Вортіоксетин продемонстрував статистично значущу перевагу над агомелатином за загальним балам шкали MADRS і за кількістю пацієнтів, які відповіли на терапію та досягли ремісії і поліпшення за шкалою CGI-I. Вортіоксетин не проявляв будь-якого клінічно значущого впливу на параметри ЕКГ. Абсолютна біодоступність 75%. Середній період напіввиведення — 66 годин. Стійка 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 селективними інгібіторами моноаміноксидаз (MAO) або селективними інгібіторами MAO-A. Застосовують внутрішньо, початкова та підтримуюча дози становлять 10 мг 1 раз на добу для дорослих віком до 65 років. 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 принаймні 6 місяців для зміцнення антидепресивного ефекту. Лікування **Брінтелліксом** можна припинити різко, немає необхідності поступового зниження доз. Дозу 5 мг вортіоксетину один раз на добу завжди слід використовувати як початкову дозу для пацієнтів віком ≥ 65 років. Застосування дітям не рекомендується. 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. Лікування вортіоксетином слід розпочинати з обережністю у пацієнтів, які мають судоми в анамнезі, або у пацієнтів з нестабільною епілепсією. 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 крововиливи та кровотечі. Пацієнтам із гіпонатріємією доцільно припинити застосування **Брінтелліксу** і розпочати відповідне медичне втручання. При лікуванні вортіоксетином пацієнтів з тяжкою нирковою або печінковою недостатністю слід проявляти обережність. Досвід застосування вортіоксетину вагітним обмежений. **Брінтеллікс** слід застосовувати, коли очікувана користь для матері буде перевищувати можливий ризик для плода. Побічні реакції: дуже часті — нудота; часті — запор, блювання, свербіж в т.ч. генералізований; нечасті — пітливість у нічний час, гіперемія обличчя; рідкісні — мідріаз; частота невідома — анафілактичні реакції, гіпонатріємія, серотоніновий синдром, кровотеча, набряк, кров'яний янкі, висипи, безсоння, збудження, агресія. Упаковка: 14 таблеток у блистері, 2 блистери у картонній коробці. Категорія відпуску: За рецептом. Виробник: Х. Лундбек А/С, Оттілвей 9, 2500 Валбі, Данія. Дата останнього перегляду: 10.12.2020.

* докладну інформацію про препарат див. в Інструкції для медичного застосування лікарського засобу. Інформація для професійної діяльності медичників 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. Brinellix Summary of Product Characteristics, 2020.



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

Брінтеллікс
вортіоксетин

Подбайте про щось більше,
ніж лише про настрій