

Т.Г. Вознесенская, Н.М. Фокина

*Отдел неврологии и клинической нейрофизиологии  
НИЦ ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»*

## Эффективность и переносимость антидепрессанта из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина – пароксетина (адепресс) при психовегетативном синдроме в рамках тревожно-депрессивных расстройств

*Цель исследования – изучение клинической эффективности, переносимости, побочных эффектов адепресса у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами легкой и умеренной степени и психовегетативным синдромом. В исследование было включено 30 амбулаторных пациентов, из которых закончили исследование 29. Использовали монотерапию адепрессом (пароксетин) в дозе 10–20 мг/сут в течение 8 нед. Побочные эффекты наблюдались у 1/3 больных в первые 2 нед терапии. Их интенсивность по визуальной аналоговой шкале побочных эффектов не превышала 3 баллов. Они не требовали ни коррекции дозы, ни отмены препарата и проходили самостоятельно. Через 8 нед положительный эффект терапии отмечен у всех пациентов. Выявлена высокая клиническая эффективность адепресса, показано его антидепрессивное, анксиолитическое, вегетостабилизирующее действие. Адепресс также нормализует цикл сон–бодрствование и уменьшает интенсивность головной боли напряжения.*

**Ключевые слова:** психовегетативный синдром, тревожно-депрессивный синдром, адепресс (пароксетин).

**Контакты:** Татьяна Грациевна Вознесенская [vtatiana@mma.ru](mailto:vtatiana@mma.ru)

*The efficacy and tolerability of paroxetine (adepress), an antidepressant from a group of selective serotonin reuptake inhibitors in psychoautonomic syndrome within anxiety-depressive disorders*

*T.G. Voznesenskaya, N.M. Fokina*

*Department of Neurology and Clinical Neurophysiology, Research Center, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University*

*The objective of the investigation was to study the clinical efficacy, tolerability, and side effects of adepress in patients with mild and moderate anxiety-depressive disorders and psychoautonomic syndrome. The investigation included 30 outpatients, of whom 29 completed it. Monotherapy with adepress (paroxetine) was used in a dose of 10–20 mg/day for 8 weeks. Adverse reactions were observed in one-third of the patients within the first 2 weeks of therapy. Their intensity was not more than 3 visual analog scale scores. They required neither dose adjustment nor drug discontinuation and ceased spontaneously. After 8 weeks, the positive effect of the therapy was noted in all the patients. Adepress was found to show a high clinical efficacy and antidepressant, anxiolytic, and autonomic stabilizing activities. Adepress also normalized the sleep-wake cycle and diminished tension headache.*

**Key words:** psychoautonomic syndrome, anxiety-depressive syndrome, adepress (paroxetine).

**Contact:** Tatyana Graushevna Voznesenskaya [vtatiana@mma.ru](mailto:vtatiana@mma.ru)

На приеме у невролога часто встречаются пациенты с психовегетативным синдромом (ПВС). Для него характерны полисистемные вегетативные расстройства и психические нарушения невротического уровня [1–3]. Невротические расстройства обычно представлены тревожными, смешанными тревожно-депрессивными синдромами легкой или умеренной степени выраженности. Вегетативные нарушения, как правило, обычно носят перманентный характер и формируются в нескольких системах организма: кардиоваскулярной (колебания АД и частоты сердечных сокращений, кардиалгические жалобы), респираторной (нехватка воздуха, одышка, гипервентиляционный синдром), гастроинтестинальной (тошнота, диарея, метеоризм, абдоминалгии), терморегуляционной (гипо- или гипертермия, локальный или диффузный гипергидроз), неврологической (несистемное

головокружение, липотимические состояния, нарушения цикла сон–бодрствование, головные и мышечные боли).

Неадекватное лечение больных с ПВС значительно увеличивает медицинские и социальные потери. Препараты первого выбора при лечении ПВС в рамках тревожно-депрессивных расстройств – антидепрессанты, которые обладают и анксиолитическим эффектом. Каждый антидепрессант потенциально имеет вегетостабилизирующее действие, которое реализуется в основном через купирование тревожных расстройств.

