

ВЕНЛАФАКСИН У ТЕРАПІЇ ПТСР: ВІД ДОКАЗОВОЇ БАЗИ ДО ВИБОРУ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ СТРАТЕГІЇ

В.О. Мангубі, к.мед.н., доцент,
завідувач психіатричного відділення первинного психотичного епізоду
КНП ХОР «Обласна клінічна психіатрична лікарня № 3», м. Харків

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає як реакція на екстремальний стрес. Згідно з Діагностичним і статистичним посібником із психічних розладів, 5-м виданням (DSM-5), та Міжнародною класифікацією хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), він проявляється через чотири групи симптомів: повторне переживання травми й уникнення нагадувань про неї, негативні зміни в настрої та думках, а також надмірне збудження. Без терапії розлад часто стає хронічним — лише третина пацієнтів досягає ремісії протягом першого року. Поширеність ПТСР серед ветеранів становить 15–25 %, а серед цивільних у зонах конфлікту — 10–20 % [1, 2].

Коморбідність при ПТСР як чинник вибору фармакотерапії

ПТСР рідко перебігає ізольовано. Майже у половині пацієнтів (48–55 %) діагностують супутню депресію, у 30–40 % — генералізований тривожний розлад, а 20–35 % мають проблеми з алкоголем [14]. Саме депресивний компонент суттєво впливає на стратегію лікування. Хоча сертралін та пароксетин традиційно вважаються препаратами першої лінії — «золотим стандартом» серед селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), за виразної депресії можливостей виключно серотонінергічних засобів часто недостатньо [10, 12]. Досвід показує, що за таких умов препарати із норадренергічною активністю демонструють вищу ефективність [7, 8]. З огляду на це, автоматичне призначення СІЗЗС як універсального рішення для всіх груп пацієнтів не завжди є клінічно виправданим [17].

В Україні після 2022 р. масштаб проблеми ПТСР значно зріс. До психіатрів, психологів, психотерапевтів і сімейних лікарів дедалі частіше звертаються як військові, так і цивільні, які пережили окупацію, обстріли чи втрату близьких. У чинному протоколі Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну (СІЗЗСН) венлафаксин віднесено до першої лінії терапії ПТСР на рівні з СІЗЗС сертраліном і пароксетином. Це рішення ґрунтується на дослідженнях J. Davidson et al. (2006) та узгоджується із міжнародними настановами Міністерства у справах ветеранів США й Міністерства оборони США (VA/DoD, 2023) та Національного інституту охорони здоров'я і вдосконалення медичної допомоги (NICE, 2024), де препарат має рівень

доказовості А [17, 18]. До 2006 р. практично не проводилося масштабних рандомізованих досліджень тривалістю понад 12 тижнів для препаратів поза групою СІЗЗС [13]. Роботи J. Davidson et al. заповнили цю нішу і досі залишаються фундаментом доказової бази для застосування венлафаксину при ПТСР.

Механізм дії венлафаксину та нейробиологічне обґрунтування

Важливо, що венлафаксин блокує зворотне захоплення серотоніну в будь-яких терапевтичних дозах, а його вплив на норадреналін є дозозалежним і стає помітним при підвищенні дози із 75 до 150–225 мг/добу. У дозах понад 150 мг препарат починає пригнічувати і захоплення дофаміну, хоча значення цього компонента саме для терапії ПТСР ще потребує підтвердження [6].

Використання СІЗЗСН при ПТСР має нейробиологічне підґрунтя [6]:

- по-перше, високий рівень норадреналіну в спинномозковій рідині пацієнтів корелює із гіперзбудженням та нічними кошмарами;
- по-друге, дисфункція гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (низький рівень кортизолу і надмірна реактивність щодо тригерів) частково нівелюється під дією антидепресантів, що активують норадренергічну систему.

Це відображається на динаміці всіх трьох кластерів симптомів за DSM-5. У 12-тижневому дослідженні J. Davidson et al. (2006) венлафаксин пролонгованого вивільнення (XR) суттєво знижував показники за підшкалами повторного переживання, уникнення та гіперзбудження порівняно із плацебо [3]. Під час 6-місячного спостереження ефект підтвердився для повторного переживання та уникнення (емоційного оніміння). Відсутність значущих змін у кластері гіперзбудження на цьому етапі може бути пов'язана із досягненням «ефекту стелі» ще на початку лікування [4].

