

*На правах рукописи*

**Шестакова Раиса Андреевна**

**Ипохондрические расстройства в позднем возрасте.  
Клиника и лечение**

14.01.06 – Психиатрия

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Москва – 2021

Работа выполнена в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

**Научный руководитель:**

член-корреспондент РАН

доктор медицинских наук, профессор

**Кинкулькина Марина Аркадьевна**

**Официальные оппоненты:**

**Волель Беатриса Альбертовна** – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), г. Москва, кафедра психиатрии и психосоматики, профессор кафедры, директор Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского

**Самушия Марина Антиповна** – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования "Центральная государственная медицинская академия" Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва, кафедра психиатрии, заведующая кафедрой, проректор по научной работе

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья».

Защита диссертации состоится «16» декабря 2021 г. в 10:00 часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.12 при ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, г.Москва, ул. Трубецкая, д.8, стр.2.

С диссертацией можно ознакомиться в ЦНМБ ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (119034, г.Москва, Зубовский бульвар, д.37/1) и на сайте организации: <https://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан «    » \_\_\_\_\_ 2021 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета ДСУ 208.001.12

доктор медицинских наук, профессор



Зиновьева Ольга Евгеньевна

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

### **Актуальность темы и степень ее разработанности**

Исследование ипохондрических расстройств небредового уровня актуально для психиатров и врачей иных специальностей. Высокий разброс показателей распространенности от 4,5 до 20% в популяции [Васильев В.В. с соавт., 2019; Серебрякова Е.В., 2007] свидетельствует о незавершенности изучения проблемы, является свидетельством теоретических разногласий по вопросам определения состояния, соотношения симптомов ипохондрического спектра с другими синдромальными единицами и разграничения ипохондрической симптоматики от доклинических проявлений соматических заболеваний.

Одним из существенных вопросов остается проблема классификации ипохондрических расстройств. С начала XX века клиницисты активно развивают подходы к изучению ипохондрии, но нозологическая трактовка расстройства остается неоднозначной до сегодняшнего дня [Смулевич А.Б. с соавт., 2017]. Актуальными остаются и определение состояния как образования, выступающего в роли содержательного психопатологического феномена (вторичного по отношению к основному состоянию) [Bornstein R.F. et al., 2008; Hiller W. et al., 2002; Авдеева Т.И., 2005], и определение ипохондрии как самостоятельного (первичного) психопатологического образования [Starcevic V. et al., 2001].

Несмотря на отмеченный рост ипохондрической настроенности с увеличением возраста пациентов, лишь незначительная часть исследователей уделяет внимание возрастным особенностям ипохондрического синдрома [Винникова И.Н. с соавт., 2017; Dehoust M.C. et al., 2017]. Среди биологических и социальных факторов, способствующих развитию ипохондрического синдрома в позднем возрасте, можно выделить рост числа хронических соматических заболеваний и, соответственно, проявлений соматически спровоцированной ипохондрии [Оганов Р.Г. с соавт., 2005], рост органических заболеваний головного мозга (дегенеративных заболеваний, сосудистых нарушений), которые заметно пролонгируют и «заостряют» ипохондрические реакции [Fujishiro H. et

al., 2016], рост депрессий [Гончарова Е.М. с соавт., 2012; Иванец Н.Н. с соавт., 2013; Сафарова Т.П., 2020], формирующих депрессивно-ипохондрический синдром, особенности гормональных возрастных изменений [Лукьянова Е.В. с соавт., 2013], а также многообразие биосоциальных факторов старения, изменяющих устоявшийся уклад жизни индивида [Краснова О.В. с соавт., 2003].

Проблема психофармакотерапии ипохондрических расстройств до настоящего времени также остается актуальной. Терапия небредовых ипохондрических расстройств представляется сложной задачей, как в плане выбора методики лечения, так и набора используемых психотропных средств [Волгина Т.А. с соавт., 2011, Stuart S. et al., 2005]. Психофармакотерапия пациентов с ипохондрическими расстройствами позднего возраста особенно затруднительна, так как осложняется повышенным риском возникновения побочных эффектов, в том числе вследствие полипрагмазии в связи с отягощенностью состояния хроническими соматическими заболеваниями. На сегодняшний день нет достоверных критериев, позволяющих определить, кто из пожилых больных нуждается в более осторожных режимах дозирования психотропных препаратов, а какие пациенты будут хорошо переносить стандартные дозировки лекарственных средств. Это приводит к осторожности при применении лекарственных препаратов и необоснованному ограничению их комбинирования из-за стремления не столько добиться купирования симптомов ипохондрического состояния, сколько избежать нежелательных лекарственных явлений при применении психофармакотерапии [Антонова А.А. с соавт., 2016].

### **Цель исследования**

Изучить клинико-психопатологические особенности небредовых ипохондрических расстройств у больных позднего возраста (старше 50 лет) и разработать на этой основе эффективную терапевтическую программу для лечения данной группы пациентов.

### **Задачи исследования**

1. Изучить клинико-психопатологические особенности небредовых ипохондрических расстройств у пациентов позднего возраста.

2. Оценить наличие других психопатологических проявлений у пациентов старше 50 лет с ипохондрическим синдромом. Оценить роль тревожных и/или гипотимических проявлений в рамках рассматриваемого синдрома.

3. Выделить клинические варианты небредового ипохондрического синдрома в позднем возрасте.

4. Провести анализ применяемых психофармакотерапевтических подходов и на этой основе разработать эффективную программу для лечения пациентов с небредовыми ипохондрическими расстройствами позднего возраста.

### **Научная новизна исследования**

В исследовании впервые на достаточном клиническом материале проведена оценка проявлений ипохондрических расстройств среди пациентов позднего возраста (старше 50 лет) и описаны наиболее распространенные варианты ипохондрической фиксации. На основе клинико-психопатологического обследования и психометрической оценки выделены клинические группы ипохондрического расстройства в зависимости от выраженности тимопатического (гипотимического и/или тревожного) компонента: ипохондрические расстройства без тимопатического компонента, гипотимические ипохондрические расстройства, тревожные ипохондрические расстройства, смешанные (гипотимические и тревожные) ипохондрические расстройства.

