

<https://doi.org/10.17116/jnevro201711711156-63>

## Опыт применения мебикара у пациентов с вегетативной дисфункцией, сочетающейся с когнитивными нарушениями и тревожным расстройством

Ю.В. ЖИТКОВА<sup>1\*</sup>, Д.Р. ХАСАНОВА<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ГАОУЗ «Межрегиональный клиничко-диагностический центр», Казань, Россия; <sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», Казань, Россия

**Цель исследования.** Изучение эффективности мебикара при вегетативной дисфункции, ассоциированной с тревожным расстройством. **Материал и методы.** Наблюдали 39 женщин (средний возраст  $25 \pm 6,7$  года) и 15 мужчин (средний возраст  $27 \pm 8,4$  года) с вегетативной дисфункцией и тревожным расстройством, у которых в клинической картине имелись также когнитивные расстройства. Во всех случаях было проведено лечение препаратом мебикар в течение 3 мес в дозе 300 мг 2 раза в сутки. **Результаты и заключение.** Отмечены редукция симптомов вегетативной дисфункции и тревоги, а также достоверное улучшение когнитивных функций. Мибикар показал хорошую переносимость и минимум нежелательных эффектов. Он может быть рекомендован как антитревожное средство первой линии в широкой клинической практике.

**Ключевые слова:** когнитивные функции, тревога, вегетативная дисфункция, мебикар.

## An experience of using mebicar in patients with autonomic dysfunction associated with anxiety disorder

YU.V. ZHYTKOVA, D.R. KHASANOVA

Interregional Clinical and Diagnostic Center, Kazan, Russia; Kazan State Medical University, Kazan, Russia

**Background.** Cognitive impairments are one of the most frequent and maladaptive factors in patients with autonomic dysfunction associated with anxiety disorder. The majority of anxiolytics manage to compensate anxiety but suppress cognitive functions. **Material and methods.** Fifty-four patients with autonomic dysfunction and anxiety disorder, including 39 women (mean age  $25 \pm 6.7$  years) and 15 men (mean age  $27 \pm 8.4$  years), were treated with mebicar during 3 months. **Results and conclusion.** A reduction in the degree of autonomic dysfunction and anxiety symptoms as well as a significant improvement of cognitive functions were noted. Mebicar showed a good tolerability and minimum drug-related adverse events, and can be recommended as a first line anti-anxiety remedy in wide clinical practice.

**Keywords:** cognitive functions, anxiety, autonomic dysfunction, mebicar.

### Введение

Вегетативная дисфункция — распространенный синдром, характеризующийся широким спектром полисистемных вегетативных нарушений, часто сочетающихся с тревогой. В этих случаях облигатными являются жалобы пациентов на снижение памяти, внимания, мыслительных процессов, затрудняющие профессиональную и социальную деятельность. В связи с этим при выборе средства для лечения ассоциированной с тревогой вегетативной дисфункции необходимо учитывать, в частности, его влияние и на когнитивные функции.

Многие из применяемых для лечения тревоги психотропных средств хорошо купируют вегетативные симптомы, однако могут усугублять когнитивные нарушения, что снижает удовлетворенность пациента эффектом лечения, усиливая его дезадаптацию. В связи с этим важно ис-

пользовать препараты, не обладающие холинолитическим и миорелаксирующим эффектами. Этим требованиям удовлетворяет препарат мебикар — синтетическое соединение (производное бициклических бисмочевин), обладающее транквилизирующей способностью [1]. Мибикар снижает чувство тревоги, беспокойства, уменьшает раздражительность, оказывает мягкое седативное действие. Мишенью для действия мебикара являются структуры, входящие в лимбико-ретикулярный комплекс, эмоциональные зоны гипоталамуса. Широкий спектр фармакологического эффекта мебикара объясняется его интегративным влиянием на серотониновую, адренергическую, холинергическую и ГАМКергическую системы. Наряду с основным стресс-протективным и анксиолитическим эффектом препарат обладает выраженным ноотропным действием: улучшает память, мыслительные функции, повышает логичность, связность и скорость

мышления, улучшает внимание и умственную работоспособность, способствует нормализации умственных функций в целом в условиях стресса и перегрузок. Мебикар не оказывает миорелаксирующего действия и не нарушает координацию, что существенно отличает его от транквилизаторов бензодиазепинового ряда [1–5]. Мебикар улучшает качество сна, облегчая процесс засыпания, нормализует структуру сна и снижает частоту тревожных сновидений, при этом не оказывая прямого снотворного действия и не вызывая дневной сонливости, что позволило отнести препарат к разряду «дневных» транквилизаторов. В комбинации с другими психотропными и снотворными препаратами мебикар усиливает снотворный эффект. Дополнительными эффектами мебикара являются его модулирующее влияние на липидный обмен, обусловленное способностью изменять соотношение липопротеидов высокой и низкой плотности, что способствует снижению концентрации холестерина в крови [6], а также способность улучшать трофику миокарда за счет усиления коронарного кровотока, снижения вязкости крови и внутрисосудистой агрегации эритроцитов [7, 8]. Мебикар не вызывает эйфории и привыкания. Все это обосновывает возможность его применения в различных областях медицины, в том числе в неврологии.

