

Лечение тревоги: обновленные возможности

Ю.П. Сиволап^{1✉}, <https://orcid.org/0000-0002-4494-149X>, yura-sivolap@yandex.ru

А.А. Портнова², <https://orcid.org/0000-0001-5938-0202>, aapserbsky@yandex.ru

¹ Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

² Научно-практический центр детской психоневрологии; 119602, Россия, Москва, Мичуринский проспект, д. 74

Резюме

Генерализованное тревожное расстройство и другие расстройства тревожного спектра составляют категорию наиболее распространенных психических нарушений. В лечении тревожных расстройств применяется три линии фармакологической терапии: 1) селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) и ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН); 2) бензодиазепины; 3) антипсихотики. Наряду с СИОЗС и ИОЗСН в терапии тревожных расстройств используются антидепрессанты других групп, а в качестве альтернативы бензодиазепинам рассматриваются иные препараты с анксиолитическими свойствами, например, прегабалин. Препараты каждой из трех категорий характеризуются как преимуществами, так и недостатками, ограничивающими их клиническое применение, что определяет необходимость поиска новых средств лечения тревожных расстройств. К числу наиболее современных и многообещающих средств лечения генерализованного тревожного расстройства относится оригинальный дневной анксиолитик, на этапах разработки и первичных испытаний обозначавшийся индексами AVN-101 и CD-008-0045 и получивший название Авиандр. Эффективность и безопасность Авиандра в лечении генерализованного тревожного расстройства доказаны результатами рандомизированных контролируемых исследований. Кроме того, отмечена эффективность препарата в улучшении состояния пациентов, перенесших острую коронавирусную инфекцию. Помимо анксиолитического действия, Авиандр обнаруживает способность уменьшать депрессивные симптомы и проявляет ряд других дополнительных эффектов. Примечательным свойством Авиандра, создающим ему преимущества в сравнении с традиционными средствами лечения генерализованного тревожного расстройства при сопоставимой с ними эффективности, служит отсутствие дневной сонливости и нарушений поведения, нередко возникающих при назначении бензодиазепинов, и побочных эффектов, характерных для антидепрессантов из группы СИОЗС.

Ключевые слова: тревога, генерализованное тревожное расстройство, СИОЗС, ИОЗСН, бензодиазепины, антипсихотики

Для цитирования: Сиволап ЮП, Портнова АА. Лечение тревоги: обновленные возможности. *Медицинский совет.* 2025;19(3):111–116. <https://doi.org/10.21518/ms2025-130>.

Конфликт интересов: статья подготовлена при поддержке фармацевтической компании «Сотекс», это никак не повлияло на результаты и мнение авторов.

Anxiety treatment: Updated options

Yury P. Sivolap^{1✉}, <https://orcid.org/0000-0002-4494-149X>, yura-sivolap@yandex.ru

Anna A. Portnova², <https://orcid.org/0000-0001-5938-0202>, aapserbsky@yandex.ru

¹ Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia

² Research and Clinical Center of Pediatric Psychoneurology; 74, Michurinsky Prospekt, Moscow, 119602, Russia

Abstract

Generalized anxiety disorder and other anxiety spectrum disorders constitute the category of the most common mental disorders. Three lines of pharmacological therapy are used in the treatment of anxiety disorders: 1) selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) and serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors (SNRI); 2) benzodiazepines; 3) antipsychotics. Along with SSRI and SNRI, other groups of antidepressants are used in the treatment of anxiety disorders, and other drugs with anxiolytic properties, such as pregabalin, are being considered as alternatives to benzodiazepines. Drugs in each of the three categories are characterized by both advantages and disadvantages that limit their clinical use, which determines the need to find new treatments for anxiety disorders. One of the most modern and promising treatments for generalized anxiety disorder is Aviandr, which was designated AVN-101 and CD-008-0045 at the stages of development and initial testing. The efficacy and safety of Aviandr in the treatment of generalized anxiety disorder has been proven by the results of randomized controlled trials; in addition, the effectiveness of the drug in improving the condition of patients who have suffered from acute coronavirus infection has been noted. In addition to its anxiolytic effect, Aviandr shows the ability to reduce depressive symptoms and exhibits a number of other additional effects. A notable feature of Aviandr, which gives it advantages over traditional treatments for generalized anxiety disorder with comparable effectiveness, is the absence of daytime sleepiness, which often occurs when benzodiazepines are prescribed, and the side effects that are typical for SSRI.