В настоящее время в многочисленных мультицентровых плацебоконтролируемых исследованиях доказана клиническая эффективность трициклических антидепрессантов, в частности amitriptилина, в лечении тревожно-депрессивных расстройств. Однако этот препарат, как и другие трициклические

ские антидепрессанты, требует титрования дозы, трудно переносится больными, часто вызывает значительные побочные эффекты [4], связанные с блокадой  $H_1$ -гистаминовых, альфа-адренергических и мускариновых холинергических рецепторов, что вызывает ортостатическую гипертензию, седацию, ухудшение когнитивных функций, тахикардию, запор, повышение массы тела, расстройства аккомодации. Трициклические антидепрессанты обладают кардиотоксическим и гепатотоксическим эффектами. При использовании трициклических антидепрессантов отмечается высокий процент отказов от терапии либо в связи с их неэффективностью из-за неоправданно низких доз, либо в связи с выраженными и многочисленными побочными эффектами. Отказ пациента от терапии приводит к дальнейшей хронизации заболевания и появлению ложной убежденности в неэффективности антидепрессивной терапии. В связи с этим идет активный поиск эффективных и при этом хорошо переносимых антидепрессантов, которые не требовали бы титрования дозы, не вызывали выраженных побочных эффектов и могли использоваться в амбулаторной практике неврологами и терапевтами. К таким современным препаратам нового поколения относятся антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Они широко применяются не только в психиатрической, но и в неврологической и терапевтической практике благодаря хорошей переносимости и безопасности [3, 5, 6]. Один из представителей СИОЗС – пароксетин, который оказывает антидепрессивное и противотревожное (анксиолитическое) действие при достаточно выраженном стимулирующем эффекте [4, 6–8]. Пароксетин – один из наиболее мощных блокаторов обратного захвата серотонина среди СИОЗС. Его влияние на мускариновые, альфа- и бета-адренорецепторы незначительно, что определяет крайне слабую выраженность холинолитических, кардиоваскулярных и седативных побочных эффектов. Пароксетин мало влияет на нейрональный захват норадреналина и дофамина, после перорального приема хорошо адсорбируется. Метаболизируется в основном в печени с образованием преимущественно неактивных метаболитов. Во многих клинических исследованиях доказаны эффективность и хорошая переносимость пароксетина в лечении тревожных и депрессивных расстройств, в том числе и у пациентов с соматическими заболеваниями [3, 4, 7, 8]. По степени анксиолитического эффекта пароксетин превосходит другие СИОЗС [4].

Адепресс – наиболее дешевый дженерик пароксетина. В 2009 г. психиатрами было проведено сравнительное открытое исследование терапевтической эквивалентности оригинального препарата паксил (пароксетин) и дженерического препарата адепресс (пароксетин). Исследование показало, что эти два препарата действительно имеют равнозначную клиническую эффективность у пациентов с депрессивными расстройствами и одинаково редуцируют депрессию, тревогу, апатию, ипохондрические и инсомнические нарушения [9]. Адепресс оказался сопоставим с оригинальным препаратом по хорошей переносимости и редкости возникновения нежелательных явлений. Высокая эффективность в отношении депрессии, тревоги, нарушений сна и хорошая переносимость адепресса были показаны у больных старшей возрастной группы с постинсультной депрессией [10]. Эффективность адепресса исследовалась и у пациентов с генерализованным тревожным расстройством, при этом получен хороший клинический результат, особенно у тех пациентов, у ко-

торых тревожные переживания сопровождались выраженными вегетативными расстройствами [11]. Однако исследований клинической эффективности и безопасности адепресса с определением его возможного вегетостабилизирующего действия у пациентов с ПВС до сих пор не проводилось.

**Цель исследования** – изучение клинической эффективности адепресса у пациентов с легкой и умеренной степенью тревожно-депрессивных расстройств и ПВС с определением времени наступления и достаточности антидепрессивного, анксиолитического и вегетостабилизирующего эффекта, переносимости, спектра побочных явлений и определения оптимальной дозы.

