

## ПРЕПАРАТ АГОМЕЛАТИН ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ И НАРУШЕНИЯ СНА У ПАЦИЕНТА С ДИАГНОЗОМ ПАРАНОИДНАЯ ШИЗОФЕНИЯ

Ахметгареева Р. Р.  
Научный руководитель Иряшева А. В.

ФГБОУ ОрГМУ Минздрава России,  
кафедра психиатрии, медицинской психологии,  
г. Оренбург

**Ключевые слова:** депрессивные расстройства, антидепрессанты, агомелатин, шкала MADRS.

**Резюме:** Данная статья демонстрирует важность лечения депрессивных расстройств и нарушения сна у пациентов с диагнозом параноидная шизофрения. Показана важность применения современного антидепрессанта в комплексной терапии расстройств сна и психоэмоциональных нарушений. Подтверждается хороший эффект при применении агомелатина для улучшения состояния и качества жизни.

**Key words:** depressive disorders, antidepressants, agomelatine, MADRS scale.

**Summary:** This article demonstrates the importance of treating depressive disorders and sleep disorders in patients with a diagnosis of paranoid schizophrenia. The importance of the use of a modern antidepressant in the complex therapy of sleep disorders and psycho-emotional disorders is shown. A good effect is confirmed when using agomelatine to improve the condition and quality of life.

**Введение.** На современном этапе развития психофармакологической терапии депрессий препаратами первого выбора чаще становятся антидепрессанты с избирательной активностью из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) [2, 3, 5, 7]. Однако, следует учитывать, что при назначении СИОЗС примерно 30 % больных на проводимую терапию не реагируют [4]. От 30 до 50 % пациентов не достигают интермиссии при инициальной терапии рекуррентного депрессивного расстройства [1, 10] или имеют остаточные симптомы [6].

Недостатками антидепрессантов является недостаточная эффективность, медленное развитие терапевтического эффекта, побочные явления, как гастроинтестинальные расстройства, нарушения сна и бодрствования, прибавка в массе. Такой отрицательный профиль определяет потребность в создании альтернативных препаратов с высокой эффективностью, хорошей переносимостью, быстрым развитием эффекта, улучшенным профилем безопасности [8]. Поэтому проблема сегодня применяемых препаратов - антидепрессантов остается актуальной.

Продолжением развития психиатрической фармакологической терапии депрессий, стало создание препарата с инновационным механизмом действия, первого антидепрессанта, разработанного для коррекции нарушений биологических ритмов, связанных с депрессивными состояниями – агомелатина (вальдоксана). Вальдоксан – агонист МТ<sub>1</sub>, МТ<sub>2</sub>-рецепторов мелатонина и антагонист 5НТ<sub>2</sub>С-серотониновых рецепторов. В механизме действия он объединяет нейроэндокринные и моноаминергические механизмы. За счет антагонизма к 5НТ<sub>2</sub>С-рецепторам он повышает уровень в префронтальной коре норадреналина и дофамина, а стимуляция

мелатонинергической передачи способствует усилению антидепрессивного эффекта, анксиолитическому действию. Ещё способствует восстановлению координирования работы нарушенных циркадных ритмов и улучшению процесса засыпания и качества сна. Синергическое действие согласуется с физиологическими циркадианными ритмами, потому, что ночью преобладают мелатонинергические эффекты, а днем – серотонинергические. Агомелатин не повышает внеклеточные уровни 5НТ, в связи с чем не вызывает побочных эффектов, свойственных СИОЗС: тошноту, диарею, половые дисфункции, диссомнию. В масштабных клинических исследованиях агомелатина выявлен достаточно быстрый и выраженный антидепрессивный эффект, установлено его положительное влияние на характеристики ночного сна, опережающее наступление антидепрессивного эффекта и развивающееся уже на 1-й неделе терапии. Не наблюдается нарушений половой функции, прибавки в весе, отмечается хорошая переносимость, минимальное влияние на основные гемодинамические показатели. Более того, резкая остановка терапии инновационным препаратом не сопровождается развитием синдрома отмены [9]. Эти положительные стороны агомелатина дают большое преимущество над всеми антидепрессантами при длительной терапии больше 6 месяцев.

**Цель** – изучение эффективности действия агомелатина при депрессивных расстройствах и нарушения сна у пациента с диагнозом параноидная шизофрения.

**Задачи:** Рассмотреть клинический случай, изучить анамнез жизни и заболевания, оценить эффективность действия агомелатина через 6 недель от начала принятия лекарственного препарата.

#### **Материалы и методы исследования:**

Клинический случай пациентки А., 1950 года рождения, которая находилась на лечении в « ОКПБ № 1». При поступлении в стационар у пациентки были жалобы на чувство страха и тревоги, апатию, затруднение засыпания и частое пробуждение в ночное время, отсутствие ощущения отдыха утром. Высказывала мысли о нежелании жить.

#### **Клиническая психиатрия**

Для исследования анамнеза жизни и заболевания, клинических симптомов использовалось клиническое интервью. Эффективность терапии оценивалось по изменениям показателей по шкале MADRS и клиническое интервью.