Keywords: anxiety, generalized anxiety disorder, SSRI, SNRI, benzodiazepines, antipsychotics

For citation: Sivolap YuP, Portnova AA. Anxiety treatment: Updated options. *Meditsinskiy Sovet.* 2025;19(3):111–116. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-130>.

Conflict of interest: the article was prepared with the support of the pharmaceutical company Sotex. This did not affect the results or the opinion of the authors.

ВВЕДЕНИЕ

Тревога относится к наиболее распространенным психическим нарушениям, составляя наряду с депрессией и бессонницей триаду самых частых нейропсихиатрических расстройств.

Систематическое возникновение тревоги приводит к формированию так называемых тревожных расстройств, фармакологическая терапия¹ которых составляет предмет настоящей статьи.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА: ОБЩИЕ ДАННЫЕ

Тревожные расстройства характеризуются высокой психиатрической коморбидностью², которую с долей условности можно разделить на внутреннюю (сочетание различных форм тревожных состояний – например, панического расстройства и социального тревожного расстройства) и внешнюю (к примеру, сочетание тревожного расстройства с депрессией или обсессивно-компульсивным расстройством).

Коморбидность определяет необходимость разработки и применения лекарственных средств, обладающих определенной универсальностью и оказывающих одновременное воздействие на разные психические расстройства, выявляемые у пациента, что, в частности, имеет особое значение с точки зрения трансдиагностической концепции в современной психиатрии [1].

Если речь идет о сочетании различных форм тревожных состояний, то с их фармакологической терапией одним лекарственным средством обычно не возникает серьезных затруднений (препарат, снижающий уровень тревоги, обычно способен предупреждать панические атаки), но в случае внешней коморбидности лекарства с исключительно анксиолитическими эффектами могут не оказать необходимого влияния на сопутствующие психические нарушения (например, посттравматическое стрессовое расстройство, тогда как антидепрессанты в подобных ситуациях создают более широкие терапевтические возможности).

Тревожные расстройства в МКБ-10 включены в громоздкий и неоднородный раздел F40-F48, озаглавленный как “Neurotic, stress-related and somatoform disorders” («Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства»). Тревожные расстройства здесь объединены в общую совокупность с обсессивно-компульсивным расстройством, стрессовыми расстройствами и диссоциативными (конверсионными) расстройствами³.

Очевидно архаичный характер МКБ-10 проявляется уже в названии рассматриваемого раздела (в наши дни понятия «неврозы» и «невротический» уже не используются в мировой научной терминологии вне контекста истории медицины). Кроме того, упоминаемая в МКБ-10 неврастения (которая в чистом виде практически не

встречается в клинической практике) не входит в современный перечень психиатрических диагнозов.

В МКБ-11⁴ категория “Anxiety and fear-related disorders” («Расстройства, связанные с тревогой и страхом») включает генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, агорафобию, специфическую фобию, социальное тревожное расстройство, сепарационное тревожное расстройство и селективный мутизм⁵.

Примечательно, что, в отличие от предыдущего переосмотра, в МКБ-11 тревожные расстройства (или, в соответствии с уже упомянутой используемой в данном диагностическом классификаторе формулировкой, расстройства, связанные с тревогой и страхом) отграничены от обсессивно-компульсивного расстройства, расстройств, связанных со стрессом, и диссоциативных расстройств (которые здесь упоминаются уже без синонима «конверсионные»)⁶.

Отмеченное разграничение (используемое и в разработанной Американской психиатрической ассоциацией пятой редакции национальной классификации психических расстройств Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5) представляется вполне обоснованным, поскольку тревожные расстройства существенно отличаются от других состояний, прежде относившихся к расстройствам так называемого невротического круга, как предполагаемыми механизмами развития, так и характером и эффективностью терапевтических вмешательств.

