Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова
2022, т. 122, №1, с. 91–97
https://doi.org/10.17116/jnevro202212201191

S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry
2022, vol. 122, no. 1, pp. 91–97
https://doi.org/10.17116/jnevro202212201191

Психофармакотерапия ипохондрических расстройств позднего возраста: частота использования и эффективность препаратов

© Р.А. ШЕСТАКОВА, М.А. КИНКУЛЬКИНА, Е.М. ГОНЧАРОВА, С.А. ГОНЧАРОВА, Т.И. АВДЕЕВА, Н.Н. ИВАНЕЦ

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Резюме

Цель исследования. Провести сравнительный анализ эффективности психофармакотерапии ипохондрических расстройств в позднем возрасте и выделить оптимальные сочетания препаратов в зависимости от тимопатического (гипотимического и/или тревожного) компонента, сопровождающего основное ипохондрическое проявление.

Материал и методы. В исследование были включены 108 пациентов женского пола в возрасте от 50 до 88 лет, проходивших стационарное лечение, с ведущей ипохондрической симптоматикой небредового уровня. Все пациенты обследовались клинико-психопатологически с применением психометрических шкал: шкалы Монтгомери—Асберг, шкалы Гамильтона, шкалы оценки ипохондрии, шкалы нежелательных явлений лекарственной терапии.

Результаты. На основании психометрической оценки пациенты разделены на следующие группы: 1-я группа — исследуемые с ипохондрической симптоматикой без выраженного тимопатического компонента (n=18); 2-я группа — исследуемые, ипохондрическая концепция которых сочеталась с высоким уровнем гипотимии (n=49); 3-я группа — исследуемые, ипохондрическая концепция которых сочеталась с высоким уровнем тревоги (n=22); 4-я группа — исследуемые, ипохондрическая концепция которых сочеталась с высоким уровнем как тревоги, так и гипотимии (n=19). Ипохондрическое расстройство без тимопатического компонента купировалось монотерапией антипсихотическими препаратами в низких терапевтических дозах или сочетанием антипсихотических препаратов в низких терапевтических дозах с трициклическими антидепрессантами в низких и средних дозах. Гипотимические ипохондрические расстройства купировались антидепрессантами преимущественно СИОЗС и трициклической структуры в сочетании с типичными и атипичными антипсихотическими препаратами в низких терапевтических дозах, в то время как монотерапия антидепрессантами или сочетанием антидепрессантов разных механизмов действия была эффективна лишь в единичных случаях. Ипохондрическое расстройство с выраженным тревожным компонентом достоверно чаще купировалось комплексной терапией с добавлением анксиолитических препаратов, а также комбинацией антидепрессантов с антиптихотическими препаратами, смешанные ипохондрические состояния — сочетанием антидепрессантов с антипсихотическими препаратами или комплексной терапией с добавлением анксиолитического препарата.

Заключение. Ипохондрические расстройства позднего возраста в большинстве случаев сопровождаются депрессивной и/или тревожной симптоматикой, которую необходимо учитывать для повышения эффективности диагностики и своевременного подбора терапии.

Ключевые слова: *ипохондрия, психофармакотерапия, соматоформные расстройства, поздний возраст.*

Информация об авторах:
Шестакова Р.А. — https://orcid.org/0000-0002-5485-0997
Кинкулькина М.А. — https://orcid.org/0000-0001-8386-758X
Гончарова Е.М. — https://orcid.org/0000-0001-6034-9333
Гончарова С.А. — https://orcid.org/0000-0003-3319-1926
Авдеева Т.И. — https://orcid.org/0000-0002-5109-1438
Иванец Н.Н. — https://orcid.org/0000-0002-0013-5031
Автор, ответственный за переписку: Шестакова Р.А. — e-mail: raya-predsedatel@mail.ru

Как цитировать:
Шестакова Р.А., Кинкулькина М.А., Гончарова Е.М., Гончарова С.А., Авдеева Т.И., Иванец Н.Н. Психофармакотерапия ипохондрических расстройств позднего возраста: частота использования и эффективность препаратов. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2022;122(1):91–97. https://doi.org/10.17116/jnevro202212201191

Psychopharmacotherapy of late-stage hypochondriac conditions: frequency of use and effectiveness of drugs

© R.A. SHESTAKOVA, M.A. KINKULKINA, E.M. GONCHAROVA, S.A. GONCHAROVA, T.I. AVDEEVA, N.N. IVANETS

Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russia

Abstract

Objective. To conduct a comparative analysis of psychopharmacotherapy effectiveness in hypochondriac disorders of late age and to identify the optimal combinations of drugs depending on the thymopathic (hypothymic and/or anxiety) components accompanying the main hypochondriac manifestation.