Цель исследования — изучение эффективности мебикара у пациентов с вегетативной дисфункцией, сочетающейся с тревожным расстройством.

Гипотеза: мебикар, эффективно устраняя симптомы легкой или умеренно выраженной тревоги и вегетативные расстройства у пациентов с вегетативной дисфункцией, не должен оказывать негативного влияния на когнитивные функции.

## Материал и методы

В исследование были включены 54 пациента: 39 женщин (средний возраст  $25 \pm 6,7$  года) и 15 мужчин (средний возраст  $27 \pm 8,4$  года).

*Критерии включения* были следующие: возраст от 18 до 55 лет, пациенты обоего пола с диагнозом синдрома вегетативной дисфункции (СВД) и разными типами тревожного расстройства (генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, расстройство адаптации) с проявлениями тревоги легкой или умеренной степени тяжести. *Критериями исключения* являлись: возраст моложе 18 или старше 55 лет; диагнозы обсессивно-компульсивного, фобического расстройства; тревога тяжелой степени (46 баллов и более по шкале Спилбергера—Ханина); наличие депрессии, деменции, а также выраженные соматические заболевания.

Во всех случаях было проведено обследование больных, включающее сбор жалоб, анамнеза, соматическое и неврологическое исследования.

Тип тревожного расстройства определяли в соответствии с критериями МКБ-10. Тяжесть тревоги оценивали по шкале Спилбергера—Ханина [9]. Для исключения депрессии были использованы клинические критерии МКБ-10, а также госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

С целью оценки исходного вегетативного тонуса (состояние вегетативных показателей в период расслабленного бодрствования) применяли опросник для выявления признаков вегетативных изменений, заполняемый обследуемым, и схему для выявления признаков вегетативных нарушений, заполняемую исследователем (см. Приложение).

Вегетативные симптомы систематизированы по группам: кардиоваскулярные, респираторные, гастроинтестинальные, мышечно-тонические и моторные. Учитывали наличие нарушений сна, астенического симптомокомплекса, нейроэндокринных нарушений.

Состояние когнитивных функций оценивали с помощью следующих тестов: тест на заучивание 16 слов FC-SRT-IR [10], МоСА-тест [11], опросник самооценки памяти Мак-Нейра [12]. Диагноз умеренных когнитивных нарушений (УКН) ставили в соответствии с критериями NIA-AA [13]. Для исключения деменции были использованы критерии МКБ-10 и опросник для оценки повседневной активности Lowton-Brody (1969), который мы приводим полностью, так как он известен не всем врачам (см. Приложение).

Мебикар назначали в дозе 300 мг 2 раза в сутки в течение 3 мес.

Оценку нежелательных эффектов проводили по шкале Udvalg for Kliniske Undersogelser Scale (UKU) (см. Приложение).

Результаты обрабатывали статистическим методом парного сравнения групп пациентов с помощью программы Microsoft Excel 7.0 и прикладных программ Statistica. При нормальном распределении сравнительный анализ между группами проводили при помощи критерия Стьюдента. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ . Рассчитывали среднее значение и стандартное отклонение, а также ошибку среднего. При отсутствии нормального распределения рассчитывали медианы, 1-й и 3-й квартили. Сравнение между группами осуществляли с использованием критерия Манна—Уитни.

## Результаты и обсуждение

На момент включения в исследование все пациенты предъявляли разнообразные жалобы, свидетельствующие о наличии клинически выраженной вегетативной дисфункции: средний общий балл по данным опросника для выявления признаков вегетативных изменений составил  $56,4 \pm 6,2$  (при норме до 10 баллов), средний общий балл по схеме исследования для выявления признаков вегетативных нарушений —  $72,5 \pm 9,7$  (при норме до 25 баллов). При этом регистрировали жалобы как симпатической, так и парасимпатической направленности, диссоматические нарушения, первичные головные боли, носящие эпизодический характер, симптомы астении (**рис. 1**).

По типу коморбидного тревожного расстройства все пациенты были разделены на три группы: 1-я группа (25% обследованных) — с паническим расстройством, 2-я группа (38% обследованных) — с генерализованным тревожным расстройством и 3-я группа (37% обследованных) — с расстройством адаптации. Средний балл личностной тревожности (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ) по шкале Спилбергера—Ханина составил: в 1-й группе ЛТ  $32,5 \pm 6,5$  балла, РТ  $38,2 \pm 5,5$  балла; во 2-й группе ЛТ  $34,3 \pm 7,4$  балла, РТ  $36,2 \pm 7,3$  балла и в 3-й группе ЛТ  $28,3 \pm 6,2$  балла и РТ  $33,4 \pm 5,2$  балла (**рис. 2**).

