

Article

# Эффективность таблеток Адаптол® 500 мг у пациентов с тревожной и соматическими симптомами тревожного расстройства: неинтервенционное исследование.

Марис Таубе<sup>1,2</sup>, Гуна Дансоне<sup>3</sup> и Юлия Трошина<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Департамент психосоматической медицины и психотерапии, Медицинский университет им. П.Страдыня, Рига, Латвия

<sup>2</sup> Национальный центр ментального здоровья, Рига, Латвия

<sup>3</sup> Отдел медицинских и клинических исследований, Олфа, Олайне, Латвия

## Резюме

**Введение:** Тревожные расстройства, включая паническое расстройство, агорафобию, специфические фобии и генерализованное тревожное расстройство, являются одними из наиболее встречающихся психиатрических состояний в практике первичной медико-санитарной помощи. Они часто сопровождаются соматическими симптомами, такими как одышка, сердцебиение, дискомфорт в грудной клетке или желудочно-кишечном тракте, потливость или приливы. Адаптол® является небензодиазепиновым анксиолитиком с ноотропными свойствами, который оказывает модулирующее действие на лимбико-ретикулярную систему, гипоталамические центры эмоциональной регуляции и многочисленные нейротрансмиттерные системы. Целью настоящего исследования было оценить связь применения Адаптол® с изменением симптомов тревожности, включая соматические проявления, в условиях рутинной клинической практики. **Материалы и методы:** Было проведено неинтервенционное наблюдательное исследование с участием 100 взрослых пациентов, у которых в условиях первичной медико-санитарной помощи было диагностировано тревожное расстройство. Всем пациентам был назначен Адаптол® 500 мг в соответствии с инструкцией. Для включения в исследование пациенты должны были иметь лёгкую или умеренную степень тревожности (5–14 баллов по шкале GAD-7). Критерии исключения предполагали отбор пациентов без сопутствующих психиатрических или тяжёлых соматических заболеваний, а также без применения других лекарственных средств или любых вмешательств, которые могли бы повлиять на выраженность симптомов. Степень тревожности и тяжесть соматических проявлений оценивались на исходном уровне и после завершения терапии. **Результаты:** Применение Адаптол® сопровождалось снижением уровня тревожности и выраженности соматических жалоб. Отмечалось уменьшение сердцебиения, дискомфорта в груди, нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта и вегетативной нервной системы. Более выраженный эффект наблюдался у мужчин, однако статистическая значимость не оценивалась, а также у пациентов с выраженной исходной тревожностью, что подтверждается корреляцией между исходными

Academic Editor: Irina Esterlis and Lucie Bartova

Received: 23 September 2025

Revised: 5 November 2025

Accepted: 7 November 2025

Published: 10 November 2025

**Citation:** Taube, M.; Dansone, G.; Troshina, Y. Efficacy of AdaptoL® 500 mg Tablets in Patients with Anxiety and Somatic Symptoms of Anxiety Disorder: A Noninterventional Study. *J. Clin. Med.* **2025**, *14*, 7972. <https://doi.org/10.3390/jcm14227972>.

**Copyright:** © 2025 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

баллами по шкале GAD-7 и изменениями после терапии ( $r=0,5$ ). Нежелательные побочные эффекты зарегистрированы не были. **Заключение:** В условиях реальной клинической практики Адаптол® продемонстрировал анксиолитическую эффективность и хорошую переносимость, улучшая как психологические, так и соматические проявления тревожных расстройств. Полученные данные подтверждают целесообразность его применения в практике первичной медико-санитарной помощи, особенно при выраженных формах тревожности. Для подтверждения этих результатов необходимо дальнейшее проведение контролируемых клинических исследований.

