

Опыт применения агомелатина (Вальдоксана) при лечении генерализованного тревожного расстройства



Фролова В.И.

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета
непрерывного медицинского образования Медицинского института ФГАОУ ВО
«Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва
Россия, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) представляет собой одно из наиболее распространенных во всем мире тревожных расстройств. При отсутствии терапии ГТР характеризуется хроническим течением, выражено нарушает социальное и профессиональное функционирование. Основным методом лечения ГТР в клинической практике является психофармакотерапия. Несмотря на наличие в арсенале психиатров достаточно большого количества психотропных препаратов, применяемых согласно международным и отечественным клиническим рекомендациям для лечения ГТР, целый ряд терапевтических аспектов до недавнего времени оставались нерешенными.

В обновленных клинических рекомендациях в число препаратов первой линии для лечения ГТР был внесен агомелатин — антидепрессант, воздействующий на мелатонинергические (MT₁, MT₂) и серотонинергические (5-HT_{2C}) рецепторы. Эффективность агомелатина в отношении симптомов ГТР была продемонстрирована в ряде рандомизированных клинических исследований. В статье представлены собственные наблюдения, позволяющие проиллюстрировать некоторые аспекты применения агомелатина в реальной клинической практике.

Ключевые слова: генерализованное тревожное расстройство; агомелатин; наблюдение; диагноз; психическое состояние; лечение.

Контакты: Вероника Игоревна Фролова; Frolova_vi@pfur.ru

Для цитирования: Фролова В.И. Опыт применения агомелатина (Вальдоксана) при лечении генерализованного тревожного расстройства. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2025;17(4):104–109. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2025-4-104-109>

The experience of using agomelatine (Valdoxan) in the treatment of generalised anxiety disorder

Frolova V.I.

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology, Faculty of Continuing Medical Education,
Medical Institute, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow
6, Miklukho-Maklaya St., Moscow 117198, Russia

Generalised anxiety disorder (GAD) is one of the most common anxiety disorders worldwide. Without treatment, GAD is characterised by a chronic course and significantly impairs social and occupational functioning. The main method of treating GAD in clinical practice is psychopharmacotherapy. Despite the fact that psychiatrists have a fairly large number of psychotropic drugs at their disposal, which are used in accordance with international and domestic clinical guidelines for the treatment of GAD, a number of therapeutic aspects remained unresolved until recently.

In the updated clinical guidelines, agomelatine, an antidepressant that acts on melatonergic (MT₁, MT₂) and serotonergic (5-HT_{2C}) receptors, was included among the first-line drugs for the treatment of GAD. The efficacy of agomelatine in treating GAD symptoms has been demonstrated in a number of randomised clinical trials. This article presents our own observations, illustrating some aspects of the use of agomelatine in real clinical practice.

Keywords: generalised anxiety disorder; agomelatine; observation; diagnosis; mental state; treatment.

Contact: Veronika Igorevna Frolova; Frolova_vi@pfur.ru

For citation: Frolova VI. The experience of using agomelatine (Valdoxan) in the treatment of generalised anxiety disorder. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2025;17(4):104–109 (In Russ.). <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2025-4-104-109>

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) представляет собой одно из наиболее распространенных во всем мире тревожных расстройств [1, 2]. Специфика клинической картины заболевания состоит в сочетании длительной (более 6 мес) диффузной, «свободно плавающей»

тревоги, внутреннего напряжения, негативных предчувствий со значительным числом симптомов вегетативной гиперактивации [3]. Указанные особенности ГТР приводят к тому, что значительная часть пациентов долгое время находится в поле зрения врачей общей практики, терапевтов,

неврологов, кардиологов, проходят многочисленные обследования, безуспешно принимают соматотропные препараты и не получают квалифицированной психиатрической помощи [4, 5]. Дополнительной проблемой является высокая частота коморбидности ГТР с другими тревожными, аффективными расстройствами, злоупотреблением алкоголем и другими психоактивными веществами, которые в свою очередь дополнительно ухудшают исход заболевания и способствуют снижению ответа на лечение, а при тяжелом течении — повышают риск суицида [3, 6]. При отсутствии терапии ГТР характеризуется хроническим течением, выраженно нарушает социальное и профессиональное функционирование.