Клиническое описание: По словам родных, состояние пациентки начало ухудшаться в начале июля. 25.07.18 г. была осмотрена психиатром на дому: жаловалась на боль в животе, была суетлива, кричала. После назначенного лечения состояние пациентки продолжало ухудшаться: снизился аппетит, была тревожна, считала, что дочь попала в аварию, каждый час звонила ей на работу; заявляла, что её ругают соседи, не любят её; плохо спала по ночам. Высказывала мысли о нежелании жить. По настоянию дочерью повторно осмотрена участковым психиатром, была направлена в ООКПБ №1 с диагнозом параноидной шизофренией, эпизодический тип течения с нарастающим эмоционально-волевым дефектом. Галлюцинаторно-депрессивный синдром с бредовыми включениями. Из истории жизни было известно, что наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Образование среднее специальное, закончила техникум, по специальности бухгалтер. На

инвалидности много лет, инвалид II без п/о. Замуж вышла в 25 лет, имеет двух детей. От брака двое детей, живет с дочерью. Муж умер в мае 2015.

Из перенесённых заболеваний отмечает: грипп, простуда. Из архивных данных известно, что у пациента вирусный гепатит «С» с 2002 г.

По характеру себя считает спокойным, но мнительным и тревожным. Употребление алкоголя отрицает. Впервые в психиатрический стационар поступила в 2002 году, провела 3 месяца с диагнозом Параноидная шизофрения. Приступообразно-прогредиентное течение. Галлюцинаторно-параноидный синдром с депрессивными переживаниями, на фоне умеренно-выраженного. После выписки состояние было удовлетворительное, наблюдалась в психоневрологическом диспансере, принимала поддерживающее лечение галоперидолом, амитриптилином. Следующая госпитализация в 2003г. с основным диагнозом. Нынешнее поступление – тринадцатое по счёту.

Психическое состояние на момент поступления в отделение: В ясном сознании, понимает, что находится в психиатрической больнице. За датой не следит. В беседу вступает неохотно, на вопросы отвечает не всегда по существу, легко отвлекается, тревожна, суетлива, часто встает со стула, держится за живот, в глаза собеседнику не смотрит. Эмоционально маловыразительна. На вопросы отвечает тихим голосом, быстро утомляется, стремится прервать беседу. Мышление непоследовательное, аморфное, паралогичное. Внешний вид неряшливый, грязные спутанные волосы, от больной исходит неприятный запах. В движении по отделению, ходит в ночной рубашке. Настроение снижено. При целенаправленном расспросе сообщает о наличии мужских «голосов» в голове, которые «ругают», «обзывают проституткой». Также периодически слышит в голове «голоса» соседей, которые якобы хотят забрать у неё квартиру. Голоса слышит обычно утром. Пессимистически оценивает свое будущее: «я уже наверное и не вылечусь, ничего у меня не получается, ничего не хочется». Считает, что дочь попала в аварию. Разубеждению не поддается. Внимание, память снижены. Критика к своему состоянию формальная. Сон с медикаментами. Аппетит снижен. По шкале MADRS тяжесть депрессии: 36 балла. Пациенту предложена следующая схема лечения: Галоперидол 5 мг\*3р/сут per os, тригексифенидил 4 мг-2мг -0 per os, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 2 мг на ночь в/м, агомелатин 25 мг на ночь, сенадексин 4 таблетки на ночь однократно. Следует отметить, что ранее агомелатин в качестве лечения у данной пациентки не использовалось.

Результаты исследования и их обсуждение: На фоне проводимой терапии к концу шестой недели отмечалось улучшение засыпания, побочных эффектов при приёме препарата не отмечалось, пациентка стала активнее в беседе, нормализовался сон и аппетит. Суицидальных мыслей не было. Оценка по MADRS: 19.

Депрессивные симптомы значительно улучшились в течение 6-недельной фазы острой терапии. Параллельно наблюдалось значительное улучшение отрицательных симптомов, глобальной психопатологии и психосоциальной деятельности, тогда как положительные симптомы оставались стабильными. Агомелатин в основном хорошо переносился с преимущественно самоограничивающимися побочными эффектами.

Выводы: Агомелатин имеет преимущества над сегодня существующими антидепрессантами:

1) быстрое развитие терапевтического эффекта (1– 2-я неделя) – что приводит к быстрому улучшению состояния больных, страдающих депрессией, облегчая основные симптомы заболевания.

2) благоприятное влияние препарата на качество сна

3) безопасность и переносимость

4) мягкие побочные эффекты

Таким образом, агомелатин, зарегистрированный в настоящее время как антидепрессант, благодаря своему своеобразному механизму действия представляется перспективным препаратом для лечения других аффективных расстройств.

### Список использованной литературы:

1. Антохин Е. Ю. // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2010. – Том 12, № 6. – С. 18–23.
2. Медведев В. Э. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – № 5. – С. 37–40.
3. Медведев В. Э. // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2012. – Том 14, № 2. – С. 16–19.
4. Cowen P. J. // Advances in Psychiatric Treatment. – 2005. – № 11.
5. Depont F., et al. // Acta. Psychiat. Scand. – 2003. – № 108. – С. 24–31.
6. Fava C. A., Ruini C., Belaise C. // Psychol. Med. – 2007. – № 48. – P. 103–111.
7. Kennedy S. H., et al. // J. Clin. Psychiatry. – 2004. – Vol. 78, (suppl. 3). – P. 44–49.
8. Martinotti G., et al. // Journal of Clinical Psychopharmacology. – 2012. – Vol. 32. – № 4. – P. 487–491.
9. Montgomery S. A., Olie J. P., Kennedy S. H. // Eur. Neuropsychopharmacol. – 2006. – Vol. 16 (4). – P. 321.
10. Qaseem A., Snow V., Denberg T. D., et al. // Ann. Int. Med. – 2008. – Vol. 149 (18). – P. 725–733.