**Ключевые слова:** Адаптол®, темгиколурил, тревожность, соматические симптомы, эффективность, лечение

## 1. Введение

### *Актуальность*

Тревожные расстройства являются частой проблемой, с которой сталкиваются в практике первичной медико-санитарной помощи. К ним относятся панические расстройства, специфические фобии и генерализованное тревожное расстройство. Диагностические критерии тревожных расстройств включают симптомы со стороны различных органов и систем (соматические симптомы), в соответствии с Диагностическим и статистическим руководством по психическим расстройствам, пятое издание (DSM-5). Помимо соматических проявлений, тревожность сопровождается психологическими и поведенческими коррелятами, такими как когнитивные искажения, дезадаптивные копинг-модели и избегающее поведение, что подчеркивает её мультифакторную природу. Соматические симптомы тревожности по системам органов включают: сердечно-легочные (ощущение нехватки воздуха, сердцебиение, дискомфорт в грудной клетке); желудочно-кишечные (тошнота или дискомфорт со стороны ЖКТ); кожные проявления (потливость, озноб или ощущение приливов). [1–3]

Основные терапевтические показания Адаптол® (с активным веществом темгиколурил; АТС-код N06BX21) у взрослых включают неврозы и невротические расстройства, такие как тревожность, беспокойство, страх, эмоциональная лабильность, а также кардиалгии, не связанные с ишемической болезнью сердца [4]. Темгиколурил обладает анксиолитическими и ноотропными свойствами. Он влияет на активность лимбико-ретикулярной системы, а также на четыре основных нейротрансмиттерных системы:  $\gamma$ -аминомасляной кислоты (ГАМК), холинергическую, серотониновую и адренергическую, при этом не обладая периферической адренергической активностью.

Темгиколурил демонстрирует умеренную анксиолитическую активность, устраняет или снижает чувство беспокойства, тревоги, страха, внутреннего эмоционального напряжения и раздражительности. Транквилизирующий эффект препарата не сопровождается миорелаксацией, нарушением координации движений или угнетением психической и физической активности, что позволяет применять его без ограничения работы или учебы. Несмотря на отсутствие прямого седативного эффекта, темгиколурил имеет свойства улучшать сон и нормализовать его нарушения.

Кроме того, темгиколурил снижает неблагоприятные побочные эффекты, индуцируемые нейрелептиками и транквилизаторами бензодиазепиновой группы (например, угнетенное настроение, чрезмерная седация, мышечная слабость). Он не вызывает эйфории или подъема настроения, а также не формирует толерантности, лекарственной зависимости или синдрома отмены при применении. Клинические исследования показали, что темгиколурил улучшает логическое и ассоциативное мышление, внимание и работоспособность, не вызывая симптомов делирия или атипичной эмоциональной активности [5].

Недавние исследования также отмечают положительное влияние Адаптол® в комплексных клинических случаях, например, у пожилых пациентов с сочетанной артериальной гипертензией и постинфекционным синдромом, где препарат способствовал снижению тревожности и улучшению общей переносимости терапии. Эти данные подтверждают клиническую значимость оценки эффективности Адаптол® в лечении тревожных расстройств, включая возможные различия по полу и возрасту [6].

Хотя темгиколурил демонстрирует анксиолитическую активность и хорошую переносимость, важно учитывать, что современные клинические гайдлайны рекомендуют мультимодальные подходы к лечению тревожности, сочетая фармакотерапию с психологическими вмешательствами, такими как когнитивно-поведенческая терапия. В рутинной клинической практике Адаптол® может использоваться как часть интегрированного плана лечения, а не как монотерапия.

Настоящее исследование было направлено на оценку эффективности Адаптол® в лечении тревожности у взрослых амбулаторных пациентов. Особое внимание уделялось соматическим симптомам и корреляции между выраженностью тревожности и результатами терапии, а также возможным различиям в ответе на лечение в зависимости от пола и возраста. Психологические показатели, такие как копинг-модели или когнитивные искажения, в данном исследовании не оценивались, что следует учитывать как ограничение при интерпретации полученных результатов.

## 2. Материалы и Методы

### 2.1. Объект исследования

Было проведено неинтервенционное наблюдательное исследование в нескольких кабинетах врачей общей практики в Латвии.

### 2.2. Материалы

Исследование носило наблюдательный характер и включало взрослых амбулаторных пациентов с тревожными расстройствами, классифицированными по диагностическим кодам МКБ-10 (F40–F48), охватывающим невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства [7], которым были назначены таблетки Адаптол® 500 мг в соответствии с обычной клинической практикой и утвержденной инструкцией по применению. Исследование было разработано в сотрудничестве с сертифицированным психиатром и проведено в нескольких кабинетах врачей общей практики, выразивших готовность к участию, на территории всей Латвии. Протокол исследования был рассмотрен и одобрен Комитетом по этике медицинских и биомедицинских исследований Фонда поддержки Рижской Восточной клинической университетской больницы. Все участники предоставили письменное согласие на использование своих медицинских данных. Подробная информация о характере исследования, методах исследования, условиях протокола, правах пациентов и защите персональных данных была представлена в документе информированного согласия и обсуждалась в процессе его получения.