Систематика тревожных расстройств в DSM-5 включает следующие формы [2]:

- сепарационное тревожное расстройство;
- селективный мутизм;
- специфическая фобия;
- социальное тревожное расстройство (социальная фобия);
- паническое расстройство;
- агорафобия;
- генерализованное тревожное расстройство;
- тревожное расстройство, вызванное психоактивным веществом либо лекарственным средством;
- тревога в связи с другими медицинскими причинами;
- другое уточненное тревожное расстройство;
- неуточненное тревожное расстройство.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Вне зависимости от конкретной клинической формы лечение всех тревожных расстройств осуществляется на основе общих принципов. Фармакологическая терапия генерализованного тревожного расстройства, распространенность которого в течение года составляет 0,2–2,9%, а в течение жизни – 2,8–6,2% [3], и на долю которого приходится основная часть современных профильных

⁴ Возможность применения МКБ-11 в отечественной клинической практике приостановлена специальным распоряжением Правительства Российской Федерации, и поэтому МКБ-10 является единственным диагностическим классификатором, разрешенным в нашей стране для практического использования.

⁵ Сепарационная тревога и селективный мутизм относятся к тревожным расстройствам, преимущественно развивающимся в детском возрасте, хотя могут выявляться и у взрослых индивидов.

⁶ ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Available at: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en>.

¹ В связи с ограничением объема журнальной публикации психотерапия и другие нелекарственные подходы к лечению тревожных расстройств здесь не рассматриваются.

² Наряду с психиатрической коморбидностью тревога, подобно депрессии и нарушениям сна, нередко осложняет течение заболеваний внутренних органов и нервной системы.

³ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Available at: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>.

публикаций, в определенной мере применима и к другим видам нарушений тревожного спектра.

Препаратами первой линии в фармакологическом лечении тревожных расстройств считаются антидепрессанты двух фармакологических групп: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) и ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН).

Типичные побочные эффекты СИОЗС (и, видимо, в несколько меньшей степени – ИОЗСН) включают увеличение массы тела (кроме флуоксетина), сексуальную дисфункцию, а также так называемые СИОЗС-индуцированные апатию и безразличие.

Наряду с СИОЗС и ИОЗСН в лечении тревожных расстройств могут использоваться трициклические антидепрессанты, моклобемид и агомелатин [3, 4], а в пожилом возрасте предпочтение нередко отдается тразодону [5].

Антидепрессанты (особенно СИОЗС и ИОЗСН) обычно не вызывают дневной седации, не ухудшают (в отличие от бензодиазепинов) когнитивные функции, хорошо (если речь не идет об антидепрессантах первых поколений) переносятся в позднем возрасте, предпочтительны для продолжительной терапии и именно по этим причинам используются в качестве препаратов первой линии.

В некоторых случаях тревожные расстройства оказываются рефрактерными к действию антидепрессантов, подобно тому как это отмечается в случаях резистентной депрессии.

По мнению D.S. Baldwin et al., отсутствие эффекта антидепрессантов в течение 4 нед. после начала их приема делает маловероятным появление терапевтического ответа в более поздние сроки, и тогда этим препаратам следует искать замену [6].

Главным недостатком антидепрессантов для клинической практики является отсутствие способности устранять проявления острой тревоги. Более того, при отсроченных клинических эффектах в отношении тревоги и депрессии в начале курса терапии антидепрессанты могут вызывать либо усиливать тревогу и бессонницу и провоцировать (особенно при использовании завышенных начальных доз) панические атаки у пациентов с паническим расстройством.

Очевидным преимуществом бензодиазепинов в сравнении с антидепрессантами является выраженное влияние на симптомы острой тревоги, что делает эти препараты жизненно важными, а в ряде случаев – практически незаменимыми⁷ лекарственными средствами.

S.M. Stahl в статье с красноречивым заголовком “Don't ask, don't tell, but benzodiazepines are still the leading treatments for anxiety disorder” («Не спрашивайте, не говорите, но бензодиазепины до сих пор остаются ведущим средством лечения тревожного расстройства») сообщает о том, что, хотя серотонинергические антидепрессанты активно вытесняют бензодиазепины в качестве рекомендованных препаратов первой линии для лечения тревожных расстройств, бензодиазепины все равно назначаются чаще, составляя 55–94% всех случаев в США. Это

в первую очередь объясняется способностью бензодиазепинов облегчать симптомы острой тревоги, что невозможно при использовании антидепрессантов⁸ [7].

