



# Применение Мебикса в психиатрии и общей медицине: актуальность, перспективы, клинические примеры

О.В. Котова<sup>1,2</sup>, В.Э. Медведев<sup>✉1</sup>, Е.С. Акарачкова<sup>2,3</sup>, А.А. Беляев<sup>4</sup>

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Россия;

<sup>2</sup> Международное общество «Стресс под контролем», Москва, Россия;

<sup>3</sup> Реабилитационный центр Rehaline, с. Павловская Слобода, Московская область, Россия;

<sup>4</sup> ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

✉ medvedev\_ve@pfur.ru

## Аннотация

Тревожные расстройства кроме собственно проявлений тревоги характеризуются широким спектром когнитивных и соматических симптомов, значительно снижающих качество жизни человека и повышающих риск развития соматических заболеваний. Частота сердечно-сосудистых, респираторных, желудочно-кишечных и других заболеваний в течение жизни гораздо выше у людей, страдающих от тревоги. Кроме того, многие симптомы тревоги и паники/страха имитируют проявления соматических заболеваний. Оптимальное лечение тревожных расстройств включает как фармакологическое, так и психотерапевтическое вмешательство. В то же время психотерапия не всегда доступна пациентам, а врач-интернист не всегда решает назначить психотропную терапию, например антидепрессанты. В подобных ситуациях возможно использование противотревожных препаратов небензодиазепинового ряда с хорошей эффективностью и переносимостью. К таким препаратам можно отнести Мебикс – центральный адаптоген и вегетостабилизатор, влияющий практически на все нейромедиаторы. В статье приводятся клинические примеры пациентов с тревожными расстройствами и лечения их Мебиксом как в качестве монотерапии, так и совместно с антидепрессантами.

**Ключевые слова:** тревожные расстройства, Мебикс.

**Для цитирования:** Котова О.В., Медведев В.Э., Акарачкова Е.С., Беляев А.А. Применение Мебикса в психиатрии и общей медицине: актуальность, перспективы, клинические примеры. *Клинический разбор в общей медицине*. 2024; 5 (8): 56–61. DOI: 10.47407/kr2024.5.8.00460

## Use of Mebix in psychiatry and general medicine: relevance, prospects, case studies

Olga V. Kotova<sup>1,2</sup>, Vladimir E. Medvedev<sup>✉1</sup>, Elena S. Akarachkova<sup>2,3</sup>, Anton A. Belyaev<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia;

<sup>2</sup> International Society for the Study of Stress "Stress Under Control", Moscow, Russia;

<sup>3</sup> Rehabilitation Center Rehaline, Pavlovskaya Sloboda, Moscow Region, Russia;

<sup>4</sup> Sklifosovsky Scientific Research Institute of Emergency Medical Care, Moscow, Russia

✉ medvedev\_ve@pfur.ru

## Abstract

Anxiety disorders, except the manifestations of anxiety itself, are characterized by a broad spectrum of cognitive and somatic symptoms significantly reducing the individual's quality of life and increasing the risk of somatic disorders. The rate of cardiovascular, respiratory, gastrointestinal, and other disorders throughout life is significantly higher in people suffering from anxiety. Furthermore, many symptoms of anxiety and panic/fear mimic manifestations of somatic disorders. Optimal treatment of anxiety disorders includes both pharmacological and psychotherapeutic interventions. At the same time, psychotherapy is not always available for patients, and internists do not always decide to prescribe psychotropic medication, for example antidepressants. In such situations, nonbenzodiazepine anxiolytics showing high efficacy and tolerability can be used. Mebix, having an adaptogenic effect on the central nervous system and a stabilizing effect on the autonomic nervous system, that affects almost all neurotransmitters can be considered one of such drugs. The paper reports clinical cases of patients with anxiety disorders, who were treated with Mebix as monotherapy or in combination with antidepressants.