В исследование включались взрослые амбулаторные пациенты в возрасте 18–70 лет, которым в соответствии с утвержденной инструкцией по применению назначались таблетки Адаптол® 500 мг дважды в день в течение не менее трёх недель для лечения тревожности. Предполагалось, что пациенты должны были иметь лёгкую или умеренную степень тревожности (5–14 баллов по шкале Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7) [5]) и как минимум два соматических симптома тревожного расстройства (одышка, сердцебиение, дискомфорт в груди, тошнота, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, потливость, озноб или приливы), которые не могли быть объяснены имеющимся соматическим или другим психиатрическим заболеванием.

Критерии включения предусматривали отбор пациентов без сопутствующих психиатрических или тяжёлых соматических заболеваний, а также без сопутствующего использования лекарственных средств или других вмешательств, способных повлиять на выраженность симптомов. Перед включением в исследование пациенты проходили обследование у врача общей практики, и их соответствие критериям подтверждалось на основании текущего клинического состояния, медицинской истории и баллов по шкале GAD-7. Пациенты заполняли анкету GAD-7 в начале назначения препарата и после завершения курса лечения.

Шкала GAD-7 представляет собой семиэлементную самодиагностическую шкалу, используемую для оценки наличия и выраженности генерализованного

тревожного расстройства. Каждый пункт предполагает, что пациент оценивает выраженность своих симптомов за последние две недели. Варианты ответа включают: «совсем не отмечалось», «несколько дней», «более половины дней» и «почти каждый день», оцениваемые соответственно в 0, 1, 2 и 3 балла. Суммарный балл по шкале GAD-7 варьирует от 0 до 21. Баллы 5, 10 и 15 соответствуют порогам лёгкой, умеренной и выраженной тревожности соответственно. Минимальное клинически значимое различие считается равным 4 баллам [8,9].

Кроме того, врач давал клиническую оценку того, улучшились ли соматические симптомы пациента после курса лечения, используя одну из следующих категорий: «значительно улучшились», «умеренно улучшились» или «не улучшились». Побочные эффекты подлежали обязательной регистрации в Государственном агентстве лекарственных средств страны в соответствии с национальными требованиями.

### *2.3. Методы*

#### *2.3.1. Сбор данных*

Для сбора данных использовались индивидуальные бумажные формы. В них фиксировалась следующая информация: уникальный номер участника; дата предоставления информированного согласия; возраст; пол; соблюдение критериев протокола; конкретные соматические симптомы; дата заполнения шкалы GAD-7, баллы по каждому пункту и суммарный балл до и после курса лечения; количество и продолжительность приёма таблеток Адаптол® 500 мг каждым пациентом; другие применявшиеся сопутствующие методы лечения; динамика соматических симптомов; побочные эффекты.

#### *2.3.2. Статистические методы*

Формальная калькуляция размера выборки не проводилась, так как исследование носило исследовательский характер, было направлено на выдвижение гипотез и оценку эффекта для будущих исследований. Планировалось включение до 100 участников с учётом реального потока пациентов и сроков выполнения проекта для окончательного числа участников. Изменения баллов по шкале GAD-7 и соматических симптомов после трёхнедельного курса лечения представлены в виде абсолютных и относительных частот. Данные по подгруппам представлены только описательно.