Все пациенты на этапе включения в исследование имели когнитивные нарушения. Так, по данным самооценки памяти шкалы Мак-Нейра средний показатель

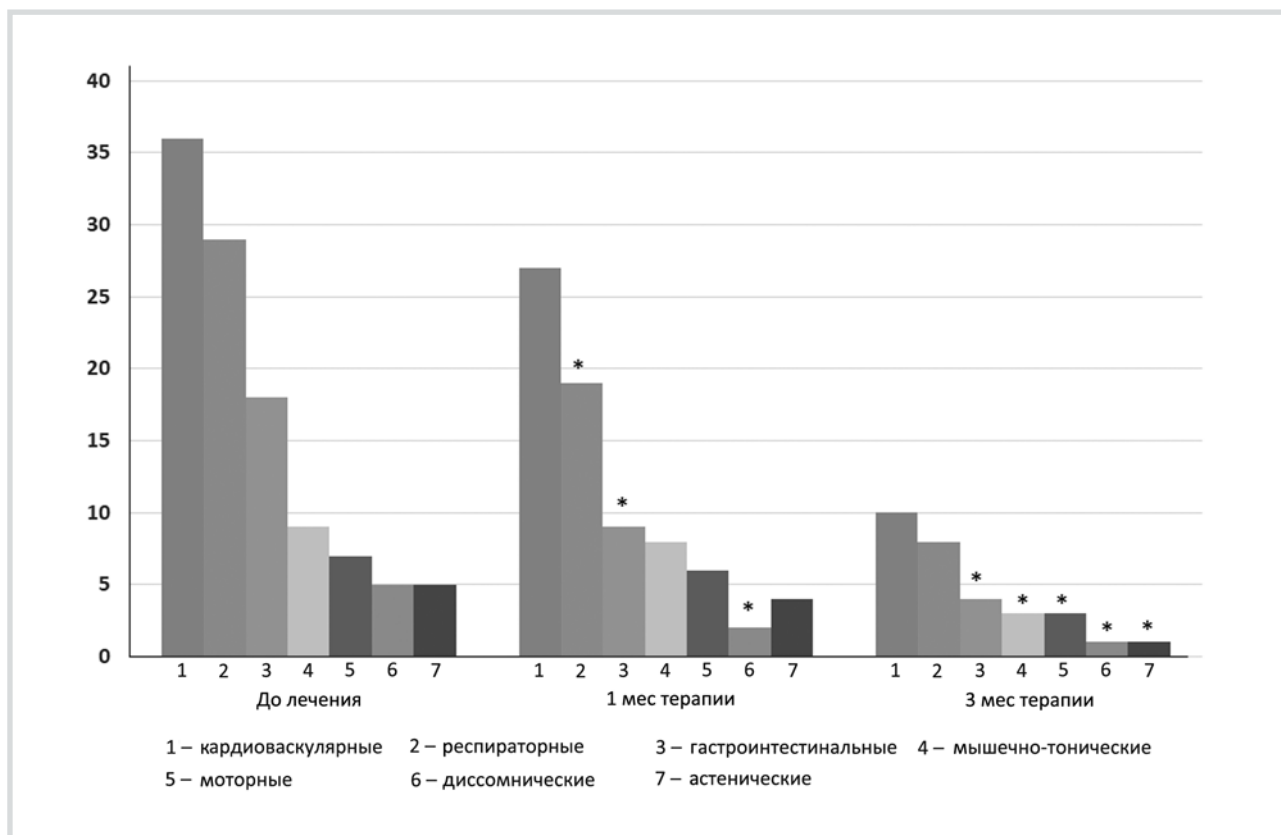


Рис. 1. Выраженность вегетативных симптомов в процессе лечения мебикаром (баллы).

\* —  $p < 0,05$  при сравнении с исходным уровнем.

составил  $84,5 \pm 3,3$  балла (при норме 43 балла и менее). По степени выраженности эти нарушения соответствовали умеренным когнитивным расстройствам (УКН), по нейропсихологическому профилю — мультифункциональным УКН неамнестического типа с преимущественным страданием нейродинамического блока когнитивных функций, а именно, нарушением концентрации и устойчивости внимания, а также нарушением воспроизведения полученной информации и контроля произвольной деятельности.

Через 1 мес лечения мебикаром была проведена промежуточная оценка состояния больных: отмечено достоверное уменьшение выраженности проявлений вегетативной дисфункции и тревоги. Во всех трех группах больных отмечен значимый регресс кардиоваскулярных, респираторных и гастроинтестинальных жалоб, улучшилось качество сна (см. рис. 1). Уровень РТ также достоверно уменьшился во всех трех сравниваемых группах (см. рис. 2). Промежуточная оценка когнитивной сферы показала достоверное улучшение концентрации внимания в 3-й группе пациентов ( $+2,2 \pm 1,0$  балл по подпункту шкалы МоСа,  $p=0,04$ ), что соответствовало улучшению состояния когнитивных функций по мнению самих обследованных ( $-19,3 \pm 3,2$  балла по шкале Мак-Нейра,  $p=0,03$ ). В остальных группах пациентов при общей тенденции к улучшению состояния когнитивных функций на этом этапе исследования статистических различий при сравнении с исходным уровнем не получено.