**Keywords:** anxiety disorders, Mebix.

**For citation:** Kotova O.V., Medvedev V.E., Akarachkova E.S., Belyaev A.A. Use of Mebix in psychiatry and general medicine: relevance, prospects, case studies. *Clinical review for general practice*. 2024; 5 (8): 56–61 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2024.5.8.00460

Тревожные расстройства кроме собственно проявлений тревоги характеризуются широким спектром когнитивных и соматических симптомов, значительно снижающих качество жизни человека и повышающих риск развития соматических заболеваний. У людей, страдающих повышенной тревожностью, в течение жизни чаще возникают различные медицинские проблемы. С другой стороны, хронические заболевания по-

вышают вероятность психических расстройств, в том числе тревожных [1–3].

Частота сердечно-сосудистых, респираторных, желудочно-кишечных и других заболеваний в течение жизни значимо выше у людей, страдающих от тревоги. Кроме того, многие симптомы тревоги и паники/страха имитируют симптомы соматических заболеваний [4, 5]. Так, панические атаки из-за наличия таких соматиче-

ских симптомов, как чувство нехватки воздуха, учащенное дыхание и сердцебиение, головокружение, онемение, боль в груди, могут служить катализаторами ухудшения физического состояния у людей, страдающих хроническими телесными недугами [6–8].

Хотя тревожные расстройства чрезвычайно распространены в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, такие проблемы, как недостаток знаний у врача, нехватка времени и отсутствие общей картины заболевания пациента, могут приводить к постановке неточного диагноза и назначению неэффективного лечения [9–11]. С другой стороны, врач-терапевт обычно первым встречается с пациентом с соматическими симптомами тревоги, и в этом случае важно не только грамотно провести диагностику и дифференциальную диагностику, исключив соматическое заболевание или обострение уже имеющегося соматического страдания, но и помочь пациенту, уменьшив симптомы тревоги как на этапе дообследования, так и в дальнейшем, в случае, если пациент не захочет идти к психотерапевту на консультацию.

Оптимальное лечение тревожных расстройств включает как фармакологическое, так и психотерапевтическое вмешательство. В то же время психотерапия не всегда доступна для пациента, а врач-интернист не всегда готов или может назначить психотропную терапию, например антидепрессанты. В этом случае реальной альтернативой могут стать противотревожные препараты небензодиазепинового ряда с хорошей переносимостью и эффективностью, имеющие минимальный спектр нежелательных эффектов. К таким препаратам можно отнести Мебикс (тетраметилтетраазабициклооктандион/темгиколурил\*), который выписывается на простом рецепте (107-1/у) и экономически доступнее зарубежного аналога примерно на 30%.

Мибикс хорошо (77–80%) всасывается из желудочно-кишечного тракта, до 40% принятой дозы связывается эритроцитами. Остальная часть препарата находится в плазме крови в свободном виде, поэтому действующее вещество беспрепятственно распределяется в организме и свободно преодолевает клеточные мембраны. Максимальная концентрация действующего вещества в крови достигается через 30 мин после приема и высокий уровень сохраняется в течение 3–4 ч, затем постепенно снижается. Темгиколурил не метаболизируется и не накапливается в организме [12].

Действующее вещество темгиколурил по химической структуре является близким к естественным метаболитам организма – его молекула состоит из двух метилированных фрагментов мочевины, входящих в состав бициклической структуры. Он действует на активность структур, входящих в лимбико-ретикулярный комплекс, в частности на эмоциогенные зоны гипоталамуса, а также оказывает действие на большинство основных нейромедиаторных систем – ГАМК-, холин-, серотонин- и адренергическую, способствуя их сбалансированности и интеграции, но не оказывает периферического адрено-

блокирующего действия. Действуя на серотонинергическую систему организма, в малых и средних дозах Мебикс усиливает эффект предшественника серотонина триптофана. Экспериментально установлено, что препарат достоверно повышает содержание серотонина в стволе мозга крыс [13].