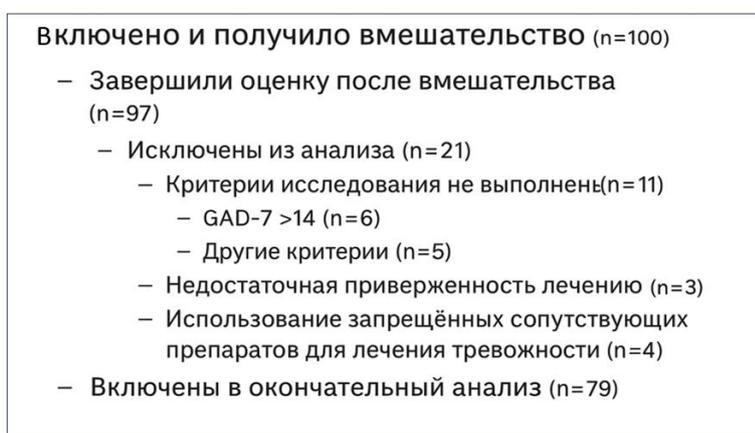
Изменение баллов по шкале GAD-7 до и после курса лечения оценивалось на уровне значимости 5% с использованием парного t-теста. Анализ данных проводился с использованием программного обеспечения IBM® SPSS Statistics версии 29 (IBM Corp, Armonk, New York, USA).

## **3. Результаты**

### *3.1. Демографические и клинические характеристики участников исследования*

В исследовании в общей сложности приняли участие 100 пациентов в период с июня 2023 по май 2024 года. В статистический анализ включались пациенты, которые принимали таблетки Адаптол® 500 мг дважды в день в течение трёх недель ( $21 \pm 3$  дня, всего не менее 36 таблеток) и у которых были доступны данные по шкале GAD-7 до и после курса лечения.

Из первичного анализа был исключен 21 пациент. У шести пациентов критерии исследования не были выполнены (относительно баллов по GAD-7  $>14$ ). У пяти пациентов не были соблюдены прочие критерии. Трое пациентов прекратили участие в исследовании или были потеряны для наблюдения, ещё трое продемонстрировали недостаточную приверженность протоколу исследования, а четыре пациента использовали другие сопутствующие методы лечения тревожности, не разрешённые протоколом. Шесть пациентов с выраженной тревожностью рассматривались отдельно (Рисунок 1).



**Рисунок 1.** Схема включения и исключения участников исследования

### 3.2. Первичный анализ

В первичный анализ были включены 79 пациентов (61 женщина и 18 мужчин). Средний возраст составил  $48 \text{ лет} \pm 13 \text{ лет}$  (18–70) (см. Рисунок 2). Средний балл по шкале GAD-7 до лечения составил  $10,9 \pm 2,7$  балла (5–14). Согласно результатам шкалы GAD-7, у 25% пациентов (20 из 79) наблюдалась лёгкая тревожность (5–9 баллов), а у 75% (59 из 79) — умеренная тревожность (10–14 баллов).

**Рисунок 2.** Возраст и пол участников исследования (n=79)



95% участников сообщили о наличии соматических симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы (одышка, сердцебиение и дискомфорт в груди). Соматические симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота и дискомфорт в ЖКТ) и кожи (потливость, озноб, приливы) отмечались у 40,5% и 63,3% пациентов соответственно. Примерно у половины пациентов (50,6%) наблюдались симптомы, затрагивающие две системы органов, в то время как у четверти участников симптомы проявлялись в одной (25,3%) или во всех трёх системах (24,1%). Наиболее частой комбинацией были сердечно-сосудистые и кожные симптомы (34,2%).

77 пациентов приняли в общей сложности 40 таблеток Адаптол® 500 мг в течение трёх недель. Два пациента использовали по 38 таблеток. Средний интервал между исходной оценкой и оценкой после лечения составил 22 ( $\pm 4$ ) дня, при этом наиболее часто встречающийся интервал составлял от 20 до 28 дней (76 пациентов). Однако у двух пациентов эти интервалы составили 19 и 55 дней.

### 3.3. Эффекты терапии Адаптол®

После лечения средний балл по шкале GAD-7 снизился до  $6,4 \pm 3,6$  балла (интервал 0–17). Это значимо отличалось от исходного среднего значения 10,9 балла ( $p < 0,05$ ; двусторонний парный t-тест). Стандартизированный размер эффекта (d Коэна) составил 1,34 (95%, 1,04–1,64), что подтверждает выраженное влияние вмешательства на наблюдаемый результат. Среднее изменение составило 4,5 балла ( $\pm 3,4$ , от  $-13$  до  $-5$ ), что является клинически значимым изменением.