**Пациенты и методы.** В исследование были включены 30 больных с ПВС и тревожно-депрессивными расстройствами легкой и умеренной степени тяжести. Средний возраст пациентов –  $43,3 \pm 8,5$  года (от 25 до 55 лет), преобладали пациенты 45–50 лет. Возраст начала заболевания составил  $37,4 \pm 9,2$  года. Длительность заболевания в среднем  $5,8 \pm 7$  лет, у 75,8% пациентов – от 1 года до 5 лет. 59% пациентов имели высшее образование, остальные – среднее специальное. Больных обследовали и лечили амбулаторно. Использовали монотерапию адепрессом в дозе 10–20 мг/сут в течение 8 нед. Обследование проводили до приема препарата, через 2 и 8 нед терапии. Критерии включения в исследование: наличие ПВС и легких или умеренных тревожно-депрессивных расстройств; возраст от 18 до 55 лет;  $\geq 3$  баллов по шкале общего клинического впечатления (CGI, часть 1 – «тяжесть заболевания») при базовом визите. Критерии исключения: наличие текущей органической неврологической или соматической патологии, тяжелой степени депрессии с психотическими симптомами и суицидальными мыслями или действиями ( $>29$  баллов по шкале Бека и/или ответ «да» по подшкале суицида); лекарственная, алкогольная или иная зависимость; период беременности и лактации у женщин; одновременный прием других психотропных лекарственных средств; повышенная чувствительность к пароксетину.

Использовали следующие методы исследования и показатели: клинико-неврологический осмотр и данные анамнеза; шкалу общего клинического впечатления врача (CGI) из двух частей – выраженность заболевания (1 балл – не болен; 2 балла – пограничное состояние; 3 балла – легко болен; 4 балла – болезнь средней тяжести; 5 баллов – значительно болен; 6 баллов – тяжело болен; 7 баллов – очень тяжело болен) и динамику состояния в ходе терапии (1 балл – очень большое улучшение; 2 балла – большое улучшение; 3 балла – небольшое улучшение; 4 балла – изменений нет; 5 баллов – небольшое ухудшение; 6 баллов – большое ухудшение; 7 баллов – очень большое ухудшение) [12]; шкалу общего впечатления пациента (PGI) – 7-балльная шкала самооценки динамики состояния (оценка в баллах соответствует таковой по CGI, часть 2); шкалу оценки вегетативных расстройств (сумма баллов  $>15$  – наличие вегетативных расстройств) [13]; 10-балльную визуальную аналоговую шкалу головной боли (ВАШ ГБ); анкету нарушений сна (сумма баллов  $>22$  – отсутствие нарушений сна, от 22 до 18 – легкие нарушения сна;  $<18$  – выраженные нарушения сна) [14]; анкету дневной сонливости Epworth; опросник качества жизни (КЖ), состоящий из 8 ВАШ, в каждой из которых оценивали влияние заболевания на различные аспекты КЖ, при этом 100% соответствовало максимально негативному влиянию на КЖ; 10-балльную ВАШ самочувствия (ВАШ С); шкалу де-

прессии Бека; шкалу личностной (ЛТ) и реактивной (РТ) тревоги Спилбергера; определение уровня внимания по шкале Мюнстерберга (подсчет скорости деятельности и количества сделанных ошибок); шкалу жизненных событий Холмса и Рея; оценку побочных эффектов – по 10-балльной ВАШ (ВАШ ПЭ). Оценку клинической эффективности адепресса проводили по CGI, часть 2 и PGI. Если пациенты набирали от 1 до 3 баллов, результат лечения расценивали как положительный, 1 балл – как очень большое улучшение, 2 балла – большое улучшение, 3 балла – небольшое улучшение.