Мибикс относят к центральным адаптогенам и вегетостабилизаторам. Хотя официально препарат – представитель дневных анксиолитиков, его фармакологические свойства являются гораздо более разносторонними. Главным отличием Мебикса от классических препаратов-анксиолитиков является сочетание системных нейромедиаторных и клеточных механизмов действия. У темгиколурила есть прямой миметический эффект в отношении ГАМК-рецепторов (отличного от бензодиазепинов) и М-холинорецепторов. В целом ГАМК-ергическим действием преимущественно и обусловлены анксиолитические свойства препарата. С другой стороны, Мебикс нормализует влияние на баланс активности различных нейромедиаторных систем в мозге, а именно активирующее в отношении тормозного медиатора –  $\gamma$ -аминомасляной кислоты (ГАМК) и ослабляющее – в отношении возбуждающих нейротрансмиттеров – норадреналина и глутамата [14]. Клеточные эффекты Мебикса заключаются в антигипоксическом, антиоксидантном и мембраностабилизирующем эффектах, активации процессов энергообеспечения клетки, обмена глюкозы и тканевого дыхания.

С типичными ноотропами темгиколурил роднит наличие антиастенического, психостимулирующего, антидепрессоподобного, собственно ноотропного и вазовегетативного эффектов. Особенность механизма действия Мебикса – в сбалансированности этих эффектов в отсутствие гиперстимуляции. Препарат устраняет или ослабляет беспокойство, тревогу, страх, внутреннее напряжение, раздражительность, при этом не повышает чрезмерно настроение, не характеризуется эйфоризирующим эффектом.

Установлена дозозависимость ноотропного эффекта Мебикса. При назначении малых доз препарата (0,9 г/сут) более выражено психостимулирующее и тимолептическое действие, при средних дозах (1,5–3,0 г/сут) – антиастеническое и ноотропное, при высоких дозах (4,5 г/сут) – седативное [15, 16].

Противотревожный эффект Мебикса не сопровождается миорелаксацией и нарушением координации движений, не снижает умственную и двигательную активность, поэтому лекарственное средство можно применять в течение рабочего дня. Не обладая собственно снотворным эффектом, препарат усиливает действие гипнотиков и способствует нормализации сна, редуцируя тревогу и повышенную возбудимость в течение дня.

Мибикс нивелирует никотиновую абстиненцию и оказывает ноотропное действие, улучшает когнитивные функции, внимание и умственную работоспособность, не стимулируя при этом психопродуктивную симптоматику, такую как бред [12].

\*Для удобства выписки рецептов врачами длинное/сложное название молекулы заменено на более короткое – темгиколурил.

В психиатрии имеется положительный опыт применения темгиколурила для улучшения переносимости антипсихотиков. Так, препарат уменьшает влияние аминазина на скорость выполнения реакций, оказывает редуцирующее действие на невротические и соматовегетативные нарушения, возникшие как нежелательные эффекты нейролептической терапии, более интенсивно по сравнению с Циклодолом и пирацетамом воздействует на вегетососудистые нарушения. Мебикс также снижает выраженность миорелаксации и увеличивает скорость психомоторных процессов на фоне приема бензодиазепиновых транквилизаторов, антидепрессантов и стабилизаторов настроения, потенцируя при этом терапевтическую эффективность перечисленных препаратов [17].

Мибикс оказывает нормализующее влияние на дефицитарные расстройства мышления больных параноидной шизофренией, способствует уменьшению выраженности таких симптомов, как резонерство, бессвязность [12, 15–16].

Кроме того, темгиколурил обладает высокой степенью безопасности, о чем свидетельствует клиническое наблюдение о приеме двумя больными с суицидальными целями 30 г (60 таблеток) препарата, которые не причинили при этом никакого вреда [18].

Мибикс повышает эффективность лечения пациентов с соматическими заболеваниями, сопровождающимися астеническими, депрессивными и тревожными расстройствами [19].