Во всех возрастных группах снижение тревожности было более выражено у мужчин, чем у женщин, при этом наибольший эффект отмечался у мужчин в возрасте 50–59 лет (среднее изменение по GAD-7  $-7,5$  балла), за ними следовали мужчины 30–39 лет ( $-5,3$  балла). Среди женщин наибольший эффект наблюдался в возрасте 40–49 лет (среднее изменение по GAD-7  $-5,3$  балла), за ними следовала группа старше 60 лет ( $-4,2$  балла) (Рисунок 3).



**Рисунок 3.** Среднее изменение (снижение) баллов по шкале GAD-7 в зависимости от возраста и пола пациентов

Минимальное клинически значимое улучшение (4 балла по шкале GAD-7) наблюдалось у 67% пациентов (53 из 79). Наиболее частым изменением было снижение тревожности с умеренной до лёгкой степени (47%) (см. Таблица 1). У четырёх пациентов

(5%) тревожность ухудшилась, а у трёх пациентов (4%) балл по шкале GAD-7 остался без изменений (см. Рисунок 4).

**Таблица 1.** Распределение степени тревожности до и после трёхнедельного курса лечения по шкале GAD-7 (числовые данные)

До	После	Всего		MCSD* (↓)			MCSD* (↑)	
		n	%	n	%	% внутри группы	n	%
Легкая	Легкая	10	12.7	4	5.1	40.0	0	-
Легкая	Умеренная	2	2.5	0	-	-	2	2.5
Легкая	Отсутствие	8	10.1	7	8.9	87.5	0	-
Умеренная	Легкая	37	46.8	34	43	91.9	-	-
Умеренная	Умеренная	11	13.9	0	-	-	0	-
Умеренная	Отсутствие	8	10.1	8	10.1	100.0	0	-
Умеренная	Выраженная	3	3.8	0	-	-	0	-
Всего	-	79	100	53	67.1	-	2	2.5

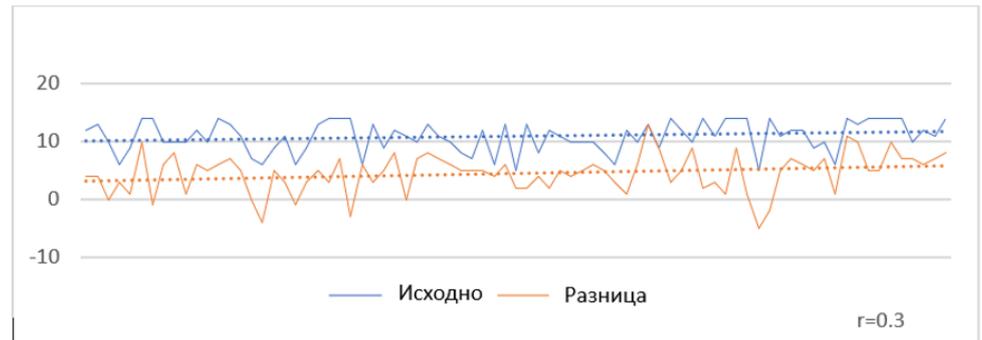
\* MCSD - минимально клинически значимое различие (равно 4 баллам по шкале GAD-7),  
↓, ↑ – обозначают снижение / повышение баллов по шкале GAD-7 соответственно.



**Рисунок 4.** Распределение степени тревожности до и после трёхнедельного курса лечения по шкале GAD-7

Корреляции между изменениями по шкале GAD-7 и возрастом пациентов не выявлено (коэффициент корреляции Пирсона  $r=0,02$ ). Однако была отмечена слабая

положительная корреляция между исходными баллами по шкале GAD-7 и изменениями после лечения ( $r=0,3$ ) (см. Рисунок 5).



**Рисунок 5. Корреляция между исходными баллами по шкале GAD-7 и величиной их снижения после курса лечения**

Снижение соматических симптомов отмечено у 87% участников исследования. Уменьшение проявлений было более выражено у мужчин, при этом значимое улучшение наблюдалось у 67% мужчин по сравнению с 44% женщин (Рисунок 6).