29 пациентов закончили 8-недельный курс терапии и полное исследование. Один пациент выбыл на 2-й неделе исследования в связи с изменением жизненных обстоятельств. 19 (65,5%) пациентов сразу получали дозу адепресса 20 мг/сут, остальные начинали прием препарата с 10 мг, через 1 нед дозу повышали до 20 мг/сут. Повышения дозы >20 мг не понадобилось ни одному пациенту. Препарат назначали однократно в утренние часы.

**Результаты исследования.** У 48% пациентов наблюдались сопутствующие заболевания: хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, у 10% – хронические дерматологические заболевания, у 17% – аллергия, у 10% – избыточная масса тела. Все хронические заболевания на момент обследования были вне обострения.

В клинической картине доминировали выраженные перманентные вегетативные и смешанные тревожно-депрессивные расстройства легкой или умеренной степени тяжести. В рамках основного диагноза были выделены дополнительные клинические синдромы: у 83% пациентов – нарушения сна, у 58,6% – астенические расстройства. Кроме того, у 55% больных сопутствующим диагнозом была головная боль напряжения, которая у 6 больных сочеталась с эпизодической мигренью без ауры.

Все пациенты ранее получали фито-, физио-, витаминотерапию, ноотропные и сосудистые препараты с кратковременным и крайне незначительным эффектом. Только 2 пациентам до начала исследования назначали антидепрессанты, однако без эффекта. При этом доза препарата была недостаточна, а курс лечения неадекватно коротким. За 2 нед до начала исследования пациенты не получали никаких психотропных препаратов.

Показатели по ВАШ С составили в среднем  $6,4 \pm 1,6$  балла, по ВАШ ГБ –  $5,2 \pm 2,7$  балла, по шкале вегетативных расстройств –  $43,6 \pm 13$  балла. Из 83% пациентов, которые предъявляли жалобы на нарушения сна, у 45% (по данным анкеты нарушений сна) они были значительно выражены (<18 баллов), у 38% наблюдались легкие расстройства сна (от 22 до 18 баллов). Только у 17% пациентов нарушений сна не было. В структуре нарушений сна преобладали плохое его качество, неудовлетворенность сном при пробуждении,

а также затрудненное засыпание. Средний показатель по анкете нарушений сна составил  $18,6 \pm 3,5$  балла. Нарушения сна сочетались с жалобами на дневную сонливость – средний балл по шкале дневной сонливости составил  $6,6 \pm 3,1$ . В основном сонливость проявлялась в транспорте и в ситуациях, не требующих физической активности (на собрании, у телевизора, при чтении).

Уровень депрессии по шкале Бека был равен в среднем по группе  $18,4 \pm 6$  баллов. При этом только у 6,9% пациентов депрессии не было, у 44,8% наблюдалась легкая или умеренная степень депрессии (от 10 до 19 баллов), у 48,3% – умеренная (от 20 до 29 баллов). Суицидальных мыслей или намерений ни в период осмотра, ни в анамнезе не выявлено ни у одного пациента.

По тесту Спилбергера уровень ЛТ у 65,5% пациентов был высоким, у 34,5% – средним. Средний балл ЛТ составил  $51,4 \pm 9,7$ . РТ у 44,8% пациентов была высокой, у 55,2% – средней выраженности. Средний балл РТ –  $45,6 \pm 7,7$ . Пациентов с низким уровнем как ЛТ, так и РТ среди наших пациентов не наблюдалось.

Проведенное обследование по шкале Холмса и Рея позволило выявить у половины больных высокий уровень стрессорной нагрузки, испытанной за последние полгода. Разброс показателей по данной шкале был очень велик, средний балл составил  $193 \pm 105$  (суммарный балл – от 150 до 199 интерпретируется как небольшой уровень стрессового воздействия, при котором вероятность психосоматического или невротического расстройства составляет 30%; сумма баллов от 200 до 299 оценивается как средний уровень с вероятностью заболевания 50%; сумма баллов >300 считается высоким уровнем стрессорной нагрузки, при котором возможность заболевания составляет >80%). Среди наших пациентов только 14% имели крайне высокий уровень стрессорной нагрузки за последние полгода, 31% – средний и 55% – небольшой.