Основным методом лечения ГТР в клинической практике является психофармакотерапия [3, 6, 7]. Несмотря на наличие в арсенале психиатров достаточно большого количества психотропных препаратов, применяемых согласно международным и отечественным клиническим рекомендациям для лечения ГТР, целый ряд терапевтических аспектов до недавнего времени оставались нерешенными.

Так, рекомендованные в качестве препаратов первой линии представители селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (сертралин, пароксетин, эсциталорам) и ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксин, дулоксетин) обладают отсроченным действием, в некоторых случаях в начале терапии усиливают проявления тревоги, а также обладают целым рядом нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта, что затрудняет их длительное применение и часто является причиной отказа от лечения. В качестве второй линии терапии рекомендуются бензодиазепиновые анксиолитики и транквилизаторы других групп [3, 8]. Препараты этих групп обладают определенными ограничениями, касающимися поведенческой токсичности, развития привыкания и синдрома отмены.

Сравнительно недавно в список препаратов первой линии для лечения ГТР был внесен агомелатин — антидепрессант, воздействующий на мелатонинергические (MT₁, MT₂) и серотонинергические (5-HT_{2C}) рецепторы. Эффективность агомелатина в отношении симптомов ГТР была продемонстрирована в ряде рандомизированных клинических исследований [9–11]. Наряду с высокой эффективностью препарат показал хорошую переносимость, что делает его применение удобным в том числе для лечения пациентов, впервые получающих терапию антидепрессантами и являющихся в значительной степени чувствительными к побочным эффектам, что отрицательно влияет на приверженность лечению и формирует к нему негативное отношение, делая затруднительным длительное поддерживающее лечение, необходимое для эффективной терапии ГТР [9–11].

Представляем собственные наблюдения, позволяющие проиллюстрировать некоторые аспекты применения агомелатина в реальной клинической практике.

Клиническое наблюдение 1

Пациентка Д., 34 лет. Ранее к психиатрам не обращалась.

Наследственность психопатологически неотягощена. Мать — 55 лет, по образованию инженер. Веселая, общительная. Ответственно относится к работе, всегда выполняет

порученные задачи в срок. Отец — 57 лет. По характеру тревожный, мнительный в отношении своего здоровья. Даже при незначительных недомоганиях всегда брал больничный лист, не выходил на работу до полного выздоровления.

Пациентка родилась в срок от нормально протекавших беременности и родов. Росла и развивалась в соответствии с нормой. Посещала детский сад. Режим учреждения соблюдала, но некоторое время не могла адаптироваться, плакала, беспокоилась, что ее не заберут домой. Затем сдружилась с другими детьми, была активной, принимала участие в разных играх и проказах.

В 7 лет пошла в общеобразовательную школу. Училась на «отлично», ответственно подходила к выполнению домашних заданий, с первого класса выполняла их самостоятельно без контроля со стороны взрослых. Больше нравились гуманитарные науки: литература, русский и иностранные языки. С одноклассниками отношения складывались ровные: старалась избегать конфликтов, нашла одну подругу, с которой общалась большую часть времени.

В свободное от учебы время любила читать, по инициативе родителей занималась с преподавателем игрой на фортепиано. Играть на инструменте не нравилось, однако продолжала занятия, «так как родители настаивали, что это нужно». Посещала секцию волейбола. Играть нравилось, к тренировкам относилась ответственно. Была бессменным капитаном команды. Перед ответственными соревнованиями волновалась, чувствовала ответственность момента, считала, что, будучи капитаном, должна показывать пример остальным игрокам. В такие моменты периодически возникало сердцебиение, ладони становились влажными. При этом сон не менялся, во время соревнований игровые характеристики не ухудшались.

Симпатии к противоположному полу с подросткового возраста. Замечала, что понравившиеся мальчики обращали внимание не на нее, а на других девочек в классе, на этом фоне возникали мысли о собственной непривлекательности, казалось, что не может быть интересным собеседником. Анализировала стиль общения других девочек, пыталась научиться вести себя так же. Впоследствии никогда не была инициатором отношений, если не была уверена в симпатии со стороны понравившегося молодого человека.