Также темгиколурил нормализует такие параметры деятельности сердечно-сосудистой системы, как артериальное давление, частота сердечных сокращений, биохимические процессы в миокарде, коронарный кровоток. В клинической практике препарат проявляет эффективность при самых различных так называемых «психосоматических заболеваниях» – артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, при некоронарогенных кардиалгиях различного происхождения, функциональных расстройствах желудочно-кишечного тракта [20, 21], а также у женщин с климактерическими психоэмоциональными расстройствами и стрессиндуцированным бесплодием [22, 23]. При климактерическом синдроме он устраняет или ослабляет не только проявления кардиального синдрома: боль, одышку, ощущение сердцебиения (в том числе нормализует процессы реполяризации в миокарде, показатели центральной гемодинамики), но и другие проявления патологического климакса (приливы, парестезии, головную боль, утомляемость, инсомнию) [24–26].

Сочетание в препарате анксиолитического, тимолептического и вегетостабилизирующего действий позволяет существенно повысить эффективность и безопасность проводимой фармакотерапии у пациентов как психиатрического, так и общемедицинского профиля. Учитывая высокую безопасность Мебикса и редкие побочные эффекты, например, при индивидуальной непереносимости, препарат можно рекомендовать широкому кругу людей, в том числе с субклиническими про-

явлениями стресс-связанных расстройств, например, при синдроме менеджера или синдроме эмоционального выгорания [27].

Приводим ряд клинических примеров с использованием Мебикса.

### Клинический случай 1

Пациентка 31 года. Имеет высшее экономическое образование, работала по специальности, уйдя в декретный отпуск, не работает, живет на средства мужа, зависит от него. Переехала в Москву 4 года назад, воспитывает дочь, муж участвует мало в воспитании и помощи с ребенком, бабушки и дедушки помочь не могут, так как живут далеко, на няню денег нет. С мужем частые конфликты из-за разногласий в воспитании ребенка, по вопросам интимной близости (муж имеет лишний вес, либидо снижено или отсутствует), денег.

Тошноту, которая стала появляться во время беременности, сначала связывали с токсикозом первой половины беременности, но и после родов тошнота не прошла и сохраняется уже в течение 3 лет. Тошнота беспокоит после еды или в горизонтальном положении тела. Отмечались периоды боли в эпигастральной области, которую пациентка связывала с приемом определенной пищи (роллы, пицца). Сначала была только тошнота, затем присоединились редкие приступы тошноты со рвотой, не связанные с какими-то определенными продуктами. В дальнейшем стала замечать связь тошноты с переживанием стрессовых ситуаций и небольшими отклонениями в диете. Одно время принимала по 30 капель спиртовой настойки валерианы, которая убирала тошноту, но в связи с наличием спирта в лекарственном средстве прекратила прием, испугавшись, что начнется диарея, которая была несколько раз при приеме алкоголя в небольших дозах. Два последних месяца выполняла очередные рекомендации по коррекции состояния у гастроэнтеролога (диета, дыхательная гимнастика, йога), что привело к некоторому улучшению, но неполному регрессу тошноты. На момент консультации принимала итоприд и эзомепразол в средних терапевтических дозах, курсом.

Пациентка обратилась по рекомендации гастроэнтеролога, к которому ходит последний год, с жалобой на постоянную тошноту и неэффективностью лечения.

На приеме жалуется на тошноту последние 4 года и усталость, не связанную с какой-либо нагрузкой, раздражительность в отношении близких, тревогу последний год. Пациентка отмечает связь приступов боли в желудке со ссорами с мужем. При осмотре артериальное давление (АД) 120/80 мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) 70 уд/мин, в неврологическом статусе отмечается симметричное оживление рефлексов, симптом Хвостека 2-й степени.

Таким образом, пациентке 31 года, живущей в хроническом стрессе (недопонимание с мужем в вопросах воспитания ребенка, финансовые ограничения, проблемы с интимной жизнью) можно поставить диагноз «расстройство вегетативной нервной системы неуточненное, астено-нев-

ротический синдром» («соматоформное расстройство»). В связи с категорическим отказом принимать антидепрессанты пациентке рекомендован прием Мебикса по 1 таблетке 3 раза в день в течение 1 мес.

На фоне лечения при повторном визите через месяц отмечена положительная динамика – тошнота перестала беспокоить, появились силы, тревога регрессировала, стала легче обсуждать с мужем накопившиеся проблемы.