Мнения специалистов по поводу возможности длительного применения бензодиазепинов в лечении тревожных расстройств расходятся.

В дискуссии, развернувшейся на страницах журнала *The Lancet*, B.W.J.H. Penninx et al. обоснованно указывают на недостаточную безопасность бензодиазепинов в сравнении с антидепрессантами (при равной эффективности с ними в лечении генерализованного тревожного расстройства и панического расстройства), возможность возобновления симптомов тревоги при отмене препаратов, опасное взаимодействие с алкоголем и опиоидами, потенциальный риск привыкания к бензодиазепинам и зависимости от них, а также повышенный риск травматизма при падении и когнитивные нарушения [8].

Возражая процитированным выше авторам, P. Tibrewal et al. высказывают точку зрения, что вывод их оппонентов о небезопасности бензодиазепинов не подкреплён фактическими данными и может привести клиницистов к отказу от применения этих лекарственных средств, значимых в лечении резистентных тревожных расстройств; в числе прочего эксперты считают переоцененным риск зависимости от бензодиазепинов, во всяком случае у пациентов без первичной склонности к злоупотреблению психоактивными веществами [9].

S.L. Dubovsky и D. Marshall обосновывают необходимость использования бензодиазепинов в лечении острой и хронической тревоги, а также по другим медицинским показаниям и приводят данные о том, что традиционно приписываемая бензодиазепинам толерантность развивается к седативному действию и, возможно, к психомоторным нарушениям, но не к анксиолитическому эффекту [10].

A.F. Gomez et al. на основе метаанализа 54 публикаций с данными 56 исследований фармакологической терапии генерализованного тревожного расстройства с включением 12 655 участников приходят к достаточно неожиданному выводу о том, что эффективность СИОЗС и ИОЗСН со временем снижается в значительно большей степени, чем эффективность бензодиазепинов. При этом авторы подчеркивают, что высказанное ими суждение – не более чем их экспертное мнение [11].

Метаанализ 24 рандомизированных контролируемых исследований с оценкой предвзятости и качества данных, приведенных независимыми экспертами, позволил сделать вывод о более высокой эффективности бензодиазепинов по сравнению с антидепрессантами в лечении соматических симптомов генерализованного тревожного расстройства, что не исключает возможных преимуществ антидепрессантов по другим критериям и необходимости дифференцированного применения обоих классов лекарственных средств в зависимости от типа симптомов тревожных расстройств [12].

Несмотря на несомненные достоинства, бензодиазепины проявляют ряд побочных действий, ограничивающих

⁷ О практической незаменимости бензодиазепинов приходится говорить в первую очередь в контексте лечения не столько тревоги, сколько других urgentных нейropsychiатрических состояний: эпилептического статуса, отмены алкоголя и алкогольного делирия, а также кататонии.

⁸ Несмотря на давность публикации процитированной статьи, отраженные в ней тенденции до сих пор сохраняют актуальность.

их применение, включая снижение когнитивных функций (в том числе ухудшение внимания при вождении автомобиля), дневную сонливость, а также уменьшение возможности восприятия психотерапии (например, когнитивно-поведенческой терапии, часто применяемой в лечении тревожных и других психических расстройств).

Не вполне удовлетворительная переносимость служит основанием для рассмотрения бензодиазепинов в качестве средств лечения тревожных расстройств второй линии.

По мнению некоторых экспертов (и это мнение разделяется авторами настоящей статьи), способность бензодиазепинов вызывать зависимость в значительной степени преувеличена, но вместе с тем наркотический потенциал этих препаратов не равен нулю, и это служит одной из главных причин того, что бензодиазепины не рекомендуются для регулярного применения, особенно в случаях злоупотребления психоактивными веществами в прошлом или настоящем [3, 11].