В ходе работы изучены эффективность и переносимость комплексной психофармакотерапии ипохондрических расстройств у пациентов позднего возраста и показано, что для улучшения диагностики и своевременного подбора эффективной терапии необходимо учитывать выраженность и соотношение гипотимического и тревожного компонентов, сопровождающих основное ипохондрическое проявление.

### **Теоретическая и практическая значимость исследования**

Значимость исследования определяется впервые выполненным выделением клинико-психопатологических вариантов ипохондрического расстройства у лиц позднего возраста, что позволит улучшить клиническую

оценку ипохондрических состояний и будет способствовать более точной диагностике. По результатам проведенного анализа психофармакотерапии в выделенных группах определены наиболее эффективные и безопасные подходы к терапии. Применение рекомендованных схем в практике позволит оптимизировать лечение небредовых ипохондрических расстройств у пациентов позднего возраста: повысить эффективность, уменьшить число нежелательных лекарственных явлений и сократить сроки подбора терапии.

### **Методология и методы исследования**

Изученная выборка сформирована из числа стационарных больных женского пола старше 50 лет, поступивших на лечение в клинику психиатрии им. С.С. Корсакова, в клинической картине которых ведущим являлся ипохондрический синдром. В исследование не включались пациенты с бредовыми формами ипохондрических расстройств, пациенты с органическими деменциями умеренной и тяжелой степени, пациенты с психотическими формами шизофрении, пациенты с острыми галлюцинаторно-бредовыми психозами, пациенты с ипохондрическими расстройствами в сочетании с острой соматической патологией или обострением хронической соматической патологии, пациенты, страдающие алкоголизмом, наркоманией и/или токсикоманией.

В основу работы положен традиционный клинико-психопатологический метод, дополненный для объективизации полученных данных психометрическими методиками. При оценке тимопатического компонента использовались: шкала Монгмери-Асберга (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; MADRS), шкала оценки поздних депрессий (Авдеева Т.И., 2013), шкала Гамильтона (Hamilton Anxiety Rating Scale; HARS), шкала тревоги Шихана (Sheehan Clinical Anxiety Rating Scale; ShARS). Для оценки динамики основного ипохондрического проявления была использована Шкала оценки ипохондрии (Гончарова Е.М., 2013). Оценка побочных эффектов психофармакотерапии проводилась при помощи Шкалы нежелательных явлений лекарственной терапии (Udvald for Kliniske Undersogelser Scale; UKU). В ходе исследования проведено сравнение частоты и выраженности побочных эффектов при использовании

антидепрессантов из группы трициклических антидепрессантов (ТЦА) и антидепрессантов групп селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСиН) в минимальных и средних терапевтических дозировках. Сравнение выраженности побочных эффектов антипсихотических препаратов проведено путем сравнения дозировок ХПЭ типичных и атипичных антипсихотиков.

В течение стационарного лечения, начиная с момента госпитализации, пациенты еженедельно до 12 недель (или ранее – до момента выписки, но не менее 8 недель) проходили психометрическую оценку гипотимического, тревожного и ипохондрического компонентов. Критерии улучшения состояния – снижение ипохондрических проявлений при психометрической оценке на 30 и 50%, состояние ремиссии – снижение ипохондрических проявлений на 80%.

Статистическая обработка полученных в ходе исследования результатов проводилась с помощью программ Microsoft Excel (2019) , Statistica 13 (2016).

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Небредовые ипохондрические расстройства позднего возраста – это гетерогенная группа состояний, ипохондрический компонент которых представлен фиксацией пациента на астенических, соматовегетативных, соматопсихических жалобах, а также страхом развития или уверенностью в наличии соматического неблагополучия.

2. Психопатологическая симптоматика небредовых ипохондрических расстройств в преимущественном большинстве случаев сочетается с гипотимическими и/или тревожными проявлениями.

3. Ипохондрия и гипотимия является самым распространенным феноменологическим сочетанием. Выраженные ипохондрические проявления могут «маскировать» гипотимические проявления, которые выступают на первый план по мере редукции ипохондрической симптоматики.

4. На основании выраженности тревожного и гипотимического компонентов выделены следующие клинические группы ипохондрических

расстройств: ипохондрическое расстройство без тимопатического компонента, гипотимическое ипохондрическое расстройство, тревожное ипохондрическое расстройство, смешанное (тревожно-гипотимическое) ипохондрическое расстройство.

5. Анализ психофармакотерапевтического воздействия при лечении ипохондрических расстройств у пациентов позднего возраста показывает необходимость дифференцированного назначения психофармакологических препаратов в зависимости от наличия и выраженности тимопатического (гипотимического и/или тревожного) компонента.

### **Степень достоверности и апробация результатов**

Высокая степень достоверности результатов работы обеспечивается достаточным объемом выборки включенных в исследование больных, использованием адекватных методов исследования, применением современных методик статистической обработки данных.

Основные результаты исследования были доложены на научно-практической конференции «Современные технологии лечения основных психических заболеваний» (24.04.2019, Москва), ежегодных Саммитах молодых ученых и инженеров «Большие вызовы для общества, государства и науки» (28.10.2019 - 03.11.2019, 26.04.2021 - 30.04.2021, Сочи), Международном медицинском Форуме «Вузовская наука. Инновации» (08.02.2021 - 09.02.2021, Москва), XVII съезде психиатров России (15.05.2021 - 18.05.2021, Санкт-Петербург).

Апробация диссертационной работы состоялась «20» мая 2021 г. на заседании кафедры психиатрии и наркологии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

### **Личный вклад автора**

Автору принадлежит ведущая роль в выборе направления исследования, анализе и обобщении полученных результатов. Автором лично проведен мониторинг основных параметров, аналитическая и статистическая обработка,

научное обоснование и обобщение полученных результатов. Вклад автора является определяющим и заключается в непосредственном участии на всех этапах исследования: от постановки задач до обсуждения результатов и их внедрения в клиническую практику.

### **Внедрение результатов исследования**

Результаты исследования внедрены в лечебную работу клиники психиатрии им. С. С. Корсакова УКБ №3 и в учебный процесс кафедры психиатрии и наркологии Института клинической медицины имени Н. В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Данная диссертационная работа соответствует паспорту специальности 14.01.06 – Психиатрия (медицинские науки).

### **Публикации результатов работы**

По результатам исследования автором опубликовано 6 работ, в том числе 3 статьи в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук (из них 2 статьи в научном издании, индексируемом Scopus и Web of Science), 3 публикации в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций (из них 1 в материалах зарубежных конференций).