Менструации с 14 лет, болезненные в первые дни. Настроение и активность в эти дни не менялись.

После окончания 11 классов в возрасте 18 лет поступила в институт иностранных языков. Во время подготовки к экзаменам испытывала тревогу, опасалась не справиться с поставленной задачей. При этом работоспособность, концентрация внимания не снижались.

В институте много времени посвящала учебе. Перед экзаменами испытывала тревогу, внутреннее напряжение, иногда нарушался сон, однако во время ответа без труда концентрировалась, большинство экзаменов сдала на «отлично». После окончания вуза вышла замуж по любви за бывшего одноклассника, от брака имеет дочь. На фоне беременности часто испытывала тревогу за будущего ребенка, тяготилась собственной беспомощностью в случае возможных проблем с его здоровьем. Настроение во время беременности и в послеродовой период не менялось. Была в меру тревожной матерью. Так, во время болезни ребенка тревожилась до того момента, пока не становилось понятно, что самочувствие ребенка улучшается, после чего успокаивалась.

В возрасте 27 лет была назначена на руководящую должность. Ответственно относилась к выполнению своих обязанностей, могла задерживаться на работе сверхурочно. В течение последнего года постепенно стала замечать внутреннее напряжение, напряжение в мышцах, не могла расслабиться даже дома. Сначала не могла понять, что с ней происходит, чувствовала «непонятный дискомфорт», приписывала свое состояние усталости. Появилась раздражительность, повышала голос на домочадцев, чего раньше никогда не было. На работе стало сложнее сосредоточиться, привычные занятия занимали значительно больше времени, чем обычно. Периодически возникало ощущение сердцебиения, перебоев, «замирания» сердца. Обратилась к терапевту, затем к кардиологу, была обследована (в том числе сдавала анализы на гормоны щитовидной железы), патологии не выявлено, рекомендована консультация невролога. Неврологом выставлен диагноз G90.8 «Другие расстройства вегетативной нервной системы. Астено-тревожный синдром». Назначен адаптол, рекомендована консультация психиатра. Не сразу решилась обратиться к психиатру, однако согласилась на уговоры родных.

Соматическое состояние: жалоб не высказывает. Наличие заболеваний щитовидной железы, сердечной аритмии, ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, гепатитов, злокачественных новообразований, ВИЧ отрицает. Аллергоанамнез неотягощен. Нормостенического телосложения. Кожные покровы чистые. Склеры не гиперемированы. Подчелюстные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Стенки зева розовые, чистые. Костно-мышечная система без видимых отклонений. Суставы не увеличены, кожа над ними обычной окраски и температуры. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс — 69 в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Границы печени — по краю реберной дуги. Симптом поколачивания (Пастернацкого) отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме. Рост — 180 см, масса тела — 70,0 кг, индекс массы тела — 21,6 кг/м², артериальное давление в положении сидя — 120/75 мм рт. ст.

Клинический и биохимический анализ крови — в пределах нормы. Анализы на RW, антитела к HBs, HBsAg, ВИЧ — отрицательные. Клинический анализ мочи в пределах нормы. Электрокардиография — без патологии.

Заключение терапевта: практически здорова.

Неврологическое состояние: жалобы на постоянную тревожность, невозможность расслабиться, раздражительность. Наличие в течение жизни значимых неврологических заболеваний, черепно-мозговых травм, судорожных припадков, локальных судорог отрицает. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Зрачковые, сухожильные рефлексы сохранены, D=S. В позе Ромберга устойчива. Пальценосовую пробу выполняет без интенции. Менингеальные симптомы отсутствуют. Данных, свидетельствующих о наличии очаговой неврологической симптоматики, нет.

Заключение невропатолога: другие расстройства вегетативной нервной системы.

Психическое состояние: в месте, времени, собственной личности ориентирована верно. Высокого роста, астенического телосложения. Выглядит несколько моложе своего возраста. В беседе вступает охотно, сразу интересуется, насколько врач уверен, что причиной ее плохого самочувствия являются именно «проблемы с психикой».