Material and methods. One hundred and eight female inpatients, aged from 50 to 88 years, with leading hypochondriac symptoms of non-delusional level were enrolled in the study. All patients were examined clinically and psychopathologically using psychometric scales: the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, the Hamilton Anxiety Rating Scale, the hypochondria rating scale and the UKU side-effect rating scale.

Results. Based on the psychometric assessment, the patients were divided into the following groups: group 1 — subjects with hypochondriac symptoms without accented thymopathic component (*n*=18); group 2 — subjects with a high level of hypothymia (*n*=49); group 3 — subjects with a high level of anxiety (*n*=22); group 4 — subjects with a high level of both anxiety and depression (*n*=19). Hypochondriac disorder without a thymopathic component was treated with monotherapy with antipsychotic drugs in low therapeutic dosages or with a combination of antipsychotic drugs in low therapeutic dosages with tricyclic antidepressants in low and medium dosages. Hypothymic hypochondriac disorders were treated with antidepressants of mainly SSRIs group and of tricyclic structure in combination with typical and atypical antipsychotic drugs in low therapeutic dosages. In these patients monotherapy with antidepressants or a combination of different antidepressants was effective in rare cases only. Hypochondriac disorder with an anxiety component was significantly more often treated by complex therapy with the addition of anxiolytic drugs, as well as a combination of antidepressants with antiptychotic drugs. Mixed hypochondriac states were treated with a combination of antidepressants and antipsychotic drugs or complex therapy with the addition of an anxiolytic drug.

Conclusion. Hypochondriac disorders of late age in most cases are accompanied by depressive and/or anxiety symptoms, which must be taken into account for improvement of diagnostic effectiveness and relevant selection of therapy.

Keywords: *hypochondria, psychopharmacotherapy, somatoform disorders, late age.*

Information about the authors:
Shestakova R.A. — https://orcid.org/0000-0002-5485-0997
Kinkulkina M.A. — https://orcid.org/0000-0001-8386-758X
Goncharova E.M. — https://orcid.org/0000-0001-6034-9333
Goncharova S.A. — https://orcid.org/0000-0003-3319-1926
Avdeeva T.I. — https://orcid.org/0000-0002-5109-1438
Ivanets N.N. — https://orcid.org/0000-0002-0013-5031
Corresponding author: Shestakova R.A. — e-mail: raya-predsedatel@mail.ru

To cite this article:
Shestakova RA, Kinkulkina MA, Goncharova EM, Goncharova SA, Avdeeva TI, Ivanets NN. Psychopharmacotherapy of late-stage hypochondriac conditions: frequency of use and effectiveness of drugs. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry = Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2022;122(1):91–97. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/jnevro202212201191

В современной клинической психиатрии существуют различные подходы к лечению ипохондрических расстройств [1—4]. Сложность терапии данного состояния касается как выбора метода лечения (психофармакологического, психотерапевтического и психоаналитического подходов), так и сочетания используемых психотропных средств. Если при психофармакотерапии бредовых вариантов ипохондрического расстройства показана терапия антипсихотическими препаратами, и сложность подбора схемы терапии обусловлена лишь подбором доз препаратов и продолжительностью лечения, то терапевтическая тактика в отношении небредовых ипохондрических расстройств не представляется столь однозначной.

При терапии небредовых ипохондрических расстройств традиционно используют антидепрессанты различной химической структуры [5, 6], однако эффективность монотерапии антидепрессантами в среднем не превышает 50% [7].

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. Пожилые больные могут быть более чувствительны к периферическим побочным эффектам — гипотензии, запорам, а также более склонны к побочным эффектам, связанным с ЦНС, — развитию делирия, тремору, дискинезии в связи со снижением способности метаболизировать некоторые препараты [8]. На сегодняшний день нет достоверных критериев, позволяющих определить, какие из пожилых больных нуждаются в более низких дозах и 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 от применения психофармакотерапии [9].

В качестве терапии ипохондрических состояний небредового уровня наиболее часто используются антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) [10] как оптимальные препараты для воздействия на тревожно-невротические и соматоформные расстройства, а также антидепрессанты других групп. По данным литературы, среди СИОЗС эсциталопрам, циталопрам и сертралин проявляют наилучшую переносимость в пожилом возрасте и не вступают в значительные фармакокинетические взаимодействия [8].