### **Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена на 170 страницах, состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, двух глав по результатам собственного исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованных сокращений, списка литературы и приложения. Список литературы включает 193 источника (из них отечественных - 112, зарубежных - 81). Основной текст диссертационной работы содержит 24 таблицы и 24 рисунка.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Изученную выборку составили 108 больных. Минимальный возраст пациентов составлял 50 лет, максимальный – 84 года, при этом среднее значение показателя «возраст» и среднеквадратичное отклонение составили  $61,3 \pm 8,45$  года.

Согласно диагностическим критериям Международной классификации болезней 10-ого пересмотра (МКБ-10), выявленные психические расстройства рассматривались в рамках следующих блоков: органические, включая симптоматические, психические расстройства (F0) – n=8 (7,4%); шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F2) – n=12 (11,1%); расстройства настроения (F3) – n=55 (50,9%); невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4) – n=33 (30,6%), что говорит о неоднородности нозологической оценки состояния при использовании шифров и критериев МКБ – 10 в клинической практике.

Социально-демографические параметры пациентов, включенных в исследование, представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Социально-демографические параметры пациентов, включенных в исследование

Показатели	абс.	%
Наследственность		
Наследственность отягощена соматически	30	27,78
Наследственность отягощена психически	24	22,22
Семейное положение		
Состоит в браке	48	44,44
Не состоит в браке	60	55,55
Образование		
Начальное	3	2,78
Среднее (среднее специальное)	61	56,48
Высшее	44	40,74
Трудовая занятость		
Работает	19	17,59
Не работает	17	15,74

Инвалидность по психическому заболеванию	12	11,11
Инвалидность по соматическому заболеванию	5	4,63
Пенсия по возрасту	55	50,93
Соматические заболевания		
Не выявлены	38	35,19
Хронические соматические заболевания	70	64,81

Длительность заболевания у пациентов при расчёте среднего значения и среднеквадратичного отклонения составила  $10,8 \pm 8,54$  года. При этом минимальная длительность заболевания составляла 1 год, максимальная длительность – 35 лет.

Хронические соматические заболевания выявлены у 64,81% исследуемых – Рисунок 1.

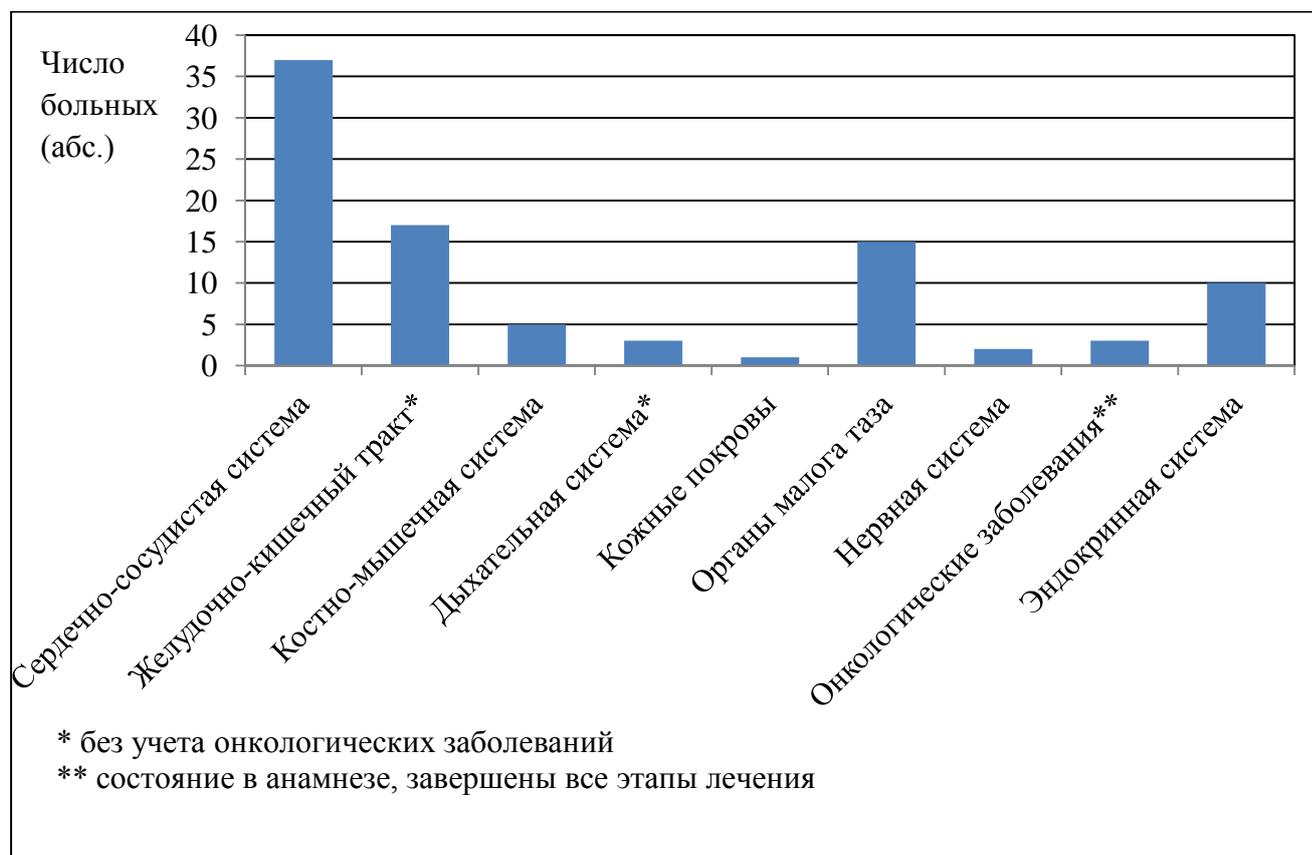


Рисунок 1 – Хронические соматические заболевания у пациентов с ипохондрическими расстройствами.

С целью выделения вариантов ипохондрической фиксации и оценки сопутствующих компонентов ипохондрического синдрома исследуемым было предложено предъявлять жалобы по градации от максимально значимой жалобы до минимально значимой. Подавляющее число пациентов предъявляло минимум 5 жалоб как в начале исследования, так и через 4 недели от начала лечения. Было установлено, что в процессе лечения убывает значимость астенических и соматовегетативных жалоб и увеличивается значимость жалоб на снижение настроения и тревогу.