На вопросы отвечает в плане заданного, мимика живая.

Жалуется на постоянную тревогу, опасения возможных неприятностей, внутреннее напряжение. Испытывает его в течение всего дня. Подчеркивает, что реальных оснований для таких опасений нет. Внутреннее напряжение сопровождается напряжением в мышцах. Рассказывает о безуспешных попытках расслабиться с использованием упражнений для релаксации, прослушивания успокаивающей музыки, звуков моря, природы.

Также беспокоит раздражительность, обращает внимание даже на незначительные мелочи, которые раньше не вызвали отрицательных эмоций. Не может сдерживать себя, периодически повышает голос на работе и дома, после этого ругает себя за несдержанность.

Сетует на снижение концентрации внимания. С трудом может сосредоточиться на работе, затруднения вызывают даже привычные дела. Приходится тратить на них больше времени.

Испытывает частые сердцебиения, описывает перебои, «замирания» сердца. Подчеркивает, что никакой патологии со стороны сердечно-сосудистой системы не было выявлено.

Настроение характеризует как нормальное, обычное для себя.

С настороженностью встречает слова врача о необходимости психофармакотерапевтического лечения. Подробно расспрашивает о препаратах, нежелательных явлениях, сроках наступления эффекта, возможности формирования зависимости. Просит назначить ей «самый хорошо переносимый препарат».

Диагноз: генерализованное тревожное расстройство.

Диагноз ГТР поставлен на основании наличия в течение года диффузной, нефиксированной тревоги с тревожными опасениями, сопровождающейся проявлениями вегетативной активации: сердцебиением, симптомами напряжения (неспособность расслабиться, мышечное напряжение), а также неспецифическими симптомами (раздражительность, нарушение концентрации внимания) при отсутствии признаков коморбидных психических и соматических заболеваний.

Лечение: агомелатин (Вальдоксан) в дозе 25 мг/сут на ночь. Препарат назначен с учетом его хорошей переносимости, что совпадает с пожеланиями пациентки о назначении препарата с минимально выраженными нежелательными явлениями.

На фоне терапии в течение 2 нед уменьшилось мышечное напряжение, незначительно снизилась частота возникновения сердцебиений, «перебоев» в области сердца. Жалоб на плохую переносимость не предъявляла, сообщила, что довольна отсутствием нежелательных явлений. Показатели трансаминаз в норме. Через 6 нед лечения показатели трансаминаз в норме. К окончанию 12 нед терапии полностью нивелировалось внутреннее напряжение, нормализовалась концентрация внимания, исчезла раздражительность.

Продолжила прием агомелатина в дозе 25 мг/сут. В течение 9 мес катamnестического наблюдения состояние оставалось стабильным. Тревога, мышечное напряжение, вегетативные симптомы не возникали. Справлялась с работой и ведением домашнего хозяйства. Настроение оставалось ровным. Жалоб на нежелательные явления не предъявляла. Прием препарата продолжает.

Клиническое наблюдение 2

Пациентка А., 29 лет. Ранее к психиатрам не обращалась.

Наследственность манифестными психозами неотяжена. Мать больной — 51 год, бухгалтер. Малообщительная, легко ранимая, впечатлительная. Работает в научно-исследовательском институте. На службе исполнительная, добросовестная, пунктуальная. Отец — 55 лет, инженер-физик. Деятельный, активный. Большую часть времени проводит на работе. Увлечен исследованиями в лаборатории.

Пациентка родилась от нормально протекавшей беременности, в срок. Раннее развитие своевременное. С детства отличалась робостью и стеснительностью, усилившимися в подростковом возрасте. Уже воспитатели детского сада отмечали неуверенность, склонность избегать шумных игр. Не умела постоять за себя, дать отпор обидчику, в слезах уходила в сторону, легко уступала собственные игрушки. Боялась темноты, в полумраке комнаты опасалась появления устрашающих персонажей из знакомых сказок. До подросткового возраста засыпала при свете.