Бензодиазепины противопоказаны пожилым пациентам, что связано с такими характерными для позднего возраста нежелательными и даже опасными эффектами, как парадоксальное действие, усугубление либо появление когнитивного дефицита⁹, снижение мышечного тонуса, повышенный травматизм (в том числе с переломом крупных трубчатых костей) и увеличение количества преждевременных смертей.

В качестве альтернативы бензодиазепинам находят применение прегабалин¹⁰, буспирон и другие анксиолитические средства [3].

Препаратами третьей линии фармакологической терапии тревожных расстройств являются антипсихотики, и причиной последнего места в системе лечения служат наихудшие в сравнении с антидепрессантами и бензодиазепинами показатели переносимости и безопасности [13].

По нашему мнению, к числу немногочисленных достоинств антипсихотиков в сравнении с другими средствами лечения тревожных расстройств (здесь мы не рассматриваем терапевтические возможности антипсихотиков в лечении шизофрении и биполярного расстройства) относятся разве что отсутствие способности вызывать зависимость (свойственной, пусть и в не слишком большой степени, бензодиазепинам) и, видимо, менее выраженное, чем у СИОЗС, угнетение сексуальной функции.

Недостатки традиционных подходов к лечению тревожных расстройств определяют необходимость как применения уже имеющихся лекарственных средств по другим показаниям, так и разработки принципиально новых препаратов, обладающих анксиолитическими свойствами или – что существенно расширяет их терапевтический потенциал – анксиолитическим действием в сочетании с дополнительными (например, антидепрессивными) фармакологическими эффектами.

⁹ Ранее высказывавшееся предположение о связи между приемом бензодиазепинов и повышением риска развития болезни Альцгеймера не подтверждается результатами современных исследований.

¹⁰ С 1 декабря 2019 г. в соответствии с постановлением Правительства РФ №667 прегабалин внесен в список сильнодействующих и ядовитых веществ, что существенно затрудняет его применение в лечении тревожных расстройств в нашей стране. По мнению авторов настоящей статьи, определенную альтернативу прегабалину представляет его предшественник габапентин, обладающий сходными, хотя и менее выраженными анксиолитическим и другими фармакологическими эффектами.

В поиске альтернативных средств патогенетической терапии тревожных расстройств определенное значение придается возможности влияния лекарственных препаратов на нейровоспаление (neuroinflammation) [14, 15], которое, как показывают современные исследования, лежит в основе многих нейропсихиатрических состояний. Наряду с тревожными расстройствами в этот перечень входят депрессия, биполярное расстройство, шизофрения, болезнь Альцгеймера и ряд других заболеваний мозга и психики¹¹.

Целенаправленная разработка потенциальных средств лечения тревожных расстройств, наряду с другими направлениями, ведется среди глутаматергических препаратов и нейростероидов [16].

АВИАНДР – НОВОЕ СРЕДСТВО ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОГИ С ОСОБЫМИ СВОЙСТВАМИ

Особое место среди наиболее новых средств лечения генерализованного тревожного расстройства занимает Авиандр.

Авиандр относится к анксиолитикам, обнаруживая определенное фармакологическое сходство с СИОЗС, но отличается от них мультимодальным механизмом действия и, что придает ему особую практическую ценность, не проявляет характерных для этой группы антидепрессантов побочных эффектов, что было отмечено уже в ходе пилотного испытания [17].

Наряду с влиянием на нейротрансмиссию серотонина (что, видимо, в первую очередь определяет анксиолитические свойства и дополнительное умеренное антидепрессивное влияние) Авиандр связывается с норадренергическими, дофаминовыми и гистаминовыми рецепторами, что расширяет его фармакологический спектр и создает препарату определенные преимущества как перед бензодиазепинами, так и перед антидепрессантами.

Авиандр не оказывает влияния на рецепторы гамма-аминомасляной кислоты и ацетилхолиновые рецепторы, и, вероятно, именно этим объясняется отсутствие у препарата способности вызывать дневную сонливость и снижение когнитивных функций.