Варианты ипохондрической фиксации и сопутствующие жалобы у пациентов позднего возраста, выявленные при клинико-психопатологическом обследовании, представлены на рисунке 2.



Рисунок 2 - Варианты ипохондрической фиксации и сопутствующие жалобы пациентов позднего возраста

В зависимости от выраженности гипотимического и тревожного компонентов, определенных при клинико-психопатологическом обследовании и подтвержденных при психометрической оценке, пациенты были распределены на следующие группы: группа 1 – исследуемые с ипохондрической симптоматикой без выраженного тимопатического компонента (n=18); группа 2 - исследуемые, ипохондрическая концепция которых сочеталась с высоким уровнем гипотимии (n=49); группа 3 - исследуемые, ипохондрическая концепция которых сочеталась с высоким уровнем тревоги (n= 22); группа 4 – исследуемые, ипохондрическая концепция которых сочеталась с высоким уровнем как тревоги, так и гипотимии – смешанное ипохондрическое состояние (n=19).

Значение по MADRS в группе ипохондрических расстройств без тимопатического компонента, а также в группе с тревожными ипохондрическими расстройствами составляло 6 [4;10] и 12 [10;14], что соответствовало отсутствию депрессии. В группе гипотимических ипохондрических расстройств и в группе смешанных ипохондрических расстройств на нулевой срок значения были 25 [22;26] и 22 [18;25] / ( $p < 0,05$ ). Таким образом, в группах с гипотимическим компонентом на начальном сроке депрессия соответствовала легкой или умеренной степени тяжести и значительно реже достигала тяжелой степени. Значение по HARS в группе ипохондрических расстройств без тимопатического компонента, а также в группе гипотимических ипохондрических расстройств значения были 7 [5,75;10] и 11 [10;11] на нулевой срок, что соответствовало отсутствию тревоги. В группе тревожных и смешанных ипохондрических расстройств на нулевой срок значения были 27 [24,75;28] и 20 [20;24] / ( $p < 0,05$ ), что соответствовало тревоге умеренной тяжести или тяжелой тревоге.

Показатели «возраст пациентов», «длительность заболевания до текущей госпитализации», «количество госпитализаций за последние три года», «длительность лечения в текущую госпитализацию» в выделенных по тимопатическому компоненту группах представлены на рисунке 3 (А - Г).

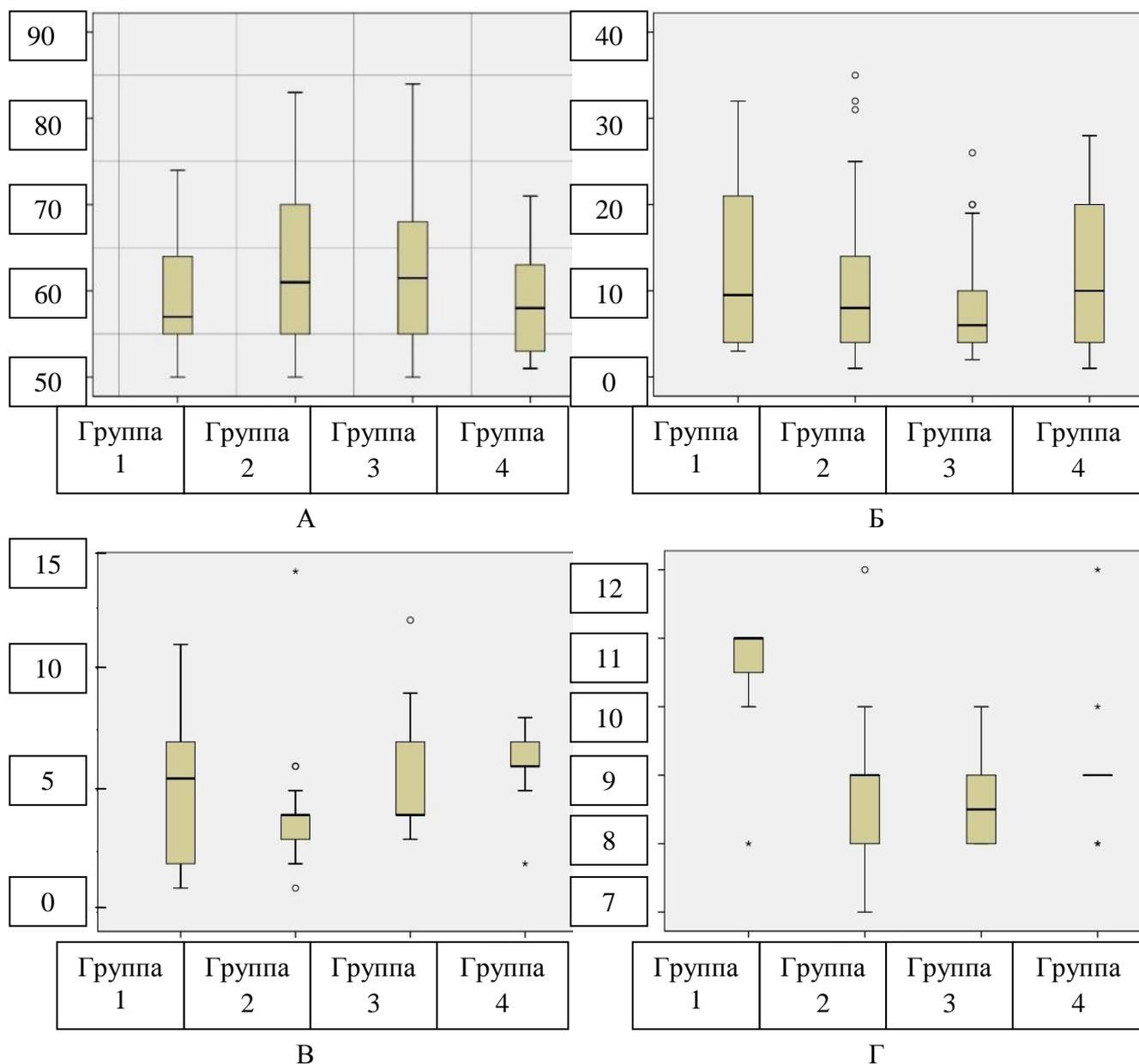


Рисунок 3. Показатели медианы и среднеквадратичного отклонения в 95% ДИ в выделенных по тимопатическому компоненту группах: А - возраст пациентов; Б - длительность заболевания до текущей госпитализации; В - количество госпитализаций за последние три года; Г - длительность лечения в текущую госпитализацию