В школу пошла в 7 лет. Успевала хорошо. Училась прилежно, была усидчивой. Не допускала и мысли о том, что может прийти на занятие неподготовленной. Во время ответов у доски испытывала сильное волнение, чувство внутреннего напряжения, оказывалась в некотором оцепенении, растерянности. Иногда возникали сердцебиение, потливость ладоней. Накануне зачетов и контрольных работ чувство беспокойства начинало нарастать уже накануне — не могла отвлечься от учебников для отдыха, могла засиживаться допоздна, сложно было заснуть. Утром испытывала чувство тошноты, дискомфорт и напряжение в эпигастрии. Отказывалась от завтрака, становилась раздражительной, эпизодически на высоте тревоги возникали позывы на дефекацию.

С окружающими поддерживала формальные отношения, робела, боялась подойти с вопросом или просьбой. Комфортно чувствовала себя только в компании двух близких друзей, с которыми поддерживала доверительные отношения. Завидовала их раскованности, уверенности в себе, умению свободно чувствовать себя в любой компании. Предпочитала занимать позицию ведомого. Не решаясь сделать это самостоятельно, вместе с подругами охотно посещала вечеринки или дискотеки.

При первых же признаках внимания со стороны молодых людей терялась, комкала разговор, даже если собеседник вызывал симпатию и желание продолжить общение.

Любила порядок в делах, все заранее планировала, упрямо, не считаясь с затратами сил и времени, добивалась выполнения заранее намеченного. Так, после первой неудачной попытки поступления на экономический факультет МГУ (не набрала достаточно баллов на ЕГЭ) выделила весь следующий год на подготовку. Составила распорядок дня для планового распределения нагрузки, в мыслях отрабатывала стереотипы поведения во время экзаменов. Проявив упорство и целеустремленность, успешно поступила в выбранный вуз. По окончании вуза устроилась работать по специальности, где и работает по настоящее время.

В возрасте 27 лет вышла замуж за сына маминной подруги. Хотя не испытывала к нему сильной любви, согласилась на его предложение, так как знала его с детства («не пришлось общаться с незнакомым»).

Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2025;17(4):104–109

В возрасте 28 лет узнала о предстоящей на работе проверке. Несмотря на то что имела возможность заранее подготовиться и «все было в идеальном порядке», волноваться начала за несколько дней до события. Постоянно думала о том, как все пройдет, представляла себе различные негативные сценарии. Нарушился сон, пропал аппетит, с трудом заставляла себя поесть.

После благополучно закончившейся проверки (получила оценку одного из лучших работников отдела) стала замечать, что проявления тревоги не проходили. Испытывала постоянное беспокойство, нервозность. Казалось, что произойдет что-то плохое. На этом фоне ощущала сухость во рту, появилась потливость. Часто испытывала тошноту, неприятные ощущения в животе. Нарушился сон: стало трудно заснуть, часто просыпалась посреди ночи с тревожными мыслями. Понимала, что беспокоиться не о чем, обсуждала свое состояние с супругом, матерью, но облегчения не наступало. Взяла очередной отпуск, уехала с мужем за город, однако облегчения состояния не почувствовала. Такое состояние продолжалось на протяжении полугода.

Постепенно на этом фоне стала замечать снижение активности, продуктивности. Чувствовала себя постоянно уставшей. Стало сложно справляться с привычной нагрузкой. Перестала получать удовольствие от приятных ранее дел. Иногда не могла себя заставить выполнять привычную работу по дому, на работе сократила активность до минимально возможной. Будущее виделось в темных тонах. Не могла понять, что ждет ее впереди, «куда двигаться». Снижился аппетит, ела, «потому что знала, что надо».

Такое состояние продолжалось в течение 2 мес, после чего решила, что пришло время обследоваться «по полной программе». Самостоятельно определила набор необходимых анализов. Обнаружив, что все показатели находятся в пределах возрастных норм, амбулаторно обратилась к терапевту. Был поставлен диагноз «вегетососудистая дистония, тревожно-депрессивный синдром», назначен эсциталопрам. На фоне приема препарата возникли расстройства стула: дефекация происходила по 2–3 раза в день, стул был неоформленным. Возникла тревога, что терапевт мог неправильно назначить препарат, так как антидепрессанты «не его направление». Решила обратиться к психиатру.