Многоцентровое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование с переходом в открытое наблюдение пациентов, принимающих исследуемый препарат в течение 24 нед., и затем – в завершающую четырехнедельную фазу наблюдения пациентов после отмены препарата продемонстрировало существенное превосходство Авиандра в суточной дозе 40 мг (20 мг два раза в день) над плацебо в терапии психических и соматических проявлений тревоги у пациентов с генерализованным тревожным расстройством в сочетании с высокой переносимостью при отсутствии заметных нежелательных явлений, включая чрезмерную седацию и дневную сонливость.

Авторами отмечается клинически значимый терапевтический ответ уже на 2-й нед. приема лекарства с продолжением благоприятной динамики на отдаленных (вплоть до 32-й нед.) этапах лечения.

¹¹ В ряде исследований отмечена способность антидепрессантов уменьшать процессы нейровоспаления, в том числе благодаря подавлению синтеза провоспалительных цитокинов.

Сообщается о достижении ремиссии генерализованного тревожного расстройства без возобновления его клинических проявлений после прекращения длительного приема Авиандра и отсутствии симптомов отмены.

Анализируя данные аналогичных исследований, авторы указывают на сопоставимость эффективности Авиандра в терапии генерализованного тревожного расстройства с эффективностью СИОЗС и прегабалина.

Основываясь на полученных результатах, авторы приходят к заключению об эффективности и безопасности длительного применения Авиандра в суточной дозе 40 мг в продолжительной (до 32 нед.) терапии, направленной на устранение психических и соматических симптомов тревоги, подчеркивают отсутствие способности препарата вызывать дневную сонливость и рассматривают Авиандр в качестве перспективного средства лечения генерализованного тревожного расстройства [18].

В.А. Парфенов, констатируя недостаточную эффективность фармакологического лечения тревожного расстройства и нежелание многих пациентов принимать лекарственные средства в связи побочными эффектами, указывает на возможности Авиандра как перспективного анксиолитического средства, демонстрирующего оптимальное соотношение высокой клинической эффективности и хорошей переносимости как условий приверженности терапии.

В.А. Парфенов отмечает особый фармакологический профиль Авиандра, придающий ему сходство с миртазапином и другими антидепрессантами, и при этом отмечает, что, в отличие от миртазапина, Авиандр не усиливает аппетит, не повышает массу тела и не вызывает дневной сонливости. Кроме того, особые фармакологические свойства Авиандра определяют эффективность препарата в уменьшении симптомов тревоги и депрессии, сопоставимую с эффективностью СИОЗС, при отсутствии побочных действий, характерных для антидепрессантов этой группы.

Автор высказывает пожелание о сочетании приема препарата с образовательными подходами и, по возможности, с когнитивно-поведенческой терапией [19].

В.Э. Медведев и соавт., приводя обширные данные о нейробиологических и нейрохимических процессах, лежащих в основе тревоги, подчеркивают важность фармакологического воздействия на различные нейротрансмиссивные системы головного мозга и объясняют высокую эффективность Авиандра в лечении генерализованного

тревожного расстройства связыванием препарата с несколькими типами серотониновых рецепторов (что, как уже было сказано выше, придает препарату сходство с антидепрессантами, в том числе СИОЗС и ИОЗСН), а также с гистаминовыми, адренергическими и дофаминовыми рецепторами.

В статье особо отмечается способность Авиандра предотвращать катастрофизацию тревоги в условиях стресса и возможность достижения ремиссии генерализованного тревожного расстройства в результате продолжительной терапии [20].

Заслуживает внимания отмеченная в результате многоцентрового проспективного открытого исследования 109 пациентов эффективность Авиандра в снижении интенсивности тревоги в сочетании с уменьшением астенических и депрессивных проявлений, прокогнитивным и активирующим действием при расстройстве адаптации вследствие перенесенной острой коронавирусной инфекции [21].

Обобщая приведенные процитированными выше авторами результаты оригинальных исследований и обзорные данные, следует резюмировать следующее.

Авиандр представляет собой принципиально новое психотропное лекарственное средство, а именно дневной анксиолитик с мультимодальным механизмом действия, обладающий фармакологическим сходством с антидепрессантами при сопоставимой эффективности в лечении тревоги и лучшей, чем у многих антидепрессантов, переносимости.