Возрастное распределение пациентов в 4-х группах значимо не отличалось: в группе 1 средний возраст составил  $58,9 \pm 1,57$  лет, в группе 2 –  $62,6 \pm 1,28$ , в группе 3 –  $62,8 \pm 2,08$ , в группе 4 –  $58,8 \pm 1,41$ . Средняя длительность заболевания до текущей госпитализации в группе 1 составила -  $12,8 \pm 2,27$  лет, в

группе 2 -  $10,5 \pm 1,24$ , в группе 3 –  $8,7 \pm 1,42$ , в группе 4 –  $12,1 \pm 2,06$  и также не выявляла различий при сравнительном анализе между группами. Количество госпитализаций за последние три года составляло в группе 1 –  $5 \pm 0,7$ , в группе 2 -  $3 \pm 0,3$ , в группе 3 –  $5 \pm 0,5$ , в группе 4 –  $6 \pm 0,3$  госпитализации. Достоверная разница по данному показателю выявлена между группами 1 и 2 (AN 1,365;  $p \leq 0,05$ ), 2 и 3 (AN -1,461;  $p \leq 0,05$ ) и 2 и 4 (AN -2,248;  $p \leq 0,001$ ). Длительность лечения в текущую госпитализацию в группе 1 составила  $10,6 \pm 0,26$ , в группе 2 -  $8,6 \pm 0,13$ , в группе 3 -  $8,6 \pm 0,16$  недель соответственно, в группе 4 –  $9,1 \pm 0,25$  недель. Достоверная разница выявлена между всеми четырьмя группами при попарном сравнении с группой 1 (AN 1,955 / AN 2,021 / AN 1,440;  $p \leq 0,001$ ).

Улучшение состояния отмечено у всех пациентов, включенных в исследование. В группе 1 ремиссии достигли 12 пациентов из 18 (66,7%), в группе 2 – 43 из 49 (87,8%), в группе 3 – 16 из 22 (72,7%), в группе 4 – 14 из 19 (73,7%) – Таблица 4.

Таблица 4. Срок достижения ремиссии в выделенных по тимопатическому компоненту группах, % (\*  $p < 0,05$ )

Параметры \ Группа	N	Неделя достижения ремиссии						
		7	8 *	9 *	10 *	11	12	> 12 *
Группа 1	18	-	5,6	-	11,1	50,0	-	33,3
Группа 2	49	2,0	38,8	40,8	4,1	-	2,0	12,2
Группа 3	22	-	36,4	31,8	4,5	-	-	27,3
Группа 4	19	-	10,5	52,6	5,3	-	5,3	26,3

При проведении психофармакотерапии (ФТ) дозы лекарственных препаратов подбирались индивидуально и назначались с обязательным учетом соматического состояния пациента, наличия хронических заболеваний, индивидуальной переносимости лекарственных средств. Наиболее используемыми группами препаратов при лечении ипохондрических расстройств в позднем возрасте были антипсихотические препараты, антидепрессанты и анксиолитики (Таблица 5).

Таблица 5 – Психофармакотерапия ипохондрических состояний в позднем возрасте: частота применения отдельных групп препаратов

Группа препаратов	Число пациентов, получавших препарат (отн./абс.)
Антипсихотические препараты	97,2% / 105
Антидепрессанты	88,9% / 96
Анксиолитики	25% / 27
Нормотимики (стабилизаторы настроения)	7,4% / 8
Ноотропные препараты	4,6%/ 5

На рисунке 3 представлены данные по использованию групп антипсихотических препаратов и их сочетаний

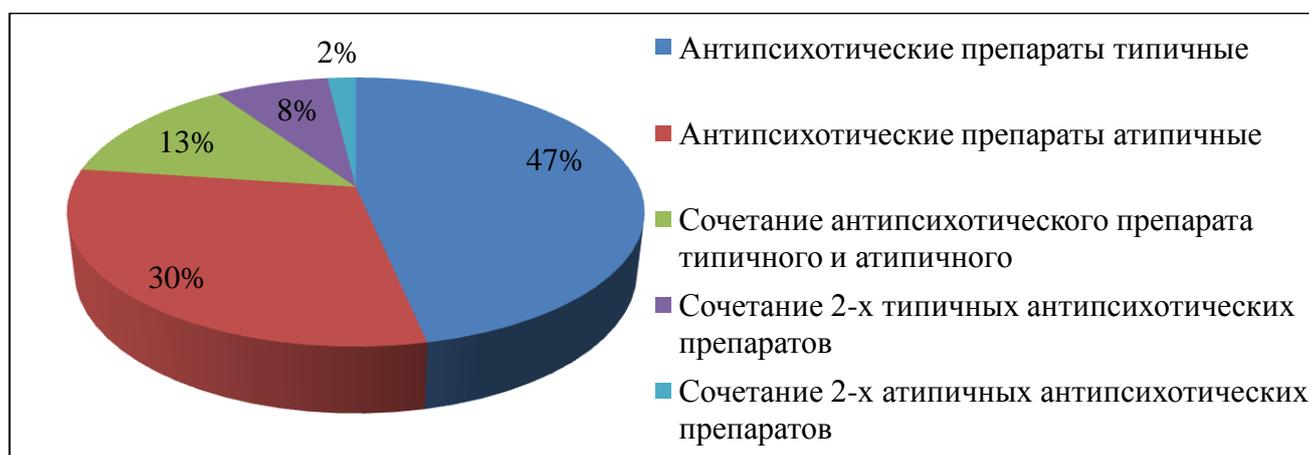


Рисунок 3 – Применение антипсихотических препаратов при лечении пациентов пожилого возраста с ипохондрическими расстройствами (n=105), %.