Клінічний досвід і результати окремих досліджень свідчать, що СІЗЗСН можуть знижувати частоту нічних кошмарів — симптому, який часто не піддається корекції за допомогою СІЗЗС. Попри обмежену кількість даних плацебо-контрольованих випробувань конкретно для венлафаксину в цьому аспекті, гіпотеза про його норадренергічний вплив на мигдалеподібне тіло виглядає патофізіологічно обґрунтованою [6].

Доказова база застосування венлафаксину: основні дослідження

У першому 12-тижневому дослідженні J. Davidson et al. (2006) порівнювали ефективність венлафаксину XR (37,5–300 мг/добу), сертраліну (25–200 мг/добу) та плацебо. До вибірки увійшли 538 пацієнтів із виразними симптомами ПТСР, що тривали понад пів року. Ефективність лікування оцінювали за зміною загального бала відповідно до шкали для клінічної діагностики ПТСР (CAPS). Венлафаксин XR показав кращі результати порівняно із плацебо (-41,8 vs -33,9 бала). Сертралін продемонстрував схожу динаміку (-39,4), але в межах цього дослідження різниця не досягла статистичної значущості за основним критерієм. Показники ремісії через три місяці були найвищими при терапії венлафаксином (30,2%), тоді як на тлі використання сертраліну вони становили 24,3%, а у групі плацебо – 19,6%. Середня ефективна доза венлафаксину була 225 мг.

Друга робота цієї ж групи науковців від 2006 р. дала змогу оцінити результати тривалої терапії. Протягом шести місяців 329 пацієнтів отримували венлафаксин XR у дозах 75–225 мг/добу або плацебо. На відміну від більшості тогочасних досліджень ПТСР, цей проект вийшов за межі стандартного 12-тижневого курсу. Зниження бала за шкалою CAPS у групі венлафаксину порівняно із плацебо було суттєвішим: -51,7 і -43,9 відповідно. Препарат краще впливав на симптоми повторного переживання та уникнення (емоційного оніміння), хоча суттєвої різниці за показником гіперзбудження наприкінці терміну не зафіксували. Рівень ремісії у групі активної терапії досяг 50,9%. При цьому кількість пацієнтів, які припинили лікування через побічні ефекти, була майже однаковою в обох групах.

Об'єднаний аналіз цих досліджень, проведений 2008 р., підтвердив, що відповідь на венлафаксин XR не залежала від статі пацієнта чи характеру травми. Водночас варто враховувати, що до цих випробувань не залучали осіб із залежностями або високим ризиком суїциду. Оскільки такі стани часто зустрічаються серед комбатантів, пряме перенесення результатів на групу ветеранів потребує певної обережності.

Ефективність венлафаксину також підтверджено у масштабних оглядах. Метааналіз M. Hoskins et al. (2015), що охопив дані 51 дослідження, показав результати, збівні з такими для групи СІЗЗС. У пацієнтів із супутньою депресією спостерігалася тенденція до кращої відповіді на СІЗЗСН, хоча для остаточних висновків потрібні додаткові докази. Інший аналіз B.V. Watts et al. (2013) виявив певну перевагу венлафаксину саме у корекції симптомів повторного переживання травми. У метааналізі Y. Jia et al. (2025) із залученням даних понад 7600 учасників встановлено, що середня частка відповіді на фармакотерапію при ПТСР була ~ 39%. Суттєвих відмінностей між антидепресантами, зокрема венлафаксином, та антипсихотиками за ефективністю чи переносимістю не відзначалося.