Венлафаксин и миртазапин также связаны с низким риском взаимодействия у пожилых больных. Считается,

что трициклические антидепрессанты (ТЦА) и ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО) значительно хуже переносятся пожилыми больными и относятся к препаратам второй или третьей линии для этой возрастной группы. В то же время существует мнение, что риски побочных эффектов СИОЗС и ТЦА у больных пожилого возраста практически не отличаются. Так, в исследовании J. Smoller и соавт. [11], проанализировавших применение антидепрессантов у 1,3 млн пожилых женщин, выявили, что коэффициент риска смертности при лечении СИОЗС в несколько раз выше, чем для ТЦА. ТЦА следует применять с особой осторожностью при нарушениях сердечной проводимости в анамнезе, выявленной задержке внутрисердечной проводимости, а также у пациентов, которые уже применяют антиаритмические препараты, действующие за счет замедления проводимости [8].

По некоторым данным, включение в клиническую картину ипохондрического расстройства патологических сенсаций типа сенестоалгий и сенестопатий является основанием для комбинирования антидепрессантов с «малыми» нейролептиками — перфеназином, тиоридазином. Ряд исследователей отметили эффективность антипсихотических препаратов кветиапина, сульпирида, амисульприда в лечении ипохондрических состояний, указывая на наличие у этих средств аффинитета к патологическим телесным сенсациям [12—14].

Применение анксиолитиков также допустимо при комбинированной психофармакотерапии ипохондрических состояний [7, 15]. 3-Гидроксибензодиазепины, в частности темазепам и лоразепам, предподчительны в гериатрии, поскольку не имеют активных метаболитов и легче метаболизируются. У пациентов старшей возрастной группы имеется высокая чувствительность к бензодиазепинам и замедление метаболизма препаратов длительного действия. Следует с осторожностью применять высокопотентные анксиолитики (альпразолам, клоназепам), а также препараты с длительным временем элиминации и учитывать повышающийся риск когнитивных расстройств, делирия, падений с увеличением возраста пациентов [8, 16].

Цель исследования — провести сравнительный анализ эффективности психофармакотерапии ипохондрических расстройств в позднем возрасте и выделить оптимальные сочетания препаратов в зависимости от тимопатического (гипотимического и/или тревожного) компонента, сопровождающего основное ипохондрическое проявление.

Материал и методы

В исследование были включены 108 пациентов женского пола в возрасте от 50 до 88 лет (средний возраст 61,36 года), поступивших на стационарное лечение в Клинику психиатрии им. С.С. Корсакова УКБ №3 ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), состояние которых определялось ипохондрической симптоматикой небредового уровня.

Критерии включения: женский пол; возраст старше 50 лет (на момент начала участия в исследовании); наличие на момент обследования симптомов, позволяющих отнести расстройство к ипохондрическим; невозможность объяснить симптоматику существующим соматическим заболеванием. *Критерии невключения:* психотические формы шизофрении, острые галлюцинаторно-бредовые психозы; ипохондрия в сочетании с острой соматической патологией; алкоголизм, наркоманя и/или токсикомания. В течение стационарного лечения, начиная с момента госпитализации, пациенты еженедельно до 12 нед (или ранее — до момента выписки, но не менее 8 нед) проходили клинико-психопатологическое и психометрическое обследование. При оценке тимопатического компонента использовались психометрические методы: шкала Монтгомери—Асберг (MADRS), шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS). Для оценки динамики основного ипохондрического проявления — шкала оценки ипохондрии (Е.М. Гончарова, 2013).

Психофармакотерапия ипохондрических расстройств у больных пожилого возраста, включенных в исследование, проводилась не менее 8 нед. При назначении терапии учитывались ведущие и сопутствующие психопатологические проявления в составе ипохондрического симптомокомплекса, наличие ограничений для приема тех или иных групп препаратов при наличии хронических соматических заболеваний, индивидуальная переносимость. Оценка эффективности терапии включала улучшение состояния согласно психометрической оценке ипохондрического компонента на 30, 50 и 70%. Оценка побочных эффектов психофармакотерапии проводилась при помощи Шкалы нежелательных явлений лекарственной терапии (UKU). Все исследуемые были обследованы соматически и неврологически, при необходимости проводились нейропсихологическое обследование и нейровизуализационные методы исследования. Исследование соответствовало всем этическим положениям.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием стандартных методов анализа, рекомендованных для медико-биологических исследований [17].