Соматическое состояние: жалобы на тошноту, неприятные ощущения в животе. Наличие заболеваний щитовидной железы, сердечной аритмии, ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, гепатитов, злокачественных новообразований, ВИЧ отрицает. Аллергоанамнез без особенностей. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы физиологической окраски. Склеры не гиперемированы. Подчелюстные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Стенки зева розовые. Суставы не изменены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца нормальной звучности, ритм правильный. Пульс — 76 в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Границы печени — по краю реберной дуги. Симптом поколачивания (Пастернацкого) отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме. Рост — 169 см, масса тела — 65,5 кг, индекс массы тела — 22,9 кг/м², артериальное давление в положении сидя — 110/70 мм рт. ст.

Клинический и биохимический анализ крови в пределах нормы. Анализы на RW, антитела к HBs, HBsAg, ВИЧ отрицательные. Клинический анализ мочи в пределах нормы. Электрокардиография — без патологии.

Заключение терапевта: практически здорова.

Неврологическое состояние: жалобы на постоянную тревожность, отсутствие сил, апатию. Наличие в течение жизни черепно-мозговых травм, судорожных припадков, судорог отрицает. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Зрачковые, сухожильные рефлексы сохранены, D=S. В позе Ромберга устойчива. Пальце-носовую пробу выполняет правильно. Менингеальные симптомы отсутствуют. Данных, свидетельствующих о наличии очаговой неврологической симптоматики, нет.

Заключение невропатолога: другие расстройства вегетативной нервной системы.

Психический статус: в месте, времени и собственной личности ориентирована верно. Выглядит соответственно возрасту. Выражение лица тревожное. Во время беседы часто вздыхает, отмечается тремор рук. В беседу вступает охотно. Голос тихий, периодически дрожит. На вопросы отвечает в плане заданного, подробно описывая свое состояние.

Рассказывает о постоянной тревоге, испытывает ее в течение всего дня, интенсивность может меняться. Не может отвлечься от плохих предчувствий, кажется, что может что-то плохое случиться с мужем, с родителями. Если мать не отвечает на телефонный звонок, сразу начинает беспокоиться о ее здоровье, воображение рисует картины аварий в общественном транспорте, инфаркта или инсульта. Жалуются на сухость во рту, приходится носить с собой бутылочку с водой. Во время беседы несколько раз пьет. Сетует на повышенную потливость, иногда ночью приходится менять футболку.

Сон нарушен: подолгу не может заснуть, не получается «перестать думать», содержание мыслей тревожное. В течение ночи по несколько раз просыпается, смотрит на часы. Иногда заснуть удастся не сразу, думает о предстоящем дне, удастся ли справиться с запланированными делами.

Часто ощущает тошноту, боль в животе спазматического, «скручивающего» характера. Жалуются на нарушение стула на фоне приема антидепрессанта, просит помочь решить эту проблему.

Настроение характеризует как сниженное, сетует на появление апатии. Тяжело заставить себя выполнять привычный объем работы, приходится прилагать внутренние усилия. Иногда откладывает домашние дела, «нет сил на их выполнение». Чувствует себя уставшей, приходится лежать. Нет сил и желания на хобби, не чувствует удовольствия от них, перестала выделять на них время.

Стало сложно принимать решения, касающиеся даже незначительных событий в жизни. Не представляет, как будет жить в дальнейшем, живет сегодняшним днем, «будущего как будто нет, оно серое». Appetit снижен, ест, потому что понимает, что это необходимо для нормального функционирования организма. Суицидальные мысли отрицает. Галлюцинаторно-бредовая симптоматика не выявляется.

Критика к своему состоянию присутствует. Согласна принимать лекарства, просит подобрать препарат, не оказывающий негативного влияния на стул.

Диагноз: генерализованное тревожное расстройство. Депрессивный эпизод средней степени тяжести.