Оценка клинических проявлений вегетативной дисфункции в конце курса лечения показала значимый регресс жалоб на вегетативные нарушения у всех пациентов по сравнению с исходным уровнем и промежуточным этапом наблюдения. При этом в первую очередь уменьшились выраженность кардиоваскулярных, респираторных, гастроинтестинальных и диссомнических жалоб, а также проявления астении, которые практически полностью нивелировали к концу лечения (см. рис. 1). Отмечено достоверное снижение уровня РТ во всех трех группах обследованных, в том числе и по сравнению с промежуточным этапом оценки (см. рис. 2). Значительное улучшение когнитивных функций к концу исследования наблюдали во всех группах пациентов (рис. 3). В большей степени когнитивное улучшение касалось внимания: прямое и обратное повторение цифр, серийный счет, концентрация ( $+2,2 \pm 1,0$  балл по соответствующему подпункту шкалы МоСа в среднем во всех трех группах,  $p=0,04$ ); существенно также увеличился суммарный показатель свободного воспроизведения по шкале FCSRT-IR ( $+9,2 \pm 4,2$  балла в среднем во всех трех группах,  $p=0,03$ ). Динамика баллов по отдельным подпунктам шкалы МоСа была более показательной в отношении изменений отдельных когнитивных параметров. Результаты самооценки памяти подтвердили данные объективной клинической оценки —  $-28,4 \pm 5,3$  балла по шкале Мак-Нейра по сравнению с исходным уровнем у всех пациентов ( $p=0,03$ ).

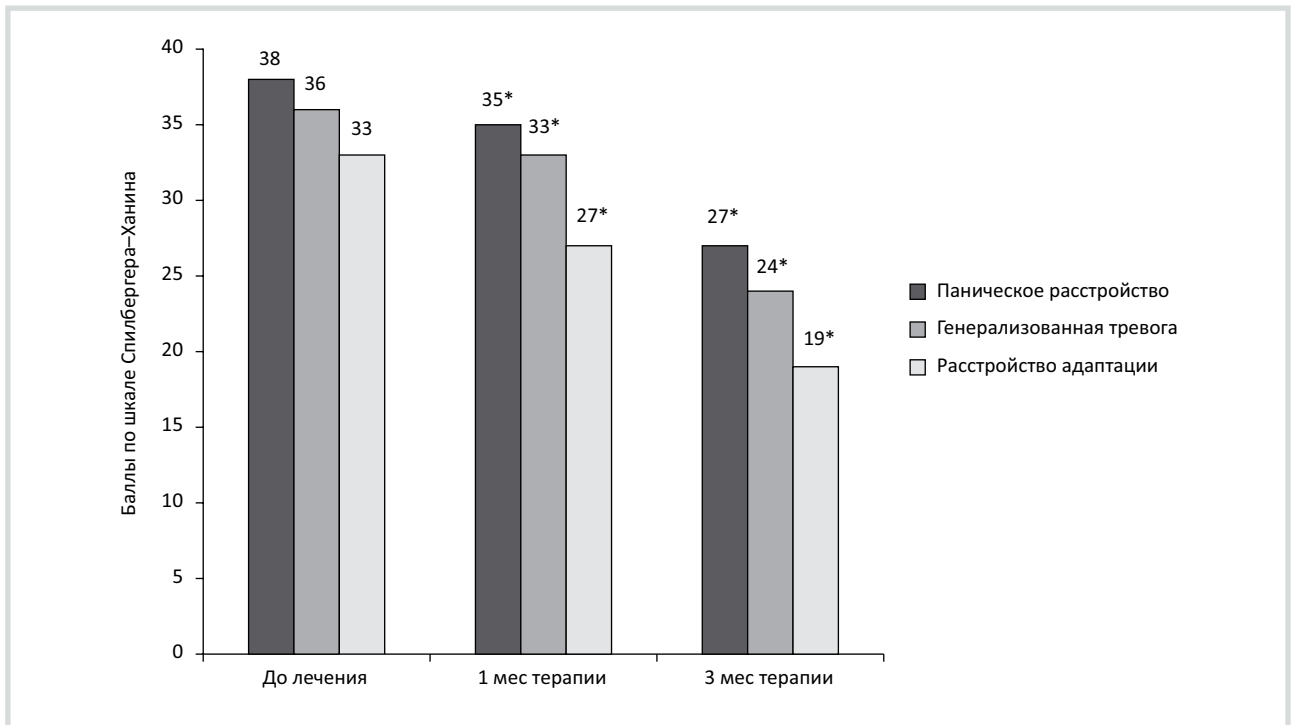


Рис. 2. Динамика РТ по шкале Спилберга—Ханина в процессе терапии мебикаром (баллы).

\* —  $p \leq 0,05$  при сравнении с исходным уровнем.