В точке улучшения состояния на 30%, определенной при психометрической оценке ипохондрического компонента, произведен расчет дозировки антипсихотического препарата в хлорпромазиновом эквиваленте (ХПЭ). В 42,8% случаев дозировка использованного антипсихотического препарата составляла до 50 единиц в ХПЭ, в 39,0% – от 51 до 150 единиц в ХПЭ, в 17,1% - от 150 до 300 единиц, в 2% - более 301 единицы в ХПЭ. Значения ХПЭ в выделенных по тимопатическому компоненту группах представлены в Таблице 6 ( $t\ 2.692 \div 2.873; p \leq 0,05$ ).

Таблица 6 – Значение ХПЭ в выделенных по тимопатическому компоненту группах

Группа	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4
Статистические параметры				
Число пациентов	18	46	22	19
Среднее	126.4306	74.3611	89.5568	87.6316
Стандартная ошибка среднего значения	16.98807	9.24500	17.51076	19.09643
Медиана	150.0000	60.0000	43.7500	50.0000
Среднеквадратическое отклонение	72.07430	62.01733	82.13273	83.23942
Минимум	30.00	13.50	15.00	15.00
Максимум	250.00	318.75	300.00	300.00

На рисунке 4 представлены данные по использованию групп антидепрессантов.

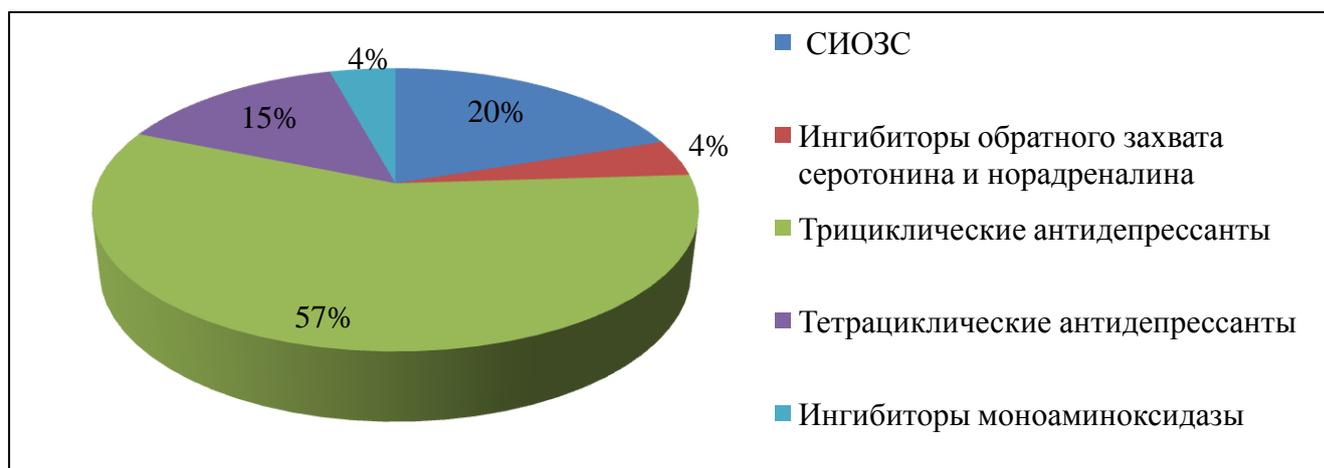


Рисунок 4 – Применение антидепрессантов с разным механизмом действия у пациентов пожилого возраста с ипохондрическими расстройствами (n=96), %

Был проведен анализ количества замен психофармакотерапии, срока подбора эффективной схемы лечения, количества групп препаратов и единиц препаратов. Результаты анализа параметров психофармакотерапии в выделенных группах по тимопатическому компоненту представлены в Таблице 7.

Таблица 7 – Статистические параметры психофармакотерапии в выделенных по тимопатическому компоненту группах

Параметры		N	Min	Max	Среднее	Станд. ошибка	Среднекв. откл.
Количество замен ФТ	Группа 1	18	3	5	3.89	.137	.583
	Группа 2	49	1	3	2.08	.100	.702
	Группа 3	22	1	4	2.36	.203	.953
	Группа 4	19	2	5	3.05	.143	.621
Срок подбора ФТ (недели)	Группа 1	18	6	7	6.33	.114	.485
	Группа 2	49	4	8	5.31	.110	.769
	Группа 3	22	4	5	4.55	.109	.510
	Группа 4	19	4	8	5.16	.257	1.119
Количество групп препаратов в схеме	Группа 1	18	1	3	1.78	.173	.732
	Группа 2	49	1	3	2.12	.075	.526
	Группа 3	22	1	4	2.64	.155	.727
	Группа 4	19	2	4	2.47	.140	.612
Количество единиц препаратов в схеме	Группа 1	18	1	4	2.22	.191	.808
	Группа 2	49	1	4	2.37	.104	.727
	Группа 3	22	1	4	2.91	.160	.750
	Группа 4	19	2	4	2.63	.137	.597

Количество замен фармакотерапии у пациентов в 4-х группах по среднему значению было различным: в группе 1 количество замен составило  $3,8 \pm 0,14$  раз, в группе 2 –  $2,1 \pm 0,10$ , в группе 3 –  $2,4 \pm 0,20$ , в группе 4 –  $3,1 \pm 0,14$ . Достоверная разница выявлена между группами 1 и 2, 3, 4 ( $AN 0,836$ ;  $p \leq 0,05$ ), между 2 и 4 ( $AN -0,971$ ;  $p \leq 0,001$ ), и между 3 и 4 ( $AN -0,689$ ;  $p \leq 0,05$ ). Показатель «срок подбора эффективной схемы фармакотерапии» был следующим: в группе 1 –  $6,3 \pm 0,11$  недели, в группе 2 –  $5,3 \pm 0,11$ , в группе 3 –  $4,6 \pm 0,11$ , в группе 4 –  $5,2 \pm 0,26$ . Достоверная разница выявлена при сравнении в парах между группами 1 и 2, 3, 4; между 2 и 3. Количество групп препаратов и количество препаратов в эффективной схеме фармакотерапии было следующим: в группе 1 –  $1,8 \pm 0,17$  групп препаратов и  $2,2 \pm 0,19$  единиц препаратов, в группе 2 –  $2,1 \pm 0,75$  и  $2,3 \pm 0,10$ , в группе 3 –  $2,6 \pm 0,16$  и  $2,9 \pm 0,16$ , в группе 4 –  $2,5 \pm 0,14$  и  $2,6 \pm 0,14$ . По показателю «количество групп препаратов в эффективной схеме» при сравнении в парах между группами 1 и 3, 4 выявлена достоверная разница: в группе 1

показатель ниже, чем в группах 3 и 4; также в группе 2 ниже, чем в группе 3. По показателю «количество единиц препаратов в эффективной схеме» при сравнении в парах между группами 1, 2 и 3 выявлена достоверная разница: в группах 1 и 2 показатель ниже.