КЖ пациентов, по их самооценке, было снижено в среднем на  $50,6 \pm 15\%$ . Это проявлялось ограничением полноценной физической активности, снижением социальных контактов, пониженной самооценкой, неудовлетворенностью текущей жизненной ситуацией и своим будущим, а также плохим эмоциональным состоянием.

Побочные эффекты лечения наблюдались только в первые 2 нед терапии у 9 (30%) пациентов. У них зафиксированы избыточная сонливость, затруднение засыпания, снижение АД с компенсаторной тахикардией, интенсивность которых по шкале ВАШ ПЭ не превышала 3 баллов. Они не требовали ни коррекции дозы, ни отмены препарата, так как проходили самостоятельно. При побочном эффекте в виде повышения дневной сонливости прием препарата переносили на вечернее время.

В табл. 1 представлена динамика клинического впечатления врача (CGI – тяжесть заболевания) в ходе терапии. Из табл. 1 видно статистически достоверное снижение тяжести заболевания, что отмечалось врачом как после 2 нед терапии, так с более высокой достоверностью после 8 нед лечения.

Оценка динамики состояния врачом и пациентом как через 2 нед, так и через 8 нед терапии практически

Таблица 1. Клиническое впечатление врача (CGI – тяжесть заболевания) в ходе терапии адепрессом

Клиническое впечатление врача	Балл	p
До терапии	$4,0 \pm 0,4$	
Через 2 нед терапии	$3,8 \pm 0,6$	<0,05*
Через 8 нед терапии	$3,0 \pm 0,7$	<0,000001*

**Примечание.** \* – сравнение с оценкой до терапии.

Таблица 2. Динамика психометрических показателей в процессе терапии адепрессом

Показатель	До лечения	Через 2 нед лечения	Через 8 нед лечения
ВАШ С	6,4±1,6	5,0±1,5*	3,2±1,7*
ВАШ ГБ	5,2±2,7	3,1±2,2*	1,39±0,99*
Снижение КЖ, %	50,6±15	Не проводилось	37,7±13*
Вегетативные нарушения, баллы	44,27±11,7	Не проводилось	35,03±11,7*
Нарушения сна, баллы	18,6±3,5	19,4±3,3**	20,5±2,8*
Дневная сонливость, баллы	6,5±3,1	5,5±3,5**	3,7±2,3*
Шкала Бека	18,37±6,0	15,9±6,6*	13,3±5,9*
Тест Спилберга:			
ЛТ	51,4±9,6	49,7±9,3**	47,2±9,3*
РТ	45,6±7	43,4±7**	39,8±6,2*
Тест Мюнстенберга:			
скорость деятельности, с	107,1±32,3	105,2±32,8	99,1±29**
количество ошибок	3,6±2,2	3,5±2,7**	1,89±2*

Примечание. \* –  $p < 0,01$ ; \*\* –  $p < 0,05$  (по сравнению с исходными данными).

совпадала. Через 2 нед врач оценил изменение состояния в среднем на 3,2±0,5 балла (данные CGI – динамика состояния), а пациенты – на 3,1±0,48 балла (данные PGI). По оценке врача, через 2 нед положительный эффект лечения наблюдался у 21 (72%) пациента, при этом у 8 больных состояние, по мнению врача, не изменилось. Положительный эффект лечения отметили 24 (83%) пациента, у остальных состояние не изменилось. Через 8 нед лечения положительный эффект установлен у всех пациентов как по мнению врача, так и по оценке пациентов. Оценка врача в среднем составила 2,5±0,5 балла, оценка пациента – 2,4 ±0,6 балла.

В табл. 2 представлена динамика показателей психометрического тестирования через 2 и 8 нед терапии адепрессом.

Как видно из табл. 2, после 8 нед лечения адепрессом уменьшились интенсивность головных болей, уровень депрессии, РТ и ЛТ, нарушения сна, дневная сонливость, вегетативные расстройства, количество ошибок в тесте на внимание. Улучшилось самочувствие по шкале ВАШ С, повысилось КЖ, увеличилась динамика деятельности. Следует обратить внимание, что достоверная положительная динамика отмечалась уже после первых 2 нед терапии и нарастала к концу 8-й недели.