**Рисунок 6. Клиническая оценка динамики соматических симптомов после трёхнедельного курса лечения**



Корреляции между исходными баллами по шкале GAD-7 и количеством вовлечённых органов систем или улучшением соматических симптомов не выявлено. Однако изменения соматических симптомов коррелировали с изменениями по шкале GAD-7. Среднее изменение баллов GAD-7 у участников с улучшением соматических симптомов, с выраженным улучшением и у тех, у кого улучшений не наблюдалось, составило соответственно -3,3, -7 и 1,4 балла.

#### 3.4. Пациенты с выраженной тревожностью

Шесть пациентов с выраженной тревожностью на исходном уровне (баллы по шкале GAD-7 18–19) после включения в исследование были признаны не соответствующими основным критериям, однако они получали терапию и в связи с чем оценивались как отдельная подгруппа. У всех шести участников наблюдалось значительное улучшение (Таблица 2).

**Table 2.** Пациенты с выраженной тревожностью на исходном уровне

Пол	Возраст	GAD-7 до лечения	GAD-7 После лечения	GAD-7 изменение	Соматические симптомы
Женский	25	18	5	-13	Значительное улучшение
Женский	71	18	5	-13	Улучшение
Женский	44	19	6	-13	Улучшение
Женский	35	18	4	-14	Значительное улучшение
Мужской	54	19	7	-12	Улучшение
Женский	70	18	4	-14	Значительное улучшение

При включении данных этих пациентов в корреляционный анализ положительная корреляция между исходными баллами по шкале GAD-7 и изменениями после курса лечения возросла со слабой до умеренной ( $r=0,5$ ).

### 3.5. Сопутствующая терапия

Примерно треть пациентов получала сопутствующую фармакотерапию, преимущественно для лечения заболеваний сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной и эндокринной систем. Некоторые участники использовали безрецептурные препараты или витамины. Нефармакологические вмешательства, такие как физические упражнения и лечебный массаж, применялись у трёх пациентов с выраженной тревожностью, которые рассматривались отдельно от основной включенной в протокол группы анализа. Пациенты, принимавшие препараты, не разрешённые протоколом исследования (например, бензодиазепины и габапентин), были исключены из статистического анализа.

## 4. Дискуссия

Наши результаты подтвердили, что применение Адаптол® было связано с выраженным улучшением симптомов тревожности при указанной схеме дозирования. Только у 9% пациентов не наблюдалось значимых улучшений, тогда как у 67% пациентов с лёгкой и умеренной тревожностью и у 100% пациентов в отдельной группе с выраженной тревожностью наблюдалось клинически значимое улучшение. Соматические симптомы улучшились у 87% пациентов с лёгкими и умеренными проявлениями и у 100% пациентов с выраженными симптомами. Улучшение соматических симптомов сопровождалось снижением баллов по шкале GAD-7. В целом, эти наблюдения подтверждают имеющиеся данные об Адаптол®. Полученные результаты позволяют предположить, что положительный эффект Адаптол® может отражать взаимодействие биологических эффектов, индивидуальных психологических копинг-механизмов и социальных факторов, что соответствует биопсихосоциальной модели. Одновременное улучшение соматических и

психологических симптомов указывает на потенциальную пользу Адаптол® , однако это также может отражать общее облегчение симптомов, а не специфическое действие препарата. Такие улучшения могут быть результатом регуляторных механизмов на разных уровнях и других концептуальных факторов, включая ожидания пациента и оценки, связанные с его активностью (например, субъективное ощущение контроля, ресурсы психики по самовосстановлению), а также факторы окружающей среды (например, социальная поддержка, нагрузка, доступ к медицинской помощи), которые могут независимо от фармакологического воздействия влиять на траекторию симптомов в соответствии с биопсихосоциальной моделью [10]. Ранее проведённые исследования продемонстрировали аналогичные анксиолитические и снижающие соматические проявления эффекты Адаптол® у взрослой популяции, включая пожилых пациентов и пациентов с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями [5,6]. Эти данные согласуются с нашими результатами, подтверждая хорошую переносимость и потенциальную пользу темгиколурила в различных группах пациентов. Хотя пациенты с выраженной тревожностью (баллы по шкале GAD-7 >14) не входили в первичный анализ, применение Адаптол® было связано с выраженным снижением симптомов тревожности у этих пациентов. Более того, корреляционный анализ объединённых данных показал связь между исходными баллами по шкале GAD-7 и степенью улучшения после трёх недель лечения, что указывает на то, что пациенты с более выраженной тревожностью могут получать больше пользы от терапии по сравнению с пациентами с лёгкой или умеренной тревожностью. Побочные эффекты или неблагоприятные тенденции не наблюдались ни в одной из подгрупп пациентов.