Дослідники зауважують, що загальний рівень відповіді на медикаментозне лікування при ПТСР нижчий, ніж за інших розладів, що вкотре вказує на важливість поєднання ліків із психотерапією. У кокранівському огляді 2022 р. та подальших рекомендаціях, зокрема S. Seales

Таблиця 1. Схема дозування венлафаксину при ПТСР

Фаза	Доза, мг/добу	Форма	Коментар
Початкова	37,5–75	IR або XR	7–14 днів; перевірка переносимості
Застосування терапевтич. дози	150–225	XR (перевага)	Цільовий діапазон за протоколом МОЗ
Застосування максимальної дози	до 375	XR	При резистентності; обов'язковий контроль АТ
Підтримувальна	150–225	XR	Принаймні 12 місяців після ремісії
Відміна	Поступово	XR	Зниження через ≥4 тижнів; ризик синдрому відміни, можливе тимчасове повернення до попередньої дози при появі парестезій

Примітки: IR — негайне вивільнення; АТ — артеріальний тиск.

і P. Seales (2022), було підтверджено статус венлафаксину як препарату першої лінії, що базується на клінічному консенсусі та наявній доказовій базі.

Схеми дозування венлафаксину

Швидкість титрації визначає, чи залишиться пацієнт на терапії венлафаксином. Стрімке підвищення дози часто призводить до відмови від лікування через побічні ефекти, а надто повільне — відтермінує результат. Оптимально починати із 37,5–75 мг/добу протягом 1–2 тижнів, після чого додавати по 75 мг що 14 днів, орієнтуючись на самопочуття пацієнта. Схему дозування венлафаксину, що відповідає протоколу МОЗ та міжнародним стандартам, наведено в таблиці 1 [17, 18].

Венлафаксин XR демонструє переваги завдяки стабільній концентрації у плазмі. Відсутність різких піків знижує ризик появи нудоти та запаморочення на старті, а приймання один раз на добу є зручнішим для пацієнта [6]. Дози препарату 300–375 мг/добу призначають лише за підтвердженої резистентності. У дослідженнях J. Davidson et al. середня ефективна доза була нижчою — близько 225 мг/добу. Даних про доцільність подальшого підвищення дози в контрольованих умовах при ПТСР наразі немає [3, 4].

Використання венлафаксину іноді супроводжується синдромом відміни, що в окремих випадках проявляється сильніше, ніж на тлі лікування деякими СІЗЗС. Пацієнти можуть скаржитися на запаморочення, дратівливість або специфічні парестезії («простріли», схожі на електричний розряд). Дозу знижують поступово — не швидше ніж на 37,5 мг/тиждень. Якщо симптоми повертаються, темп сповільнюють. Підтримувальна терапія після досягнення ремісії має тривати щонайменше 12 місяців [17]. Результати довгострокових спостережень свідчать, що продовження застосування венлафаксину після досягнення первинної відповіді асоційоване зі статистично значущим зниженням ризику рецидивів порівняно із плацебо. Це підтверджує доцільність тривалого (6-місячного та довше) лікування для стабілізації клінічного стану пацієнта [4, 8].

Цивільні пацієнти та військовослужбовці: відмінності у тактиці

Клінічна картина ПТСР у пацієнтів із бойовим досвідом має суттєві відмінності від «цивільної» через кумулятивний характер травматизації, складніший профіль супутніх розладів та нижчу очікувану відповідь на стандартну фармакотерапію [8, 17]. На відміну від ізольованих психотравматичних подій, бойовий досвід часто поєднує в собі фізичні ураження, зокрема черепно-мозкову травму (ЧМТ), та етичні дилеми (моральну травму), що потребує агресивнішої тактики лікування. Основні практичні розбіжності наведені в таблиці 2.

Для військових характерна кумулятивна травматизація — накопичення повторюваних стресових подій. Це формує складніший профіль коморбідності: до депресії та тривоги додаються хронічний біль, наслідки контузій (ЧМТ) та вищий рівень вживання алкоголю. Об'єднаний аналіз В.О. Rothbaum et al. (2008) свідчить, що базова відповідь на венлафаксин XR не залежить від типу травми [5]. Проте варто пам'ятати, що у це дослідження не було включено пацієнтів з активними залежностями. Ветерани часто потребують призначення вищих доз (225–300 мг/добу) та повільнішого їх нарощування. Підвищена чутливість до тілесних відчуттів та тривога перед початком лікування посилюють ризик того, що пацієнт припинить терапію при різкій зміні дозування. Час до появи перших результатів також може бути довшим — у деяких випадках до 8–12 тижнів. При застосуванні венлафаксину, особливо у дозах понад 150–225 мг/добу, можливе помірне дозозалежне підвищення показників артеріального тиску. Це зумовлено посиленням норадренергічного впливу та потребує регулярного моніторингу артеріального тиску, особливо за наявності супутньої гіпертонії [6].