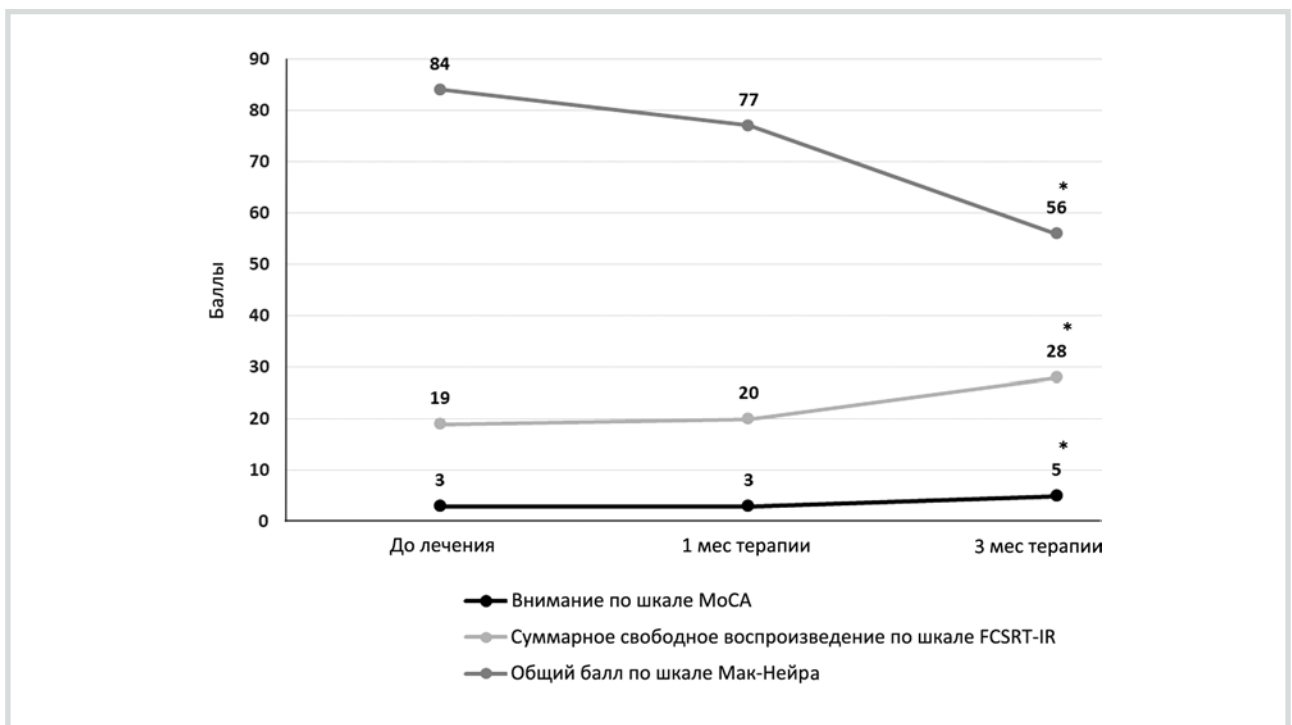


Рис. 3. Динамика отдельных показателей когнитивных функций и самооценки памяти в процессе терапии (баллы).

\* —  $p \leq 0,05$  при сравнении с исходным уровнем.

Что касается нежелательных явлений по шкале UKU, то было отмечено появление общей слабости и головокружения в первые несколько дней лечения у 3 пациентов, но эти явления полностью прошли на второй неделе лечения и не потребовали отмены терапии.

По данным проведенного исследования, мебикар эффективно устраняет симптомы тревоги и вегетативные симптомы у пациентов с вегетативной дисфункцией. При этом мебикар не просто не оказывает негативного влияния на когнитивные функции пациентов, но, напротив, улучшает состояние когнитивной сферы у этого контингента больных, проявляя клинический эффект в средней терапевтической дозировке. Более быстрое и значимое когнитивное улучшение получено у пациентов с исходно более низким уровнем тревожности. Мибикар хорошо переносился больными, с минимумом нежелательных эффектов на протяжении всего исследования.

Когнитивные нарушения, развивающиеся в структуре аффективных расстройств, являются одним из самых устойчивых и склонных к персистированию симптомов, значительно повышающих риск рецидива самого эмоцио-

нального расстройства [14, 15], а также развития деменции в популяции пожилых пациентов [16]. Поэтому современным направлением в лечении тревожных и других аффективных расстройств, сопровождающихся когнитивной дисфункцией, является применение препаратов с многомерным клиническим эффектом, способных не только устранять эмоциональные нарушения, но и восстанавливать когнитивное функционирование. Таковым является мебикар, оказывающий интегрирующее влияние на активность моноаминовых систем лимбико-ретикулярного комплекса и гипоталамуса, обеспечивающих целостное поведение и адаптацию человека.