Почти треть всех пациентов была в возрасте 60 лет и старше и получала сопутствующую терапию. Эти наблюдения согласуются с предыдущими данными, указывающими на хорошую переносимость Адаптол® у пожилых пациентов и при одновременном применении с сердечно-сосудистыми препаратами, без увеличения риска побочных эффектов [6]. При этом даже при добавлении Адаптол® к схемам терапии сердечно-сосудистых заболеваний побочные эффекты не наблюдались. Это позволяет предположить, что применение Адаптол® у чувствительных групп пациентов (пожилых людей, а также пациентов с сопутствующими заболеваниями и продолжающейся терапией) является безопасным и хорошо переносимым в рамках наблюдаемого периода лечения. Следует отметить, что влияние пола требует дальнейшего изучения: мы наблюдали, что у мужчин улучшение соматических симптомов и тревожности было более выраженным, чем у женщин, однако статистическая значимость не оценивалась. Тем не менее, данное различие может отражать как фармакологические факторы, так и психосоциальные влияния, включая поведение при обращении за помощью, стили преодоления проблем или другие гендерно-связанные факторы.

Данное исследование имеет несколько ограничений. Во-первых, данные были собраны в условиях рутинной клинической практики, что ограничивает возможность оценки потенциального влияния различных факторов смешивания, включая состояние здоровья пациентов и их повседневные привычки. Следует учитывать наблюдательный открытый дизайн исследования, при котором полученные результаты в

основном отражают ассоциации между применением Адаптол® и изменениями тревожности. Психологические переменные, такие как сопутствующая терапия, копинг-стратегии и другие стрессовые факторы, не оценивались, что ограничивает интерпретацию влияния психосоциальных факторов на исходы. Кроме того, отсутствие таких переменных, как уровень образования, профессия или история психологического лечения, ограничивает контекстуальную интерпретацию результатов исследования. Во-вторых, существует разрыв между целевой и наблюдаемой популяцией, так как протокол исследования исключал пациентов с выраженной тревожностью. В-третьих, результаты могли быть подвержены эффекту ожиданий и смещению, связанному с личными убеждениями. Кроме того, поскольку априорный расчёт статистической мощности не проводился, результаты представлены с указанием величин эффекта и 95% доверительных интервалов и интерпретируются с осторожностью. В заключение следует отметить, что результаты долгосрочных наблюдений не рассматривались в рамках данного исследования.

## 5. Заключение

Применение Адаптол® было связано с улучшением симптомов тревожности и соматических проявлений. Отмечена положительная корреляция между улучшением тревожности и более высокими исходными баллами по шкале GAD-7. Для дальнейшего изучения этих результатов необходимы контролируемые исследования с учётом психологических и поведенческих переменных. В частности, способность препарата облегчать выраженную тревожность должна стать предметом последующих исследований.

Адаптол® хорошо переносился всеми участниками исследования. Полученные данные подтверждают безопасное и эффективное применение Адаптол® для лечения тревожности и соматических симптомов тревожных расстройств в различных группах пациентов, включая чувствительные популяции.

### Вклад авторов:

М.Т.: концептуализация; методология; руководство исследованием; написание первоначального варианта рукописи; рецензирование и редактирование текста. Г.Д.: формальный анализ данных; рецензирование и редактирование текста. Ю.Т.: рецензирование и редактирование текста.

Все авторы ознакомились с окончательной версией рукописи и одобрили её, принимая на себя ответственность за все аспекты проведённой работы.

### Финансирование:

Данное исследование было поддержано компанией Olpha

### Заявление об одобрении этического комитета:

Исследование проведено в соответствии с Декларацией Хельсинки и одобрено Комитетом по этике медицинских и биомедицинских исследований Фонда поддержки Рижской Восточной клинической университетской больницы (код: Nr. ZN2-04/23; дата: 11 мая 2023 года). Исследование проводилось в соответствии с местным законодательством и требованиями учреждения.  
**Полная версия статьи:** <https://www.mdpi.com/2077-0383/14/22/7972>

**Заявление о получении информированного согласия:**

Информированное согласие было получено от всех участников исследования.