В умовах сучасної клінічної практики терапія венлафаксином рідко буває ізольованою, що створює ризики небажаних медикаментозних взаємодій. Зокрема, ветерани та цивільні особи в зоні конфлікту часто приймають нестероїдні протизапальні засоби із приводу хронічного болю. Поєднання цих препаратів із СІЗЗСН суттєво підвищує ризик шлунково-кишкових кровотеч через синергічний вплив на агрегацію тромбоцитів, що потребує обережності при призначенні пацієнтам із гастроентерологічним анамнезом.

Окремим викликом є надмірне вживання кофеїну та енергетичних напоїв, поширене серед військовослужбовців та волонтерів для підтримки боєздатності. Оскільки венлафаксин у дозах понад 150 мг чинить виразний норадренергічний ефект, його поєднання зі стимуляторами може провокувати стійку артеріальну гіпертензію, тахікардію та посилювати симптоми гіперзбудження. Також слід зважати на ризик серотонінового синдрому при комбінації з триптанами (для лікування мігрені, частої при наслідках ЧМТ) або серотонінергічними анальгетиками. Оскільки значна частина пацієнтів із ПТСР вдається до вживання алкоголю як засобу «самолікування», важливо враховувати, що етанол не лише посилює седативний ефект, але й може нівелювати терапевтичну дію препарату, ускладнюючи досягнення ремісії.

Таблиця 2. Порівняльна характеристика підходів до терапії венлафаксином у різних групах пацієнтів

Параметр	Цивільні пацієнти	Військовослужбовці/ ветерани
Тип травми	Переважно поодинокі події (ДТП, насильство)	Кумулятивна бойова травма; часто поєднана із ЧМТ
Супутні стани	Депресія, тривога, алкогольна залежність	+ Хронічний біль, наслідки ЧМТ, порушення сну
Робоча доза	150–225 мг/добу	Часто 225–300 мг/добу; повільна титрація
Час до відповіді	4–6 тижнів	≥ 6–12 тижнів
Додаткові ризики	Сексуальна дисфункція, нудота, синдром відміни	+ Артеріальна гіпертензія при дозах > 225 мг; взаємодія з анальгетиками
Тривалість курсу	12–24 місяці	Часто > 24 місяці; високий ризик рецидиву

Місце венлафаксину в алгоритмі фармакотерапії ПТСР

Як уже зазначалося, в оновленому протоколі МОЗ України (2025) венлафаксин закріплено як засіб першої лінії терапії ПТСР. Такий підхід узгоджується з актуальними міжнародними настановами VA/DoD (2023) та NICE (2024), де препарат розглядається як рівноцінна альтернатива СІЗЗС на етапі старту лікування [17, 18].

Клінічний вибір між цими групами ліків зазвичай базується на супутній патології пацієнта. Призначення венлафаксину виглядає найбільш обґрунтованим у випадках, коли ПТСР супроводжується великим депресивним епізодом, хронічним болем або генералізованим тривожним розладом. Завдяки норадренергічній активності він дозволяє ефективніше працювати із депресивним компонентом. Згідно з оглядом М. Mansour et al. (2023), у пацієнтів із виразною вегетативною реактивністю саме венлафаксин або СІЗЗС (зокрема сертралін та пароксетин) допомагають знизити рівень збудження до межі, що дозволяє продуктивно працювати в межах травма-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії [11]. Водночас сертралін і пароксетин залишаються препаратами першого вибору при ізольованому ПТСР без тяжкої депресії [10, 12, 18]. При цьому сертралін є пріоритетним для пацієнтів із серцево-судинними факторами ризику, тоді як пароксетин часто обирають за необхідності додаткового седативного ефекту при виразному безсонні та ажитатії.