Данные по сочетанию групп препаратов в эффективной схеме лечения в выделенных по тимопатическому компоненту группах представлены на рисунке 5.

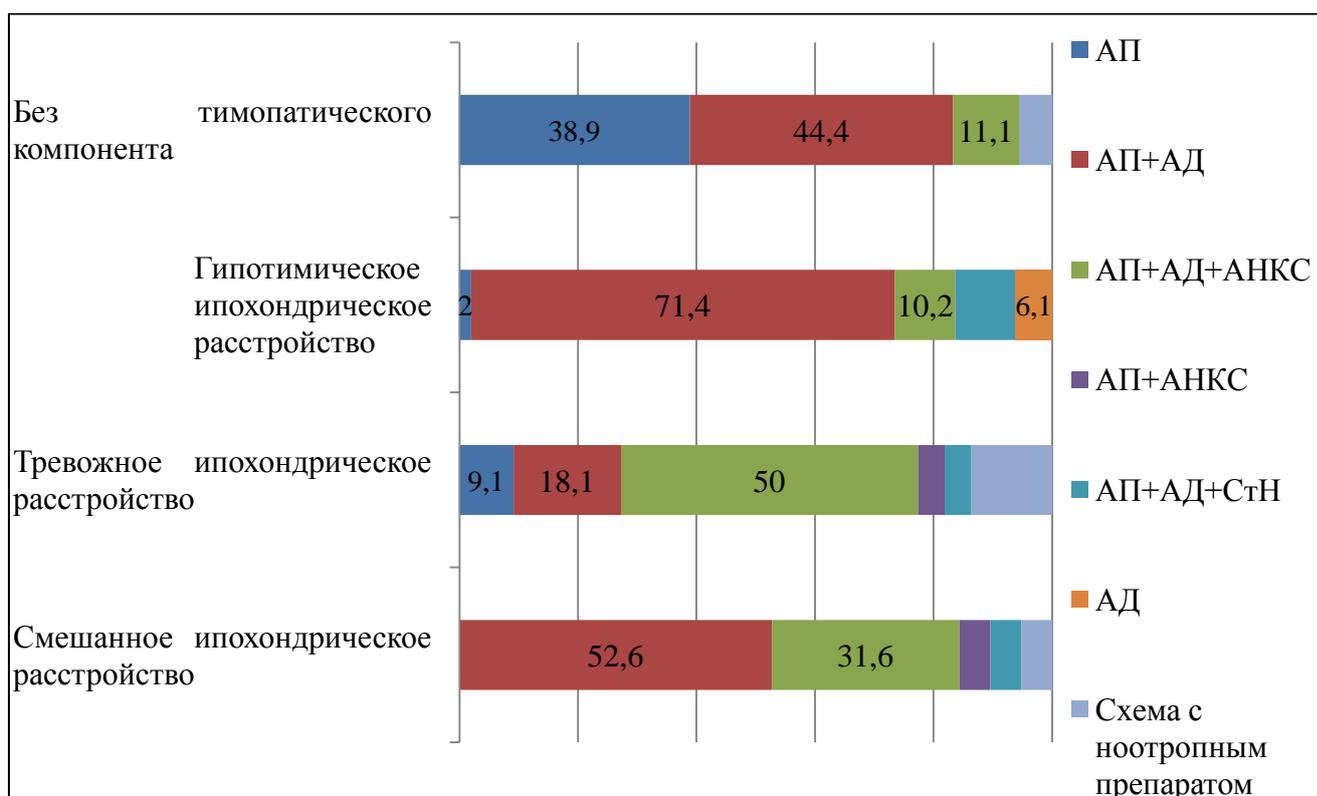


Рисунок 5 – Анализ эффективной схемы лечения в выделенных по тимопатическому компоненту группах, %

\*АП – антипсихотический препарат, АД – антидепрессант, АНКС – анксиолитик, СтН – стабилизатор настроения

Для лечения ипохондрического состояния без тимопатического компонента была эффективна монотерапия антипсихотическими препаратами в низких терапевтических дозировках (38,9%), а также сочетание антипсихотических препаратов с антидепрессантами (44,4%). Гипотимические ипохондрические расстройства купировались антидепрессантами

преимущественно СИОЗС и трициклической структуры в сочетании с типичными и атипичными антипсихотическими препаратами в низких терапевтических дозировках (71,4%), в то время как монотерапия антидепрессантами или сочетанием антидепрессантов разных механизмов действия была эффективна только в трех клинических случаях (6,1%). Ипохондрическое расстройство с выраженным тревожным компонентом достоверно чаще купировалось с применением в схеме лечения анксиолитических препаратов по сравнению с другими выделенными группами – по схеме «антипсихотический препарат + антидепрессант + анксиолитик» (50%), а также комбинацией антидепрессантов с антипсихотическими препаратами (18,1). Смешанное ипохондрическое расстройство купировалось сочетанием антидепрессантов с антипсихотическими препаратами (52,6%) или сочетанием антидепрессантов, антипсихотических препаратов и анксиолитиков (31,6%).

При оценке переносимости психофармакотерапии с использованием Шкалы нежелательных явлений лекарственной терапии (UKU), а также с учетом данных объективного наблюдения и результатов лабораторного контроля, частота возникновения и выраженность побочных эффектов при использовании ТЦА и СИОЗС/СИОЗСиН не выявили достоверных отличий. При оценке побочных эффектов антипсихотической терапии были выделены следующие диапазоны сравнения – микродозировки АП (до 50 единиц ХПЭ); минимальные дозировки (от 51 до 150 единиц ХПЭ); средние терапевтические дозировки (от 151 до 300 единиц ХПЭ). При применении микро и минимальных дозировок АП достоверных различий не выявлено. При применении средних терапевтических дозировок большая выраженность побочных эффектов была при применении типичных антипсихотических препаратов, в основном за счет выраженности акатизии и тремора.