Полученные данные позволяют сделать вывод, что мебикар улучшает когнитивные функции пациентов с вегетативной дисфункцией и тревожным расстройством. Он обладает хорошей переносимостью и может быть рекомендован к применению в качестве терапии первого выбора при указанных расстройствах.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Зимакова И.Е. Фармакологические эффекты нового психотропного средства мебикара. *Фармакология и токсикология*. 1977;6:634-637. [Zimakova IE. Pharmacological effects of a new psychotropic drug mebicar. *Farmakologiya i toksikologiya*. 1977;6:634-637. (In Russ.).]
2. Курашова С.В., Зимакова И.Е. *Мибикар — дневной транквилизатор*. М.: Финансы и статистика; 1990. [Kurashova SV, Zimakova IE. *Mebikar — dnevnoi trankvilizator*. М.: Finansy i statistika; 1990. (In Russ.).]
3. Менделевич Д.М., Зимакова И.Е., Менделевич В.Д. Применение транквилизатора мебикара для лечения климактерических нервно-психических нарушений. *Акушерство и гинекология*. 1983;2:51-53. [Mendelevich DM, Zimakova IE, Mendelevich VD. The use of the tranquilizer mebicar, for the treatment of climacteric neuro-psychiatric disorders. *Akusherstvo i ginekologiya*. 1983;2:51-53. (In Russ.).]
4. Венедиктова М.Г., Тагирова Т.С. Оценка терапевтического эффекта нового отечественного препарата «Мибикар» при кардиалгиях различного генеза. *Экспресс-информация: Новые лекарственные препараты*. 1983;10:15-17. [Venediktova MG, Tagirova TS. Evaluation of therapeutic effect of new domestic drug «Mebikar» with the cardialgia different genesis. *Ekspres-informatsiya: Noveye lekarstvennyye preparaty*. 1983;10:15-17. (In Russ.).]
5. Вальдман А.В., Заиконникова И.В., Козловская М.М., Зимакова И.Е. *Бюллетень экспериментальной биологии*. 1980;5:568-570. [Val'dman AV, Zaikonnikova IV, Kozlovskaya MM, Zimakova IE. *Byul eksper biol*. 1980;5:568-570. (In Russ.).]
6. Хазиахметова В.Н., Галиуллина Т.Н., Сафина Э.Г., Родионова И.Р., Зимакова И.Е., Зиганшина Л.Е. Рандомизированное плацебо-контролируемое клиническое исследование гипополипидемического действия и безопасности транквилизатора дневного действия мебикар у больных с гиперхолестеринемией. *Клиническая фармакология и терапия*. 2010;6:154-155. [Khaziakhmetova VN, Galiullina TN, Safina EG, Rodionova IR, Zimakova IE, Ziganshina LE. Randomized, placebo-controlled clinical trial hypolipidemic action and safety of the tranquilizer of day-time mebicar in patients with hypercholesterolemia. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya*. 2010;6:154-155. (In Russ.).]
7. Зимакова И.Е., Карпов А.М., Тагирова Т.С., Салихова Р.Р., Жилиев А.Г. Анализ разнообразия эффектов транквилизатора Мибикар в экспериментальной и клинической медицине. *Казанский медицинский журнал*. 1995;2:LXXVI:85-87. [Zimakova IE, Karpov AM, Tagirova TS, Salikhova RR, Zhilyaev AG. Analysis of the diversity of effects of the tranquilizer Mebicar in experimental and clinical medicine. *Kazanskii meditsinskii zhurnal*. 1995;2:LXXVI:85-87. (In Russ.).]
8. Зимакова И.Е., Хазиахметова В.Н. Дневной транквилизатор Мибикар для профилактики ишемической болезни сердца. *Terra Medica*. 2002;3:7-8. [Zimakova IE, Khaziakhmetova VN. Day tranquilizer Mebicar for the prevention of coronary heart disease. *Terra Medica*. 2002;3:7-8. (In Russ.).]
9. Карелин А.А. *Большая энциклопедия психологических тестов*. М.: Эксмо. 2005. [Karelin AA. *Bol'shaya entsiklopediya psikhologicheskikh testov*. М.: Eksmo. 2005. (In Russ.).]
10. Grober E, Sanders AE, Hall C, Lipton RB. Free and Cued Selective Reminding Identifies Very Mild Dementia in Primary Care. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2010;24(3):284-290. <https://doi.org/10.1097/wad.0b013e3181cfc78b>
11. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, Cummings JL, Chertkow H. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(4):695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
12. McNair D, Khan RJ. *Self-assessment of cognitive deficit in geriatric psychopharmacology*. Crook T., Ferris S., Bartus R. New Canaan, CT: Mark Powley Associates Inc.; 1983.
13. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, Gamst A, Holtzman DM, Jagust WJ, Petersen RC, Snyder PJ, Carrillo MC, Thies B, Phelps CH. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*. 2011;7:270-279. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.008>
14. Conradi HJ, Ormel J, de Jonge P. Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study. *Psychol Med*. 2011;41:1165-1174. <https://doi.org/10.1017/s0033291710001911>
15. Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr J, Barocka A. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med*. 1995;25(6):1171-1180. <https://doi.org/10.1017/s0033291700033146>
16. Duman DS, Monteggia LM. A Neurotrophic Model for Stress-Related Mood Disorders. *Biol Psychiatry*. 2006. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.02.013>

## Приложения

## Опросник для выявления признаков вегетативных изменений

Вопросы	Да	Нет	Баллы
1. Отмечаете ли Вы (при любом волнении) склонность к: а) покраснению лица? б) побледнению лица?	Да	Нет	3 3
2. Бывает ли у Вас онемение или похолодание: а) пальцев кистей, стоп? б) целиком кистей, стоп?	Да	Нет	3 4
3. Бывает ли у Вас изменение окраски (побледнение, покраснение, синюшность): а) пальцев кистей, стоп? б) целиком кистей, стоп?	Да	Нет	5 5
4. Отмечаете ли Вы повышенную потливость? В случае ответа «Да» подчеркните слово «постоянная» или «при волнении»	Да	Нет	4
5. Бывают ли у Вас часто ощущения сердцебиения, «замирания», «остановки сердца»?	Да	Нет	7
6. Бывают ли у Вас часто ощущения затруднения при дыхании: чувство нехватки воздуха, учащенное дыхание? В случае ответа «Да» уточните: при волнении, в душном помещении (подчеркните нужное слово)	Да	Нет	7
7. Характерно ли для Вас нарушение функции желудочно-кишечного тракта: склонность к запорам, поносам, «вздутиям» живота, боли?	Да	Нет	6
8. Бывают ли у Вас обмороки (потеря внезапно сознания или чувство, что можете его потерять?). Если «Да», то уточните условия: душное помещение, волнение, длительность пребывания в вертикальном положении (подчеркнуть нужное слово)	Да	Нет	7
9. Бывают ли у Вас приступообразные головные боли? Если «Да», уточните: диффузные или только половина головы, «вся голова», сжимающие или пульсирующие (нужное подчеркнуть)	Да	Нет	7
10. Отмечаете ли Вы в настоящее время снижение работоспособности, быструю утомляемость?	Да	Нет	5
11. Отмечаете ли Вы нарушения сна? В случае ответа «Да» уточните: а) трудность засыпания; б) поверхностный, неглубокий сон с частыми пробуждениями; в) чувство невыспанности, усталости при пробуждении утром	Да	Нет	5