## **Клинический случай 2**

Пациент 19 лет. Соматически здоров. В настоящее время заканчивает 1-й курс технического института. Всегда испытывал тревогу и трудности со сном в период экзаменов. В институте ситуация усугубилась, так как пациент учится на бюджете и очень боится пересдавать экзамены, так как это может грозить переводом на платное отделение и вызвать гнев родителей, для которых приемлемы только хорошие оценки.

Пациент обратился с жалобой на повышенную нервозность, трудности засыпания, повышение аппетита в период сессии.

При осмотре АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 80 уд/мин, в неврологическом статусе – без особенностей.

Таким образом, пациенту 19 лет, испытывающему тревогу в стрессовых ситуациях, связанных с учебой и негативной реакцией родителей на неудовлетворительные оценки, можно поставить диагноз «расстройство адаптации». Рекомендован прием Мебикса по 1 таблетке 3 раза в день, 1 мес. На повторном приеме пациент сообщил, что успешно сдал сессию, сон нормализовался, тревога регрессировала.

## **Клинический случай 3**

Пациентка 52 лет, замужем, имеет двоих детей, работает менеджером в крупной компании. Муж пациентки, за которого она очень переживает, проходит лечение в связи с онкологическим заболеванием. На этом фоне около 2 мес назад впервые возник приступ повышения АД со страхом потерять сознание. Вызывала бригаду скорой помощи, когда врачи приехали через 20 мин, приступ уже закончился, лекарства тогда не применяла. После этого приступы стали повторяться. Последний приступ был неделю назад, после чего «4 дня лежала, не вставала, испытывала боль в области сердца».

Текущие жалобы – на приступы повышения АД (чаще ночью), во время которых испытывает беспокойство, сердцебиение, учащенное дыхание, длительностью до 40 мин. Антигипертензивные препараты давление не снижают. Стала бояться ложиться спать, нарушился сон, стало трудно засыпать. В последнее время состояния могут случаться и днем, частота – 1–2 приступа в неделю последние несколько месяцев.

Обследовалась у терапевта, кардиолога, эндокринолога, гинеколога. Патологию не выявили. Соматически здорова.

При осмотре АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 80 уд/мин, в неврологическом статусе без особенностей.

Консультация психотерапевта: паническое расстройство.

Таким образом, пациентке 52 лет, соматически здоровой, с паническим расстройством на фоне переживаний за мужа, рекомендован прием сертралина по 100 мг в таблетке: 1/4 таблетки вечером после еды внутрь 2 нед, далее 1/2 таблетки вечером внутрь 2 нед, далее 1 таблетка вечером длительно (до года), – и Мебикса по 1 таблетке 3 раза в день 2 мес.

На повторных визитах через 3 нед и через 3 мес пациентка сообщила о регрессе панических атак, хорошей переносимости препаратов. Даны рекомендации при возникновении панических атак или тревоге начать Мебикс по 1 таблетке 3 раза в день курсом 2–4 нед.

## Заключение

Таким образом, в приведенных клинических примерах показана высокая эффективность Мебикса как в

монотерапии при нетяжелых расстройствах невротического уровня, так и при более тяжелом психическом расстройстве при сочетании с антидепрессантом из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина – сертралином.

Врачи общей практики и терапевты – первичное медицинское звено, к которому обращаются пациенты с тревогой и соматоформными/соматизированными расстройствами. Именно терапевт должен рекомендовать больному обратиться к психиатру/психотерапевту и назначить Мебикс для снятия симптомов тревоги в период дообследования пациента и исключения органической патологии или до получения специализированной помощи.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare that there is not conflict of interests.