Если до лечения 6,9% пациентов не имели депрессии, у 44,8% она была легкой, а у 48,3% – умеренной степени, то через 2 нед лечения эти показатели значительно изменились – 24,1; 41,4 и 34,5% соответственно, т. е. вырос процент пациентов без депрессии и снизился процент пациентов с умеренной степенью депрессии. Через 8 нед терапии количество пациентов без депрессии осталось прежним (24,1%), при этом достоверно больше стало пациентов с легкой степенью депрессии (65,6%) и меньше – с умеренной ее степенью (10,3%).

До лечения низкий уровень тревоги (<30 баллов по шкале РТ) не наблюдали ни у одного пациента. Средняя

степень тревоги (от 31 до 45 баллов) обнаружена у 55,2% и высокая (>46 баллов) у 44,8% пациентов. Через 2 нед терапии возросла доля больных со средней степенью тревоги – до 65,5% и снизилась с высокой степенью тревоги – до 34,4%. Через 8 нед терапии закономерность снижения доли больных с выраженными тревожными расстройствами проявилась еще ярче – только у 2 больных РТ продолжала оставаться высокой, а у подавляющего большинства (89,6%) пациентов наблюдался средний ее уровень.

Выявлены значимые корреляции ( $p < 0,05$ ) между снижением КЖ и уровнем депрессии ( $r=0,78$ ), вегетативными нарушениями ( $r=0,66$ ), врачебной оценкой тяжести заболевания ( $r=0,46$ ). Кроме того, определена достоверная корреляция между степенью вегетативных нарушений и уровнем депрессии ( $r=0,65$ ). Выявленные корреляции, на наш взгляд, выделяют основные клинические синдромы (депрессивные и вегетативные расстройства), которые оказывают наиболее значимое влияние на снижение КЖ и определение тяжести заболевания врачом.

**Заключение.** Антидепрессант адепресс высокоэффективен и хорошо переносится больными с ПВС и тревожно-депрессивными расстройствами легкой и умеренной степени тяжести. Он оказывает антидепрессивное, анксиолитическое, вегетостабилизирующее действие, нормализует цикл сон–бодрствование, уменьшает интенсивность головной боли напряжения. Через 8 нед лечения положительный эффект отмечен у всех пациентов. Данные нашего исследования согласуются с результатами других авторов [8–11], и, кроме того, показано, что адепресс можно назначать амбулаторным больным неврологического профиля в дозе 20 мг/сут. Терапию адепрессом, как и другими антидепрессантами, следует продолжать не менее полугода.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вегетативные расстройства. Под. ред. А.М. Вейна. М.: МИА, 2003;752 с.
2. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Воробьева О.В. и др. Неврология для врачей общей практи-
- ки. М.: Эйдос Медиа, 2001;504 с.
3. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев и др.

Депрессия в неврологической практике. М.: МИА, 2007;208 с.

4. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб., 1995;568 с.

5. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокардиология. М.: МИА, 2005; 784 с.

6. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: МИА, 2003;425 с.

7. Kanner A.M. Depression in neurological disorders. The Lundbeck Institute. 2005;161 p.

8. Dunner D., Kummar R. Paroxetine. A review of Clinical experience. Pharmacopsychiatr 1998;31:81–101.

9. Чахава К.О., Аведисова А.С. Открытое

сравнительное исследование терапевтической эквивалентности препарата адепресс (пароксетин) и паксил (пароксетин) при терапии больных депрессивными расстройствами. Cons Med Психиатр и психофармакол 2009;11(1):30–3.

10. Хасанова Д.Р., Житкова Ю.В., Сафиулина А.А. и др. Эффективность препарата адепресс (пароксетин) в лечении депрессии у пациентов с хронической ишемией головного мозга и в позднем восстановительном периоде ишемического инсульта с учетом уровня скорости пассивного трансмембранного ионотранспорта. Неврол и психиатр 2012;3(2):27–30.