Авиандр проявляет доказанные контролируемые исследованиями эффективность и безопасность в фармакологической терапии генерализованного тревожного расстройства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Фармакологический профиль и опыт клинического применения нового лекарственного препарата, а также патогенетическое сходство различных типов тревоги позволяют рассматривать Авиандр в качестве многообещающего средства лечения как генерализованного тревожного расстройства, так и, возможно, других расстройств тревожного спектра.



Поступила / Received 05.03.2025

Поступила после рецензирования / Revised 23.03.2025

Принята в печать / Accepted 25.03.2025

Список литературы / References

1. Zlomuzica A, Kodzaga I, Piovesan K, Lipp A. Treating anxiety comorbidity: Lessons from exposure generalization studies. *Behav Brain Res*. 2025;481:115409. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2024.115409>.
2. Black DW, Andreasen NC. *Introductory Textbook of Psychiatry*. 6th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2014. 760 p. Available at: https://evirtual.upra.ao/examples/biblioteca/content/files/psi_donald%20w.%20black,%20nancy%20c.%20andreasen%20-%20introductory%20textbook%20of%20psychiatry-american%20psychiatric%20publishing%20%282014%29.pdf.
3. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):93–107. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>.
4. Hood SD, Odufowora-Sita O, Briere JB, Lucchino M, Khrouf F, Olewinska E et al. Systematic review and network meta-analysis of agomelatine for the treatment of generalized anxiety disorder in adult patients. *Int Clin Psychopharmacol*. 2025;40(2):62–74. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000551>.
5. Flint AJ. Generalised anxiety disorder in elderly patients: epidemiology, diagnosis and treatment options. *Drugs Aging*. 2005;22(2):101–114. <https://doi.org/10.2165/00002512-200522020-00002>.
6. Baldwin DS, Waldman S, Allgulander C. Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2011;14(5):697–710. <https://doi.org/10.1017/S1461145710001434>.
7. Stahl SM. Don't ask, don't tell, but benzodiazepines are still the leading treatments for anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(9):756–757. <https://doi.org/10.4088/jcp.v63n0901>.
8. Penninx BWJH, Pine DS, Holmes EA, Reif A. Benzodiazepines for the long-term treatment of anxiety disorders? – Authors' reply. *Lancet*. 2021;398(10295):120. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00931-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00931-4).