*Примечание.* Обследуемый подчеркивает соответствующий ответ «Да» или «Нет». Для количественной оценки имеющихся признаков была проведена экспертная оценка вегетативных симптомов путем баллирования каждого признака по его удельному весу среди различных симптомов СВД. На этом основании каждый симптом оценен в определенное количество баллов (от 1 до 10) в случае положительного ответа на соответствующий вопрос. Общая сумма баллов, полученная при изучении признаков по опроснику, у здоровых лиц не должна превышать 15, при превышении можно говорить о наличии СВД.

## Схема исследования для выявления признаков вегетативных нарушений

Раздел	Да	Нет	Баллы
1. Характеристика изменения окраски и состояния кожных покровов: а) «сосудистое ожерелье» (пятнистая гиперемия кожи шеи, лица и груди при внешнем осмотре) б) окраска кистей, стоп: обычная, изменена: бледные, гиперемированные, цианотичные (акроцианоз), «мраморные» (имеющиеся изменения подчеркнуть)	Да	Нет	5 5
2. Оценка дермографизма, вызываемого на передней поверхности грудной клетки: стойкий — более 10 мин (красный, розовый, белый, возвышающийся)	Да	Нет	4
3. Оценка степени потливости: а) локальное повышение потливости (выраженная влажность ладоней, стоп, подмышечных впадин или какой-либо другой части тела); б) генерализованная потливость (повышенная диффузная влажность всех перечисленных выше областей, а также кожных покровов в целом — область груди, спины, живота и т.п.)	Да	Нет	4 5
4. Изменения температуры тела: а) субфебрилитет (постоянное повышение температуры в пределах 37—38 °С) б) подъемы температуры, возникающие внезапно при отсутствии соматических заболеваний	Да	Нет	6 7
5. Ухудшение самочувствия при смене погоды	Да	Нет	4
6. Плохая переносимость холода, жары, духоты	Да	Нет	4
7. Лабильность уровня артериального давления (указание в анамнезе и при двукратном измерении): в начале и конце осмотра — различия не менее 20—30 мм рт.ст.	Да	Нет	8
8. Лабильность сердечного ритма (колебания пульса в начале и конце осмотра 10 уд/мин)	Да	Нет	8
9. Наличие гипервентиляционного синдрома (нарушение глубины и частоты дыхания, чувство «нехватки» воздуха)	Да	Нет	8
10. Нарушение функции желудочно-кишечного тракта (при отсутствии органической патологии)	Да	Нет	6
11. Наличие вегетососудистых кризов, мигрени, склонности к обморокам	Да	Нет	10
12. Наличие повышенной тревожности, раздражительности, гневливости, несдержанности, чувства беспокойства, страха, резкие смены настроения, астения	Да	Нет	7
13. Повышенная нервно-мышечная возбудимость: симптом Хвостека, склонность к мышечным спазмам (карпопедальные судороги: «сведение» пальцев кистей, стоп, «рука акушера», «нога балерины», крампи — нужно подчеркнуть)	Да	Нет	6

*Примечание.* Схема исследования для выявления признаков вегетативных нарушений, которая, как правило, заполняется врачом: полученная сумма баллов не должна превышать 25 у здоровых лиц, при превышении можно говорить о наличии СВД.