11. Чахава В.О., Будтуева Ф.С., Борукаев Р.Р. Эффективность препарата

адепресс (пароксетин) при генерализованном тревожном расстройстве. Журн неврол и психиатр 2010;110(8):25–9.

12. National Institute of Mental Health: 12-CGI. Clinical Global Impression. W.Guyo (Ed.) ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rev. Ed. Rockville, Maryland 1976;217–22.

13. Соловьева А.Д., Данилов А.Б., Хаспекова Н.Б. Методы исследования вегетативной нервной системы. В кн.: Вегетативные расстройства. М.: МИА, 2000;44–86.

14. Левин Я.И., Ковров Г.В., Полуэктов М.Г. и др. Инсомния: современные диагностические и лечебные подходы. Под ред. Я.И. Левина. М.: МЕДПРАКТИКА, 2005;115 с.

**И.А. Зайцева**

*ООО Лечебно-диагностический центр «Док.Клиник», Москва*

## Влияние комплекса силовых упражнений на качество жизни при боли в пояснично-крестцовой области

*Цель исследования — разработка и обоснование алгоритма комплекса силовых упражнений для пациентов с болью в поясничном отделе.*

*Пациенты и методы.* Обследовано 79 больных 20–45 лет, которые были разделены на две группы. Пациенты 1-й группы получали восстановительное лечение (индивидуальный комплекс силовых упражнений), а пациенты 2-й группы — стандартное лечение (ЛФК, физио- и фармакотерапия).

*Результаты и их обсуждение.* Продемонстрировано достоверное снижение болевого синдрома в 1-й группе уже после 1-го сеанса терапии, тогда как во 2-й группе болевой синдром регрессировал после 5-го сеанса. Также установлено, что после 12 сеансов индивидуального комплекса силовых упражнений статистически значимо уменьшился болевой синдром ( $p < 0,05$ ).

*Выводы.* Разработанная методика восстановительного лечения с использованием индивидуального комплекса силовых упражнений у пациентов с болью в поясничном отделе позвоночника позволила повысить эффективность лечения и значительно улучшить качество жизни.

**Ключевые слова:** боль в поясничном отделе, комплекс силовых упражнений.

**Контакты:** Ирина Александровна Зайцева [nevrolog-510@mail.ru](mailto:nevrolog-510@mail.ru)

### *Influence of a complex of muscle-strengthening exercises on quality of life in lumbosacral pain*

**I.A. Zaitseva**

*ООО Dok.Klinik Treatment-and-Diagnostic Center, Moscow*

**Objective:** to elaborate and substantiate an algorithm of a complex of muscle-strengthening exercises for patients with lumbago.

**Patients and methods.** Seventy-nine patients aged 20–45 years were examined and divided into 2 groups: 1) those who received rehabilitation treatment (an individual complex of muscle-strengthening exercises) and 2) those who had standard treatment (exercise therapy, physiotherapy, and pharmacotherapy).

**Results and discussion.** A significant reduction in pain syndrome was demonstrated in Group 1 just after their first therapy session whereas in Group 2, it regressed after session 5. After 12 sessions of the individual complex of muscle-strengthening exercises, the pain syndrome was also ascertained to be diminished statistically significantly ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion.** The developed procedure of rehabilitation treatment using the individual complex of muscle-strengthening exercises in patients with pain in the lumbar spine could enhance therapeutic efficiency and considerably improve the quality of life.

**Key words:** lumbar pain, complex of muscle-strengthening exercises.

**Contact:** Irina Aleksandrovna Zaitseva [nevrolog-510@mail.ru](mailto:nevrolog-510@mail.ru)

Боль в пояснично-крестцовой области — частая жалоба, вынуждающая пациентов обращаться к врачу. Она встречается в одинаковом числе случаев как у мужчин, так и у женщин.

Боль в пояснично-крестцовой области у большинства пациентов имеет мышечное происхождение и является одной из наиболее частых причин временной утраты трудоспособности [1].