9. Tibrewal P, Looi JCL, Allison S, Bastiampillai T. Benzodiazepines for the long-term treatment of anxiety disorders? *Lancet*. 2021;398(10295):119–120. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00934-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00934-X).
10. Dubovsky SL, Marshall D. Benzodiazepines Remain Important Therapeutic Options in Psychiatric Practice. *Psychother Psychosom*. 2022;91(5):307–334. <https://doi.org/10.1159/000524400>.
11. Gomez AF, Barthel AL, Hofmann SG. Comparing the efficacy of benzodiazepines and serotonergic anti-depressants for adults with generalized anxiety disorder: a meta-analytic review. *Expert Opin Pharmacother*. 2018;19(8):883–894. <https://doi.org/10.1080/14656566.2018.1472767>.
12. Beyer C, Currin CB, Williams T, Stein DJ. Meta-analysis of the comparative efficacy of benzodiazepines and antidepressants for psychic versus somatic symptoms of generalized anxiety disorder. *Compr Psychiatry*. 2024;132:152479. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2024.152479>.
13. DeBattista C, Schatzberg AF. *Schatzberg's Manual of Clinical Psychopharmacology*. 10th ed. Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2024. 866 p. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9798894551289>.
14. Nelles PA, Singewald N, Sperner-Unterweger B, Hüfner K. The “conflict avoidance theory of inflammation-induced anxiety” (CATIA): A psychoneuroimmunologic hypothesis. *Med Hypotheses*. 2025;196:111580. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2025.111580>.
15. Sah A, Singewald N. The (neuro)inflammatory system in anxiety disorders and PTSD: Potential treatment targets. *Pharmacol Ther*. 2025;269:108825. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2025.108825>.
16. Garakani A, Murrrough JW, Freire RC, Thom RP, Larkin K, Frank D et al. Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options. *Front Psychiatry*. 2020;11:595584. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.595584>.
17. Ivashchenko AA, Morozova MA, Vostokova NV, Beniashvily AG, Bukhanovskaya OA, Burminskiy DS et al. Safety and efficacy of aviandr in patients with generalized anxiety disorder: A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-finding, pilot study. *J Psychiatr Res*. 2021;143:436–444. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.10.008>.
18. Морозова МА, Сафарова ТП, Илускина ЛЯ, Пенчул НА, Касимова ЛН, Заярная ИИ и др. Двойное слепое плацебо-контролируемое исследование эффективности и переносимости препарата Авиандр® при лечении генерализованного тревожного расстройства. *Современная терапия психических расстройств*. 2024;(3):2–16. Режим доступа: <https://ctmd.psypharma.ru/index.php/ctmd/article/view/488>.
19. Морозова МА, Сафарова ТП, Глускина ЛЯ, Пенчул НА, Касимова ЛН, Заярна ИИ et al. A Double-Blind, Placebo-Controlled Study of the Efficacy and Safety of Aviandr® in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Current Therapy of Mental Disorders*. 2024;(3):2–16. (In Russ.) Available at: <https://ctmd.psypharma.ru/index.php/ctmd/article/view/488>.
20. Парфенов ВА. Авиандр – новый оригинальный препарат для терапии тревожных расстройств. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(4):98–102. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-4-98-102>.
21. Парфенов ВА. Авиандр – новый оригинальный препарат для терапии тревожных расстройств. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(4):98–102. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-4-98-102>.
22. Медведев ВЭ, Котова ОВ, Акарачкова ЕС, Беляев АА, Паршакова ЕС. Генерализованное тревожное расстройство: анатомические и функциональные особенности головного мозга. Авиандр – новые возможности терапии. *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. 2024;(2):5–11. Режим доступа: https://logospress.ru/image/catalog/STPN/STPN-2024/02-2024/STPN_2-2024_St2.pdf.
23. Медведев ВЭ, Котова ОВ, Акарачкова ЕС, Беляев АА, Паршакова ЕС. Generalized anxiety disorder: anatomical and functional features of the brain. *Aviandr – new possibilities of therapy. Sovremennaya Terapiya v Psikiatrii i Nevrologii*. 2024;(2):5–11. (In Russ.) Available at: https://logospress.ru/image/catalog/STPN/STPN-2024/02-2024/STPN_2-2024_St2.pdf.
24. Попова ВБ, Антонова ЕА, Хлябова ПМ, Родюкова ИС, Алпенидзе ДН, Дроздова ЮВ и др. Эффективность и безопасность нового препарата Авиандр в лечении тревоги у пациентов с расстройством адаптации после перенесенной острой коронавирусной инфекции. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(7):131–138. <https://doi.org/10.17116/jnevro2024124071131>.
25. Попова ВБ, Антонова ЕА, Хлябова ПМ, Родюкова ИС, Алпенидзе ДН, Дроздова ЮВ et al. Efficacy and safety of Aviandr in the treatment of anxiety in patients with adjustment disorders after COVID-19. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2024;124(7):131–138. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro2024124071131>.

Вклад авторов:

Авторы внесли равный вклад на всех этапах работы и написания статьи.

Contribution of authors:

All authors contributed equally to this work and writing of the article at all stages.

Информация об авторах:

Сиволап Юрий Павлович, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета непрерывного медицинского образования, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; yura-sivolap@yandex.ru

Портнова Анна Анатольевна, д.м.н., главный научный сотрудник, Научно-практический центр детской психоневрологии; 119602, Россия, Москва, Мичуринский проспект, д. 74; aapserbsky@yandex.ru

Information about the authors:

Yury P. Sivolap, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology, Faculty of Continuing Medical Education, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia; yura-sivolap@yandex.ru

Anna A. Portnova, Dr. Sci. (Med.), Chief Researcher, Research and Clinical Center of Pediatric Psychoneurology; 74, Michurinsky Prospekt, Moscow, 119602, Russia; aapserbsky@yandex.ru