## Литература / References

- Медведев В.Э. Пациент с астенией в общей медицинской практике. *Терапия*. 2022;8(9):107-13. DOI: 10.18565/therapy.2022.9.107-113
- Medvedev V.E. Patient with asthenia in general medical practice. *Therapy*. 2022;8(9):107-13. DOI: 10.18565/therapy.2022.9.107-113 (in Russian).
- Медведев В.Э. Расстройства тревожно-депрессивного спектра на фоне COVID-19: возможности терапии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(2):111-6. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-2-111-116
- Medvedev V.E. Anxiety-depressive spectrum disorders against the background of COVID-19: treatment options. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2021;13(2):111-6. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-2-111-116 (in Russian).
- Котова О.В., Беляев А.А., Акарачкова Е.С. Современные методы диагностики и лечения тревожных и депрессивных расстройств. *РМЖ*. 2021;5:648.
- Kotova O.V., Belyaev A.A., Akarachkova E.S. Modern methods of diagnosis and treatment of anxiety and depressive disorders. *RMJ*. 2021;5:648. (in Russian).
- Драпкина О.М., Федин А.И., Дорощева О.А. и др. Влияние психосоциальных факторов риска на течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(5):64-70. DOI: 10.15829/1728-8800-2022-3280
- Drapkina O.M., Fedin A.I., Dorosheva O.A. et al. The influence of psychosocial risk factors on the course and prognosis of cardiovascular diseases. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(5):64-70. DOI: 10.15829/1728-8800-2022-3280 (in Russian).
- Котова О.В., Акарачкова Е.С., Беляев А.А. Психовегетативный синдром: трудности диагностики и эффективного лечения. *Медицинский совет*. 2018;(21):50-5. DOI: 10.21518/2079-701X-2018-21-50-55
- Kotova O.V., Akarachkova E.S., Belyaev A.A. Psychovegetative syndrome: difficulties in diagnosis and effective treatment. *Medical Council*. 2018;(21):50-5. DOI: 10.21518/2079-701X-2018-21-50-55 (in Russian).
- Медведев В.Э., Котова О.В., Зуйкова Н.Л. и др. Эффективность психофармакотерапии и психотерапии для лечения и профилактики психических расстройств у пациентов с неврологическими заболеваниями. *Клинический разбор в общей медицине*. 2023;4(6):6-12. DOI: 10.47407/kr2023.4.5.00265
- Medvedev V.E., Kotova O.V., Zuykova N.L. et al. Efficiency of psychopharmacotherapy and psychotherapy for the treatment and prevention of mental disorders in patients with neurological diseases. *Clinical review in general medicine*. 2023;4(6):6-12. DOI: 10.47407/kr2023.4.5.00265 (in Russian).
- Meuret AE, Tunnell N, Roque A. Anxiety Disorders and Medical Comorbidity: *Treatment Implications*. *Adv Exp Med Biol* 2020;1191:237-61. DOI: 10.1007/978-981-32-9705-0\_15
- Котова О.В., Артеменко А.Р., Беляев А.А. и др. Респираторные панические атаки и COVID-19. *Практическая медицина*. 2021;19(1):29-33.
- Kotova O.V., Artemenko A.R., Belyaev A.A. et al. Respiratory panic attacks and COVID-19. *Practical medicine*. 2021;19(1):29-33 (in Russian).
- Мосолов С.Н., Парфенов В.А., Амелин А.В. и др. Депрессивные расстройства и их фармакотерапия в рутинной клинической практике. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(5):54-64. DOI: 10.14412/2074-2711-2023-5-54-64
- Mosolov S.N., Parfenov V.A., Amelin A.V. et al. Depressive disorders and their pharmacotherapy in routine clinical practice. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2023;15(5):54-64. DOI: 10.14412/2074-2711-2023-5-54-64 (in Russian).
- Love AS, Love R. Anxiety Disorders in Primary Care Settings. *Nurs Clin North Am* 2019;54(4):473-93. DOI: 10.1016/j.cnur.2019.07.002
- Котова О.В., Акарачкова Е.С., Беляев А.А. Проблемы психосоматического здоровья у женщин в период менопаузы. *Клинический разбор в акушерстве, гинекологии и репродуктологии*. 2021;1(3):28-32. DOI: 10.47407/kragr2021.1.3.000021
- Kotova O.V., Akarachkova E.S., Belyaev A.A. Problems of psychosomatic health in women during menopause. *Clinical analysis in obstetrics, gynecology and reproductive medicine*. 2021; 1 (3): 28-32. DOI: 10.47407/kragr2021.1.3.000021 (in Russian).
- Арушанян Э.Б. Анксиолитические средства. Ставрополь: Ставроп. гос. мед. институт, 2001.
- Arushanyan E.B. Anxiolytic agents. Stavropol: Stavropol State Medical Institute, 2001 (in Russian).
- Громов Л., Дудко Е. «Типичные» и «атипичные» транквилизаторы. *Вестник фармакологии и фармации*. 2003;10:11-7.
- Gromov L., Dudko E. "Typical" and "atypical" tranquilizers. *Bulletin of Pharmacology and Pharmacy*. 2003;10:11-7 (in Russian).
- Свинцицкий А.С., Воронков Е.Г. Новая группа психотропных средств – транквилизаторы с ноотропным компонентом, их место в повседневной врачебной практике. Киев, 2001.
- Svintsitsky A.S., Voronkov E.G. A new group of psychotropic drugs – tranquilizers with a nootropic component, their place in everyday medical practice. Kyiv, 2001 (in Russian).
- Карпов А.М., Зимакова И.Е., Макаричиков Н.С. Результаты изучения применения мебикара и ноотропных препаратов с целью повышения эффективности трудовой реабилитации инвалидов – психически больных. *Неврологический вестник*. 1994; XXVI(3-4):38-41.
- Karpov A.M., Zimakova I.E., Makarchikov N.S. Results of the study of the use of mebicar and nootropic drugs to improve the effectiveness of labor rehabilitation of mentally ill disabled people. *Neurological Bulletin*. 1994; XXVI(3-4):38-41 (in Russian).