## Шкала повседневной активности (Lawton, Brody, 1969)

		Инструментальная повседневная активность	Баллы
А.	Пользование телефоном	Использует телефон по своей собственной инициативе (находит и набирает номер и т.д.)	3
		Набирает несколько хорошо знакомых номеров	2
		Отвечает на звонки, но не набирает номера	1
		Совсем не пользуется телефоном	0
Б.	Покупки в магазине	Делает все необходимые покупки самостоятельно	3
		Делает все покупки самостоятельно, но по ограниченному списку	2
		Нуждается в сопровождении, чтобы сделать любые покупки	1
		Совсем не может самостоятельно делать покупки	0
В.	Приготовление пищи	Планирует, готовит пищу самостоятельно, сервирует стол	3
		Готовит адекватную пищу, если предоставлены все ингредиенты	2
		Разогревает и готовит пищу, но не адекватно	1
		Нуждается в том, чтобы пища была приготовлена и подана	0
Г.	Работа по дому	В основном делает все самостоятельно, с эпизодической помощью (при выполнении наиболее трудных домашних дел)	3
		Выполняет простые действия, такие как мытье посуды, застилание кровати	2
		Выполняет простые действия, но более неряшливо	1
		Практически не способен выполнять работу по дому	0
Д.	Стирка	Полностью стирает свою одежду	2
		Стирает маленькие вещи, например носки и т.д.	1
		Все стирают другие	0
Е.	Поездки	Самостоятельно передвигается на общественном транспорте или водит машину	3
		Ездит на общественном транспорте самостоятельно, но только по очень хорошо знакомым маршрутам	2
		Пользуется транспортом только с сопровождающим	1
		Не способен пользоваться общественным транспортом	0
Ж.	Прием лекарств	Принимает лекарства самостоятельно в правильной дозировке в правильное время	2
		Правильно принимает лекарства, если препараты приготовил к приему кто-то другой	1
		Не способен самостоятельно принимать лекарства	0
З.	Контроль финансов	Ведет свои финансовые дела самостоятельно (планирует бюджет, собирает и хранит финансовые документы, оплачивает счета, сам ходит в банк)	2
		Ведет ежедневные расходы, но нуждается в помощи при походе в банк или осуществлении крупных трат	1
		Не может распоряжаться деньгами	0
<b>Базисная повседневная активность</b>			
А.	Пользование туалетом	Может самостоятельно пользоваться туалетом, нет упускания мочи и кала	4
		Нуждается в напоминаниях или помощи при посещении туалета (для соблюдения чистоты) или редкие (примерно 1 раз в неделю) случаи упускания мочи и кала	3
		Упускание мочи и кала в течение сна более 1 раза в неделю	2
		Упускание мочи и кала в дневное время более 1 раза в неделю	1
		Не контролирует мочеиспускание и дефекацию	0
Б.	Прием пищи	Принимает пищу без посторонней помощи	4
		Требуется минимальная помощь во время приема пищи для соблюдения опрятности	3
		Принимает пищу с некоторой посторонней помощью, но неопрятен	2
		Требуется значительной помощи при приеме любой пищи	1
		Не принимает пищу самостоятельно и сопротивляется усилиям других людей накормить его	0
В.	Одевание	Самостоятельно одевается, раздевается, выбирает одежду	4
		В целом самостоятельно одевается и раздевается с минимальной посторонней помощью	3
		Требуется умеренная помощь при одевании или выборе одежды	2
		Требуется значительная помощь при одевании, но больной оказывает содействие при оказании ему помощи	1
		Полная невозможность одеться и сопротивление другим лицам при попытке одеть его	0

См. окончание на след. стр.

## Шкала повседневной активности (Lawton, Brody, 1969) (окончание)

		Инструментальная повседневная активность	Баллы
Г.	Уход за собой (содержание в чистоте волос, ногтей, лица, одежды)	Всегда опрятно одет, причесан, не требует посторонней помощи	4
		При уходе за собой нуждается в минимальной помощи, например при бритье	3
		Нуждается в умеренной, но постоянной помощи или контроле выполнения действий по уходу	2
		Нуждается полностью в посторонней помощи по уходу, но после завершения всех действий выглядит ухоженным	1
		Активно сопротивляется усилиям других людей поддерживать его чистоплотность	0
Д.	Передвижения	Выходит в город	4
		Выходит во двор или самостоятельно может передвигаться в пределах одного квартала	3
		Самостоятельно передвигается с помощью трости, ходунков или в инвалидном кресле	2
		Сидит без поддержки на стуле или в инвалидном кресле, но не может перемещаться без помощи	1
		Находится в постели более половины времени бодрствования	0
Е.	Прием ванны	Моется самостоятельно (прием ванны, душа, использование мочалки)	4
		Требуется помощь при входе и выходе из ванной, но моется самостоятельно	3
		Моет только руки и лицо, но не может вымыть тело	2
		Не может мыться самостоятельно, но оказывает содействие в попытках других людей помыть себя	1
		Не может мыться сам и сопротивляется попыткам других людей помыть его	0

## Модифицированная шкала оценки побочных эффектов UKU (Udvalg for Kliniske Undersogelser Scale)

Симптом	1 мес	3 мес
1. Нарушение концентрации		
2. Слабость		
3. Сонливость		
4. Нарушение памяти		
5. Тревога/внутреннее напряжение, беспокойство		
6. Нарушение сна		
7. Усиление сновидений		
8. Эмоциональная индифферентность		
9. Спутанность		
10. Тремор		
11. Нарушение аккомодации		
12. Расстройство аппетита		
13. Сухость во рту		
14. Тошнота/рвота		
15. Диарея		
16. Запоры		
17. Нарушение мочеиспускания		
18. Полиурия/полидипсия		
19. Головокружение		
20. Сердцебиение/тахикардия		
21. Повышенное потоотделение		
22. Кожная сыпь		
23. Зуд		
24. Увеличение веса		
25. Снижение веса		
26. Снижение полового влечения		
27. Нарушение эрекции		
28. Нарушение эякуляции		
29. Нарушение оргазма		
30. Головные боли		
31. Миалгия		
32. Артралгия		
33. Гипертермия		
34. Гриппоподобные симптомы		

Примечание. Оценка: 0 — отсутствие, 1 балл — выражен минимально, 2 балла — выражен средне, 3 балла — выражен значительно.