Психическое состояние пациентки определяется сочетанием симптомов ГТР по Международной классификации

болезней 10-го пересмотра (диффузная тревога с плохими предчувствиями о здоровье близких, сопровождающаяся тремором, сухостью во рту, потливостью, нарушением сна, тошнотой и болями в животе), а также впервые развившейся через 6 мес депрессией (сниженное настроение, ангедония, повышенная утомляемость, апатия, сочетающиеся с уменьшением уверенности в себе и в своих силах, пессимистическим видением будущего, снижением аппетита).

Учитывая побочные явления, возникшие на фоне приема сертралина, пациентке был назначен агомелатин (Вальдоксан) в дозе 25 мг/сут на ночь.

На фоне приема препарата стул нормализовался, через 2 нед нежелательных явлений не регистрировалось, однако состояние пациентки оставалось без положительной динамики. Показатели трансаминаз в норме. Доза агомелатина была увеличена до 50 мг/сут.

Через 2 нед после повышения дозы агомелатина пациентка отметила некоторое улучшение самочувствия. Интенсивность тревоги несколько снизилась, бывают моменты, когда чувствует себя «почти расслабленной». Иногда появляется желание заняться делами, доставлявшими удовольствие. Так, вернулась к любимой ранее вышивке, «вспомнила, что это может быть приятно».

Через 6 нед после начала лечения (4 нед после повышения дозы агомелатина до 50 мг/сут) чувствует, что проявления тревоги стали заметно менее выраженными. Мысли о возможных предстоящих несчастьях возникают нечасто, может от них отвлечься. Чувство нервозности, напряжения беспокоит меньше. Стало легче засыпать, в течение ночи спит крепче, пробуждений значительно меньше, иногда спит до самого утра. Настроение улучшилось. Стало легче выполнять необходимую работу, заниматься домашними делами. Появилась уверенность в себе, легче планировать предстоящую активность. Уровни трансаминаз в норме.

Через 8 нед после начала лечения настроение характеризует как хорошее, обычное для себя. Вернулся прежний уровень активности, без труда справляется с работой и домашними делами. Находит время для хобби, планирует совместную поездку с мужем на море. Уровень тревоги снизился, не чувствует постоянной нервозности. Перестала испытывать тошноту и неприятные ощущения в животе. Сухость во рту ощущает лишь изредка. Практически не беспокоит потливость.

Пациентка предупреждена о необходимости длительного (не менее года) приема поддерживающей терапии.

Через 6 мес после начала терапии пациентка чувствует себя стабильно, настроение хорошее, не испытывает повышенной тревожности, нервозности. Сон и аппетит в норме. Продолжает прием агомелатина в дозе 50 мг/сут.

Обсуждение

В представленных наблюдениях агомелатин позволил купировать проявления генерализованной тревоги, не осложненной коморбидной симптоматикой (наблюдение 1), а также в сочетании с аффективным (депрессивным) эпизодом (наблюдение 2). В первом случае препарат был назначен пациентке, ранее не получавшей терапию психотропными препаратами. Во втором случае замена исходно назначенного антидепрессанта на агомелатин была вызвана нежелательными явлениями. Хорошая пе-

реносимость и отсутствие нежелательных явлений в обоих наблюдениях сформировали у пациентов положительное отношение к длительному приему антидепрессанта, необходимому при терапии генерализованной тревоги и ассоциирующемуся с лучшими клиническими и функциональными результатами с точки зрения как самих пациентов, так и психиатров.