Ефективна допомога при ПТСР передбачає синергію медикаментів та психотерапії. Метааналіз М. Hoskins et al. (2015) свідчить, що фармакологічне лікування забезпечує лише часткове полегшення симптомів і не впливає на нейробіологічні механізми згасання страху — ті, на які спрямовані травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія і метод десенсибілізації та репроцесуалізації за допомогою руху очей [7, 11]. У цьому тандемі препарат виконує функцію «стабілізатора»: він знижує рівень тривоги та збудження, роблячи участь пацієнта в інтенсивній психологічній роботі реалістичною.

У випадках, резистентних до монотерапії в максимальних дозах, розглядається можливість аугментації. Додавання атипичних антипсихотиків (кветіапіну чи оланзапіну) може бути доцільним у разі наявності психотичних симптомів або стійких порушень сну [9]. Проте таке лікування виходить за межі стандартних схем і потребує окремого клінічного обґрунтування для кожного пацієнта.

Практичні аспекти застосування венлафаксину пролонгованої дії в Україні

В Україні венлафаксин пролонгованої дії представлений, зокрема, препаратом Лафаксин® XR Асіно (виробництва Dexcel Pharma, Ізраїль), що доступний у дозуваннях 75 та 150 мг. Саме форма із пролонгованим вивільненням (XR) була базовою у дослідженнях J. Davidson et al. (2006), на яких ґрунтується доказова база застосування венлафаксину при ПТСР [3, 4].

Матрична основа таблетки (гіпромелоза та етилцелюлоза) забезпечує поступове вивільнення діючої речовини протягом доби. Це дає змогу приймати препарат один раз на день і підтримувати стабільну концентрацію у плазмі без різких піків. Такий фармакокінетичний профіль знижує ризик виникнення нудоти та запаморочення, які часто спостерігаються на початку терапії при застосуванні форм негайного вивільнення (IR) [6].

Наявність декількох варіантів дозування дозволяє гнучко підбирати терапевтичну схему без необхідності ділити таблетки. Наприклад, для досягнення добової дози 225 мг може використовуватися комбінація 150 мг та 75 мг.

Якщо пацієнт уже приймає венлафаксин негайного вивільнення (IR), перехід на форму пролонгованої дії (XR) можливий у тій самій добовій дозі без перерви в лікуванні.

Препарат рекомендовано приймати один раз на добу, в один і той самий час, бажано під час їди. Таблетку слід ковтати цілою: подрібнення або розжовування порушує матричну структуру та механізм контрольованого вивільнення, фактично перетворюючи її на форму негайного вивільнення.

Висновки

1. *Статус першої лінії та універсальність.* Венлафаксин обґрунтовано закріплений у сучасних міжнародних та вітчизняних протоколах як препарат першої лінії терапії ПТСР. Його унікальність полягає у дозозалежному механізмі дії: від серотонінергічного ефекту в низьких дозах до потужного норадренергічного впливу при підвищенні дози понад 150 мг. Це дозволяє гнучко адаптувати терапію до індивідуального профілю пацієнта, особливо за наявності «емоційного оніміння» та ангедонії.

2. *Переваги при коморбідності.* Вибір венлафаксину є пріоритетним у складних клінічних випадках, де ПТСР поєднується із виразним хронічним больовим синдромом або тяжким депресивним розладом. Подвійний механізм дії СІЗЗСН забезпечує ширше терапевтичне вікно порівняно із традиційними СІЗЗС.

3. *Диференційований підхід до ветеранів.* При лікуванні комбатантів слід враховувати вищу ймовірність резистентності до стандартних схем. Досвід свідчить про потребу в застосуванні вищих терапевтичних доз (≥ 225 мг) для досягнення стійкої ремісії у військовослужбовців порівняно із цивільними пацієнтами.

4. *Безпека та контроль.* Препарат демонструє рівень переносимості, зіставний із таким для СІЗЗС, за умови дотримання алгоритму поступової титрації дози. Важливим аспектом безпеки при тривалому прийманні високих доз є регулярний моніторинг артеріального тиску, що мінімізує ризики серцево-судинних ускладнень.