16. Окоороков А.А. Акушерские аспекты применения мебикара. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ростов-на-Дону, 1991.  
Okorokov A.A. Obstetric aspects of mebikar application. Abstract of Cand. Sci. (Med.) Dissertation. Rostov-on-Don, 1991 (in Russian).
17. Адаптол. 10 лет клинического применения: сборник статей. Киев, 2012.  
Adaptol. 10 years of clinical use: collection of articles. Kyiv, 2012 (in Russian).
18. Зимакова И.Е., Заиконникова И.В., Лебедев О.В., Хмельницкий Л.И. Мекбикар. В помощь практическому врачу. 1990; вып. 1.  
Zimakova I.E., Zaikonnikova I.V., Lebedev O.V., Khmel'nitskiy L.I. Mebikar. To help the practicing physician. 1990; issue 1 (in Russian).
19. Заславская Р.М., Щербань Э.А., Тейблум М.М. Оптимизация лечения метео- и магниточувствительных больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. М.: Медпрактика-М, 2012.  
Zaslavskaya R.M., Shcherban E.A., Teyblum M.M. Optimization of treatment of meteor- and magnetosensitive patients with arterial hypertension and ischemic heart disease. Moscow: Medpraktika-M, 2012 (in Russian).
20. Житкова Ю.В., Хасанова Д.Р. Опыт применения мебикара у пациентов с вегетативной дисфункцией, сочетающейся с когнитивными нарушениями и тревожными расстройствами. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017;117(11):56-63.  
Zhitkova Yu.V., Khasanova D.R. Experience of using mebikar in patients with autonomic dysfunction combined with cognitive impairment and anxiety disorders. *Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2017;117(11):56-63 (in Russian).
21. Лапшина Л.А., Кравчун П.Г., Шевченко О.С. Коррекция Адаптолом психопатологических проявлений и оксидативного стресса у больных, перенесших инфаркт миокарда. *Врачебная практика*. 2008;(1):23-9.  
Lapshina L.A., Kravchun P.G., Shevchenko O.S. Correction of psychopathological manifestations and oxidative stress in patients with myocardial infarction by Adaptol. *Medical practice*. 2008;(1):23-9 (in Russian).
22. Медведев В.Э. Психические расстройства репродуктивного цикла у женщин. *Психиатрия*. 2022;20(2):85-96. DOI: 10.30629/2618-6667-2022-20-2-85-96
23. Татарчук Т.Ф., Косей Н.В., Регада С.И. и др. Гиперпролактинемия в генезе стресс-индуцированного бесплодия: возможности фитотерапии. *Здоровье женщины*. 2017;(3):28-36.  
Tatarczuk T.F., Kosey N.V., Regeda S.I. et al. Hyperprolactinemia in the genesis of stress-induced infertility: possibilities of herbal therapy. *Women's Health*. 2017;(3):28-36 (in Russian).
24. Медведев В.Э. Диагностика и терапия психосоматических расстройств генеративного цикла женщин в общей медицинской практике (обзор литературы). *Архивъ внутренней медицины*. 2022;12(4):276-84. DOI: 10.20514/2226-6704-2022-12-4-276-284  
Medvedev V.E. Diagnostics and therapy of psychosomatic disorders of the reproductive cycle of women in general medical practice (literature review). *Archives of Internal Medicine*. 2022; 12(4):276-84. DOI: 10.20514/2226-6704-2022-12-4-276-284 (in Russian).
25. Медведев В.Э. Терапия психических расстройств генеративного цикла у женщин. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022;14(2):84-90. DOI: 10.14412/2074-2711-2022-2-84-90  
Medvedev V.E. Therapy of mental disorders of the generative cycle in women. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2022;14(2):84-90. DOI: 10.14412/2074-2711-2022-2-84-90 (in Russian).
26. Мкртчян В.Р. Терапевтические возможности Адаптола в лечении вегетативных нарушений у женщин. *Доктор.Ру*. 2009;6(50).  
Mkrtychyan V.R. Therapeutic possibilities of Adaptol in the treatment of vegetative disorders in women. *Doctor.Ru*. 2009;6(50) (in Russian).
27. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Никишена И.С. и др. Клинико-нейрофизиологическое исследование эффективности препарата Адаптол при лечении синдрома эмоционального выгорания. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2010;110(10):30-3.  
Chutko L.S., Surushkina S.Yu., Nikishena I.S. et al. Clinical and neurophysiological study of the effectiveness of the drug Adaptol in the treatment of emotional burnout syndrome. *Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov*. 2010;110(10):30-3 (in Russian).