## ВЫВОДЫ

1. Ипохондрическая фиксация у пациентов позднего возраста с небредовыми ипохондрическими расстройствами проявляется: фиксацией на астеническом состоянии, преимущественно – повышенной утомляемостью и слабости; фиксацией на соматовегетативных проявлениях, преимущественно по типу гиперчувствительности к нормальным телесным ощущениям; фиксацией на соматопсихическом компоненте с отдельными или множественными сенестопатиями; страхом развития или уверенностью в наличии соматического неблагополучия.

2. Психопатологическая симптоматика ипохондрических расстройств в преимущественном большинстве случаев определяется сочетанием ипохондрического компонента с гипотимическими и/или тревожными проявлениями. Выраженность и соотношение тревожного и гипотимического компонентов, определенная при клинико-психопатологическом обследовании и подтвержденная психометрической оценкой с использованием методик MADRS (шкала Монтгомери-Асберга для оценки депрессий) и HARS (шкала оценки тревоги Гамильтона) у пациентов с ипохондрическими расстройствами, позволяет выделить следующие клинические группы: ипохондрическое расстройство без тимопатического компонента, гипотимическое ипохондрическое расстройство, тревожное ипохондрическое расстройство, смешанное (тревожно-гипотимическое) ипохондрическое расстройство.

3. Выделенные клинические группы ипохондрических расстройств позднего возраста отличаются по клинико-динамическим и терапевтическим характеристикам: количество предшествующих госпитализаций, длительность лечения до достижения ремиссии, количество замен сочетаний психофармакопрепаратов, длительность подбора фармакотерапии, количество групп препаратов в эффективной схеме лечения, количество единиц препаратов в эффективной схеме лечения.

4. Анализ психофармакотерапии показывает необходимость дифференцированного назначения групп психофармакологических препаратов в

зависимости от тимопатического компонента, сопровождающего основное ипохондрическое проявление. Антипсихотические препараты применялись у большинства пациентов (97,2%). Наиболее высокие дозы антипсихотических препаратов, выраженные в хлорпромазиновом эквиваленте, использовались у пациентов с ипохондрическими расстройствами без тимопатического компонента. Также у данных пациентов достоверно чаще эффективной являлась монотерапия антипсихотическим препаратом. Антидепрессанты при лечении ипохондрических расстройств позднего возраста эффективны в составе комплексной терапии в низких и средних терапевтических дозировках. Эффективные дозировки антидепрессантов убывают в ряду: гипотимические ипохондрические расстройства, смешанные ипохондрические расстройства, тревожные ипохондрические расстройства, ипохондрические расстройства без тимопатического компонента. Монотерапия антидепрессивными препаратами эффективна лишь в единичных клинических случаях в группе гипотимических ипохондрических расстройств. При выявлении тревожного компонента (тревожные ипохондрические расстройства и ипохондрические расстройства со смешанным тимопатическим компонентом) достоверно чаще, чем в других группах, эффективной является схема с добавлением анксиолитического препарата.

5. Анализ нежелательных лекарственных реакций показал, что применение в комплексной схеме лечения минимальных дозировок типичных антипсихотических препаратов не вызывает увеличения частоты и выраженности побочных эффектов по сравнению с атипичными антипсихотическими препаратами при лечении ипохондрических расстройств позднего возраста; применение трициклических антидепрессантов не вызывает достоверно выраженных различий в частоте возникновения и выраженности побочных эффектов в сравнении с антидепрессантами групп селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. При диагностике небредовых ипохондрических расстройств позднего возраста необходимо учитывать наличие в психопатологической структуре тимопатического компонента, который может «маскироваться» ипохондрическими переживаниями.

2. При назначении психофармакотерапии пациентам с небредовыми ипохондрическими расстройствами позднего возраста необходимо учитывать наличие и выраженность тревожного и гипотимического компонентов.

3. При преобладании тревожного компонента возможно добавление в схему лечения анксиолитического препарата, который применяется кратковременно и не требует дальнейшего приема на амбулаторном этапе терапии. Самое распространенное эффективное сочетание: антидепрессант + антипсихотический препарат + анксиолитик.

4. Необходимо использовать психофармакотерапевтические препараты в низких и средних терапевтических дозировках, в том числе возможно использование типичных антипсихотических препаратов, а также трициклических антидепрессантов.

## СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. **Шестакова Р.А.** Небредовые ипохондрические расстройства в позднем возрасте / Н.Н. Иванец, Р.А. Шестакова, Е.М. Гончарова, Е.А. Антропова // **Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.** - 2019. - Т. 119. - №11. – С. 109 - 115. [Scopus].
2. **Шестакова Р.А.** Астения как вариант проявления ипохондрических состояний позднего возраста / Е.М. Гончарова, Р.А. Шестакова // Сборник тезисов IV Ежегодной межвузовской научно-практической конференции «Психосоматическая медицина в России: достижения и перспективы - 2019». – 2019. – Т. 1. – С.145-147.
3. **Шестакова Р.А.** Анализ клинического случая соматоформного болевого расстройства позднего возраста с алгиями челюстно-лицевой области как пример необоснованности стоматологических вмешательств / Р.А. Шестакова, Е.О. Воронина, С.А. Гончарова, Е.А. Антропова // **Acta Biomedica Scientifica.** – 2019. - Т.4. - №5. – С.135-138. [Scopus].
4. **Шестакова Р.А.** К особенностям диагностики алгий челюстно-лицевой области при соматоформных состояниях у лиц старше 50 лет / Р.А. Шестакова, Е.О. Воронина. Сборник тезисов международной научно-практической конференции посвященной 80-летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино. - 2019. - Т.2. – С. 430-431
5. **Шестакова Р.А.** Клинико-психопатологические варианты ипохондрических расстройств в позднем возрасте / Н.Н. Иванец, **Р.А. Шестакова**, Е.О. Воронина, Е.А. Антропова // **Психиатрия и психофармакотерапия.** – 2020. - №2. – С. 10-15.
6. **Шестакова Р.А.** Клинико-психопатологические проявления небредовых ипохондрических расстройств в позднем возрасте / **Р.А. Шестакова**, М.А. Кинкулькина, Н.Н. Иванец // Сборник тезисов XVII съезда психиатров России. – 2021. – Т.1. - С. 1297-1299.