5. *Терапевтична стійкість.* ПТСР потребує тривалого лікування — щонайменше 6–12 місяців після досягнення ремісії. Продовження приймання венлафаксину статистично значуще знижує ризик рецидивів, забезпечуючи надійну платформу для подальшої психотерапевтичної реабілітації пацієнта [4, 8].

Література

1. Богомолец О.В. Посттравматичний стресовий розлад: особливості діагностики та лікування в умовах збройного конфлікту // Укр. мед. часопис. – 2024. – 2 (160). – С. 12–18.
2. Kessler R.C., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J. et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys // Epidemiol Psychiatr Soc. – 2009. – 18 (1). – P. 23–33.
3. Davidson J., Baldwin D., Stein D.J. et al. Treatment of posttraumatic stress disorder with venlafaxine extended release: a 6-month randomized controlled trial // Arch Gen Psychiatry. – 2006. – 63 (10). – P. 1158–1165; doi:10.1001/archpsyc.63.10.1158.
4. Davidson J., Rothbaum B.O., Tucker P. et al. Venlafaxine extended release in posttraumatic stress disorder: a sertraline- and placebo-controlled study // J Clin Psychopharmacol. – 2006. – 26 (3). – P. 259–267.
5. Rothbaum B.O., Davidson J., Tucker P. et al. A pooled analysis of gender and trauma type as predictors of response to venlafaxine ER in PTSD // Depress Anxiety. – 2008. – 25 (3). – P. 262–268.
6. Stahl S.M. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. 5th ed. Cambridge University Press, 2021.
7. Hoskins M., Pearce J., Lewis C. et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis // Br J Psychiatry. – 2015. – 206 (2). – P. 93–100; doi:10.1192/bjp.bp.114.148551.
8. Watts B.V., Schnurr P.P., Mayo L. et al. Meta-analysis of the efficacy of polypharmacy in the treatment of posttraumatic stress disorder // J Clin Psychiatry. – 2013. – 74 (3). – e179–e187.
9. Jia Y., Wang M., Wang J. et al. Pharmacological and psychotherapeutic interventions for PTSD: a network meta-analysis // Mol Psychiatry. – 2025. – 30. – P. 112–125.
10. Williams T., Phillips N.J., Stein D.J. et al. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD) // Cochrane Database Syst Rev. – 2022. – 3. – CD002795; doi:10.1002/14651858.CD002795.pub5.
11. Mansour M., Joseph G., Joy G.K. et al. Post-traumatic stress disorder: a narrative review of pharmacological and psychotherapeutic interventions // Cureus. – 2023. – 15 (9). – e44905; doi:10.7759/cureus.44905.
12. Seales S., Seales P. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder // Am Fam Physician. – 2022. – 106 (6). – P. 623–624.
13. Ipser J.C., Stein D.J. Evidence-based pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder (PTSD) // Int J Neuropsychopharmacol. – 2012. – 15. – P. 825–840.
14. Hofmann S.G., Haw V., Zhu X. The prevalence of comorbid depression in PTSD: a meta-analysis // Eur Psychiatry. – 2012. – 27 (7). – P. 509–516; doi:10.1016/j.eurpsy.2012.04.001.
15. Gregorian R.S., Golden K.A., Bahce A. et al. Antidepressant-induced sexual dysfunction // Ann Pharmacother. – 2002. – 36 (10). – P. 1577–1589.
16. Johnson E.M., Whyte E., Mulsant B.H. et al. Cardiovascular changes associated with venlafaxine in the treatment of late-life depression // Am J Geriatr Psychiatry. – 2006. – 14 (9). – P. 796–802.
17. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Department of Veterans Affairs/Department of Defense, 2023.
18. NICE Guideline. Post-traumatic stress disorder: management. National Institute for Health and Care Excellence. 2018 (updated 2024).