**Заявление о доступности данных:**

Исходные данные, подтверждающие выводы данной статьи, будут предоставлены автором без ограничений.

**Благодарности:**

Авторы выражают признательность и благодарность всем участникам данного исследования.

**Конфликт интересов:**

М.Т. получал финансовые вознаграждения за участие в консультативных советах и в качестве спикера от следующих фармацевтических компаний: Lundbeck, Janssen-Cilag, Gedeon Richter, Johnson & Johnson, Olpha, Grindex и Medochemie. Финансирующие организации не участвовали в разработке дизайна исследования, сборе, анализе и интерпретации данных, написании рукописи и принятии решения о публикации результатов. Г.Д. и Ю.Т. являются сотрудниками АО «Olpha», производителя препарата Адаптол®

**Список сокращений**

В данной рукописи используются следующие сокращения:

ATC	Анатомо-терапевтическая химическая классификация
GAD-7	Семипунктовая шкала генерализованного тревожного расстройства
MCSD	Минимально клинически значимое различие
SPSS	Статистический пакет для социальных наук

**Источники**

1. Love AS, Love R. Anxiety Disorders in Primary Care Settings. *Nurs Clin North Am.* (2019) 54(4):473-493. doi:10.1016/j.cnur.2019.07.002
2. Boland, R, Verduin ML, Ruiz P. (2022) Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. Philadelphia: Walters Kluver.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed., American Psychiatric Association, 2013.
4. Zāļu valsts aģentūra (State Medical Agency). <https://dati.zva.gov.lv/zalu-registrs/info/03-0002> [Accessed September 10, 2025].
5. Levin OS. Izuchenie effektivnosti i vliyaniya na kachestvo zhizni patsientov s subklinicheskim i klinicheski vyrazhennym trevozhnym rasstroistvom mobil'nogo prilozheniya v sochetanii s terapii preparatom Adaptol [To study the effectiveness and impact on the quality of life of patients with subclinical and clinically pronounced anxiety disorder of a mobile application in combination with Adaptol therapy]. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova.* (2024) 124(7):98-105. doi:10.17116/jnevro202412407198
6. Kazakov, Y.M.; Potiazhenko, M.M.; Nastroga, T.V. *Treatment Optimization in Management of Combined Pathology—Arterial Hypertension and Post-COVID Syndrome in Elderly Patients.* *Wiad. Lek.* **2023**, *76*(7), 1543–1548. doi: 10.36740/WLek202307105.
7. World Health Organization. The ICD-10 classification, 2016 (Latvian version, ed 5). [https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g\\_119](https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g_119)

8. Generalized anxiety disorder scale (GAD-7). Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. 2006 (originals). Local adaptation by Vrubļevska et.al (2022): <https://www.rsu.lv/en/psychology-laboratory/test-and-survey-registry>.
9. Toussaint A, Hüsing P, Gumz A, Wingenfeld K, Härter M, Schramm E, Löwe B. Sensitivity to change and minimal clinically important difference of the 7-item Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7). J Affect Disord. 2020 Mar 15;265:395-401. doi: 10.1016/j.jad.2020.01.032. Epub 2020 Jan 15. PMID: 32090765.
10. Bolton, D. A revitalized biopsychosocial model: core theory, research paradigms, and clinical implications. *Psychol. Med.* 2023, 53, 7504–7511. <https://doi.org/10.1017/S0033291723002660>

#### **Отказ от ответственности / Примечание издателя:**

Заявления, мнения и данные, содержащиеся во всех публикациях, являются исключительно мнением отдельных авторов и участников и не отражают позицию MDPI и/или редакторов. MDPI и/или редакторы не несут ответственности за любой ущерб людям или имуществу, возникший в результате применения идей, методов, инструкций или продуктов, упомянутых в содержании публикации.

*Перевод оригинала с английского был выполнен авторами с верификацией лингвистической и научной составляющих.*

*Интерпретация должна проводиться с учетом оригинала статьи.*