Заключение

Представленные случаи иллюстрируют эффективность агомелатина (Вальдоксана) в реальной клинической практике в качестве альтернативы селективным ингибиторам обратного захвата серотонина и селективным ингибиторам обратного захвата серотонина и норадреналина для лечения пациентов с ГТР.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Remes O, Brayne C, van der Linde R, Lafortune L. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain Behav.* 2016. Jun 5;6(7):e00497. doi: 10.1002/brb3.497
2. Weisberg RB. Overview of generalized anxiety disorder: epidemiology, presentation, and course. *J Clin Psychiatry.* 2009;70 Suppl 2:4-9.
3. Генерализованное тревожное расстройство. Клинические рекомендации. 2024–2026 (19.09.2024). Доступно по ссылке: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/457_3 (дата обращения 24.12.2024). [Generalized anxiety disorder. Clinical guidelines. 2024–2026 (19.09.2024). Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/457_3 (accessed 24.12.2024) (In Russ.)].
4. Незнанов НГ, Мартынихин ИА, Мосолов СН. Диагностика и терапия тревожных расстройств в Российской Федерации: результаты опроса врачей-психиатров. *Современная терапия психических расстройств.* 2017;(2):2-153. doi: 10.21265/PSYPH.2017.41.6437 [Neznanov NG, Martynikhin IA, Mosolov SN. Diagnosis and treatment of Anxiety Disorders in Russia: The Results of a Web-based Survey of Psychiatrists. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv = Current Therapy of Mental Disorders.* 2017;(2):2-13. doi: 10.21265/PSYPH.2017.41.6437 (In Russ.)].
5. Костюкова ЕГ. Генерализованное тревожное расстройство: основы диагностики, терапии и специфические для России проблемы. *Современная терапия психических расстройств.* 2024;(2):23-31. doi: 10.21265/PSYPH.2024.31.31.003 [Kostyukova EG. Generalized Anxiety Disorder: Basics of Diagnosis, Therapy and Problems Specific to Russia. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv = Current Therapy of Mental Disorders.* 2024;(2):23-31. doi: 10.21265/PSYPH.2024.31.31.003 (In Russ.)].
6. Медведев ВЭ. Агомелатин в терапии генерализованного тревожного расстройства. *Современная терапия психических расстройств.* 2024;(4):55-65. doi: 10.21265/PSYPH.2024.47.73.006 [Medvedev VE. Agomelatine for the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv = Current Therapy of Mental Disorders.* 2024;(4):55-65. doi: 10.21265/PSYPH.2024.47.73.006 (In Russ.)].
7. Мосолов СН, Алфимов ПВ. Алгоритм биологической терапии генерализованного тревожного расстройства. *Современная терапия психических расстройств.* 2015;(2):24-8. [Mosolov SN, Alfimov PV. Algorithm for biological treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv = Current Therapy of Mental Disorders.* 2015;(2):24-8 (In Russ.)].
8. Медведев ВЭ, Котова ОВ, Акарачкова ЕС и др. Генерализованное тревожное расстройство: анатомические и функциональные особенности головного мозга. Авиандр — новые возможности терапии. *Современная терапия в психиатрии и неврологии.* 2024;(2):14-20. [Medvedev VE, Kotova OV, Akarachkova ES, et al. Generalized anxiety disorder: anatomical and functional features of the brain. *Aviandr — new possibilities of therapy. Sovremennaya terapiya v psikhiiatrii i nevrologii = Modern Therapy in Psychiatry and Neurology.* 2024;(2):14-20 (In Russ.)].
9. Stein DJ, Ahokas AA, de Bodinat C. Efficacy of agomelatine in generalized anxiety disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol.* 2008 Oct;28(5):561-6. doi: 10.1097/JCP.0b013e318184ff5b
10. Stein DJ, Ahokas A, Marquez MS, et al. Agomelatine in Generalized Anxiety Disorder: An Active Comparator and Placebo- Controlled Study. *J Clin Psychiatry.* 2014;75(4):362-8. doi: 10.4088/JCP.13m08433
11. Stein DJ, Ahokas A, Albarran C, et al. Agomelatine prevents relapse in generalized anxiety disorder: a 6-month randomized, double-blind, placebo-controlled discontinuation study. *J Clin Psychiatry.* 2012 Jul;73(7):1002-8. doi: 10.4088/JCP.11m07493

Поступила / отрецензирована / принята к печати

Received / Reviewed / Accepted

11.05.2025 / 30.07.2025 / 31.07.2025

Заявление о конфликте интересов / Conflict of Interest Statement

Статья спонсируется компанией «Сервье». Конфликт интересов не повлиял на результаты исследования. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Автор принимал участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена автором.

The article is sponsored by Servier. The conflict of interests did not affect the results of the study. The author is solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. The author has participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by the author.

Фролова В.И. <https://orcid.org/0000-0003-2261-3812>