Розмалюй життя в яскравій кольорі



ЛАФАКСИН® XR АСІНО венлафаксин

- ◆ Препарат вибору в терапії тяжких та резистентних форм депресій¹⁻³
- ◆ Доведена біоеквівалентність оригінальному венлафаксину⁴
- ◆ Зручність прийому — 1 раз на добу³

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЛАФАКСИН® XR АСІНО. Склад: діюча речовина: венлафаксину гідрохлорид; 1 таблетка містить венлафаксину гідрохлориду 84,85 мг або 169,70 мг, що еквівалентно венлафаксину основи 75 мг або 150 мг. Лікарська форма. Таблетки пролонгованої дії. Фармакологічна група. Антидепресанти. Код АТХ N06A X16. Фармакологічні властивості. Механізм антидепресивної дії венлафаксину у людей вважається пов'язаним із його потенціюванням нейротрансмітерної активності в центральній нервовій системі. Венлафаксин та його основний метаболіт О-десметилвенлафаксин є інгібіторами зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну; він також слабо інгібує захоплення дофаміну. Венлафаксин та його активний метаболіт скорочують β-адренергічну реактивність після одноразового (прийому однієї дози) і тривалого застосування препарату. Показання. Лікування великих депресивних епізодів. Профілактика рецидивів великих депресивних епізодів. Лікування генералізованих тривожних розладів. Лікування соціального тривожного розладу (соціальної фобії). Лікування панічного розладу з або без агорафобії. Протипоказання. Гіперчутливість до венлафаксину або до будь-якої з допоміжних речовин препарату. Супутнє лікування незворотними інгібіторами моноаміноксидази (інгібітори MAO) протипоказано через ризик розвитку серотонінового синдрому з такими симптомами, як збудження, тремор та гіпертермія. Прийом венлафаксину не можна розпочинати протягом принаймні 14 днів після припинення лікування незворотними інгібіторами MAO. Лікування венлафаксином необхідно припинити щонайменше за 7 днів до початку терапії незворотними інгібіторами MAO. Побічні реакції. Зниження апетиту, безсоння; сплутаність свідомості, деперсоналізація, незвичні сновидіння, нервовість, зниження лібідю, збудження, аноргазмія, головний біль, запаморочення, седация, акатизія, тремор, парестезія, дисгевзія, порушення зору, порушення акомодатції, включаючи затуманені зір, мідріаз, дзвін у вухах, тахікардія, відчуття серцебиття, гіпертензія, припливи, задишка, позіхання, нудота, сухість у роті, запор; діарея, блювання, гіпергідроз (включаючи нічну пітливість); висипання, свербіж, гіпертонус, утруднений початок сечовипускання, затримка сечовипускання, часте сечовипускання, менорагія, метрорагія, ерекційна дисфункція, порушення еякуляції, слабкість, астенія, озноб, зменшення маси тіла, збільшення маси тіла, підвищення рівня холестерину у крові (розділ скорочено, для детальної інформації див. інструкцію для медичного застосування). Категорія відпуску. За рецептом. Виробник. Дексель Лтд./Dexcel Ltd. ЛАФАКСИН® XR АСІНО 75 мг Р. П. МОЗ України: UA/13444/01/01 №428 від 03.03.2023. ЛАФАКСИН® XR АСІНО 150 мг Р. П. МОЗ України: UA/19740/01/01 №2036 від 10.11.2022. 1. Barak Y., Swartz M., Barcuch Y. Venlafaxine or a second SSRI: switching after treatment failure with an SSRI among depressed inpatients: a retrospective analysis // Progr. Neuropsychopharmacol. & Biol. Psychiat. – 2011. – Vol. 35. – P. 1744–1747. 2. Benkert O., Grunder G., Wetzel H. et al. A randomized, double-blind comparison of a rapidly escalating dose of venlafaxine and imipramine in inpatients with major depression and melancholia // J. Psychiat. Res. – 1996. – Vol. 30. – P. 441–451. 3. Інструкція для медичного застосування препарату ЛАФАКСИН® XR АСІНО 75. Р. П. МОЗ України: №UA/13444/01/01, наказ МОЗ України №1470 від 21.08.2024. ЛАФАКСИН® XR АСІНО 150. Р. П. МОЗ України: № UA/19740/01/01, наказ МОЗ України №1877 від 08.11.2024. 4. Bioequivalence Study Number – 411-DX-03-05-0000, Clin report April, 2004.