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

**Котова Ольга Владимировна** – канд. мед. наук, врач-невролог, психиатр, доц. каф. психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН, вице-президент Международного общества «Стресс под контролем». E-mail: ol\_kotova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-3908-0381

**Медведев Владимир Эрнстович** – канд. мед. наук, доц., зав. каф. психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. E-mail: medvedev\_ve@pfur.ru; ORCID: 0000-0001-8653-596X

**Акарачкова Елена Сергеевна** – д-р мед. наук, врач-невролог, президент Международного общества «Стресс под контролем», зам. глав. врача реабилитационного центра Rehaline. ORCID: 0000-0002-7629-3773

**Беляев Антон Андреевич** – невролог, мл. науч. сотр. отд-ния неотложной сосудистой хирургии ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского». ORCID: 0000-0002-7186-870X

Поступила в редакцию: 05.08.2024

Поступила после рецензирования: 20.08.2024

Принята к публикации: 22.08.2024

## INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Olga V. Kotova** – Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, International Society for the Study of Stress "Stress Under Control". E-mail: ol\_kotova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-3908-0381

**Vladimir E. Medvedev** – Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia. E-mail: medvedev\_ve@pfur.ru; ORCID: 0000-0001-8653-596X

**Elena S. Akarachkova** – Dr. Sci. (Med.), International Society for the Study of Stress "Stress Under Control", Rehabilitation Center Rehaline. ORCID: 0000-0002-7629-3773

**Anton A. Belyaev** – Research Assistant, Sklifosovsky Scientific Research Institute of Emergency Medical Care. ORCID: 0000-0002-7186-870X

Received: 05.08.2024

Revised: 20.08.2024

Accepted: 22.08.2024