Результаты

Согласно диагностическим критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), выявленные психические расстройства рассматривались в рамках следующих блоков: органические, включая симптоматические, психические расстройства (F0) — 8 (7,4%) пациентов; шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F2) — 12 (11,1%); расстройства настроения (F3) — 55 (50,9%); невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4) — 33 (30,5%), что говорит о нозологической неоднородности представленных расстройств при оценке с использованием шифров и критериев МКБ-10, а также о возможном многообразии сочетаний симптомокомплексов, оцененных как «ипохондрические».

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

Хронические соматические заболевания выявлены у 64,81% исследуемых. Количественное распределение хронических соматических заболеваний по органам и системам было следующим: сердечно-сосудистая система — 37 (34,3%); желудочно-кишечный тракт — 17 (15,7%) (без учета онкологических заболеваний); органы малого таза — 15 (13,9%) (без учета онкологических заболеваний); заболевания эндокринной системы — 10 (9,3%); патология костно-мышечной системы — 5 (4,6%); дыхательная система — 3 (2,8%); онкологические заболевания — 3 (2,8%) (состояние в анамнезе, завершены все этапы лечения); болезни нервной системы — 2 (1,8%); кожные покровы — 1 (0,9%).

Все пациенты были обследованы клинико-психопатологически и психометрически и разделены на следую-

Таблица 1. **Социально-демографические параметры пациентов**
Table 1. **Socio-demographic parameters of patients**

Показатель	Пациенты (*n*=108)	
	абс.	%
Наследственная отягощенность		
отягощена соматически	30	27,78
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

Примечание. * — преимущественное большинство исследуемых имели наследственную отягощенность, рассматриваемую в рамках расстройств группы F10; ** — пациент не достиг пенсионного возраста, не имеет инвалидности по психическому или соматическому заболеванию.
Note. * — the overwhelming majority of the subjects studied had a hereditary burden, considered within the framework of group F10 disorders; ** — the patient has not reached retirement age, does not have a disability due to a mental or somatic disease.

щие группы: 1-я группа — исследуемые с ипохондрической симптоматикой без выраженного тимопатического компонента (оценка по MADRS <15 баллов, HARS <12 балов); 2-я группа — исследуемые, ипохондрическая концепция которых сочеталась с высоким уровнем гипотимии (оценка по MADRS >15 баллов, HARS <12 баллов или MADRS >30, HARS <15 баллов), 3-я группа — исследуемые, ипохондрическая концепция которых сочеталась с высоким уровнем тревоги (оценка по MADRS <15 баллов, HARS >12 баллов), 4-я группа — исследуемые, ипохондрическая концепция которых сочеталась с высоким уровнем как тревоги, так и депрессии (оценка по MADRS >15 баллов, HARS >12 баллов) — смешанное ипохондрическое состояние.

Результаты психометрической оценки тимопатического компонента на нулевой срок (Baseline) представлены на **рис. 1 (а, б)**.

При проведении группового сравнения для показателей значений шкалы Монтгомери—Асберг достоверные различия ($p \leqslant 0{,}001$ или $p \leqslant 0{,}05$) выявлены между всеми группами на нулевом сроке, а также на 1—11-й неделе оценки. По показателям значений шкалы Гамильтона ситуация была аналогичной.

Был проведен анализ психофармакотерапии у всех исследуемых пациентов. Наиболее используемыми группами препаратов при лечении ипохондрических расстройств в позднем возрасте являются антипсихотические препараты — 105 (97,2%) пациентов, антидепрессанты — 96 (88,9%) и анксиолитики — 27 (25%). В единичных случаях в терапию ипохондрических расстройств добавлялись стабилизаторы настроения — 8 (7,4%) и ноотропные препараты — 5 (4,6%).

В **табл. 2 и 3** представлены данные по использованию антипсихотических препаратов и антидепрессантов — группы препаратов, отдельные препараты и их дозировки.

При изучении психофармакологических побочных эффектов, определяемых при помощи шкалы нежелательных явлений лекарственной терапии (UKU Side — Effect Rating Scale), применение трициклических антидепрессантов у пациентов старшей возрастной группы не вызвало достоверных различий по распространенности и интенсивности побочных эффектов по сравнению с антидепрессантами других групп. Так, например, для ТЦА и СИОЗС в пункте «вегетативные побочные эффекты» значения составили 6 (9,8% при *n*=61) и 2 (10% при *n*=20) случая соответственно.

Особое внимание было уделено вопросу сочетания препаратов отдельных групп. Сочетание «антидепрессант

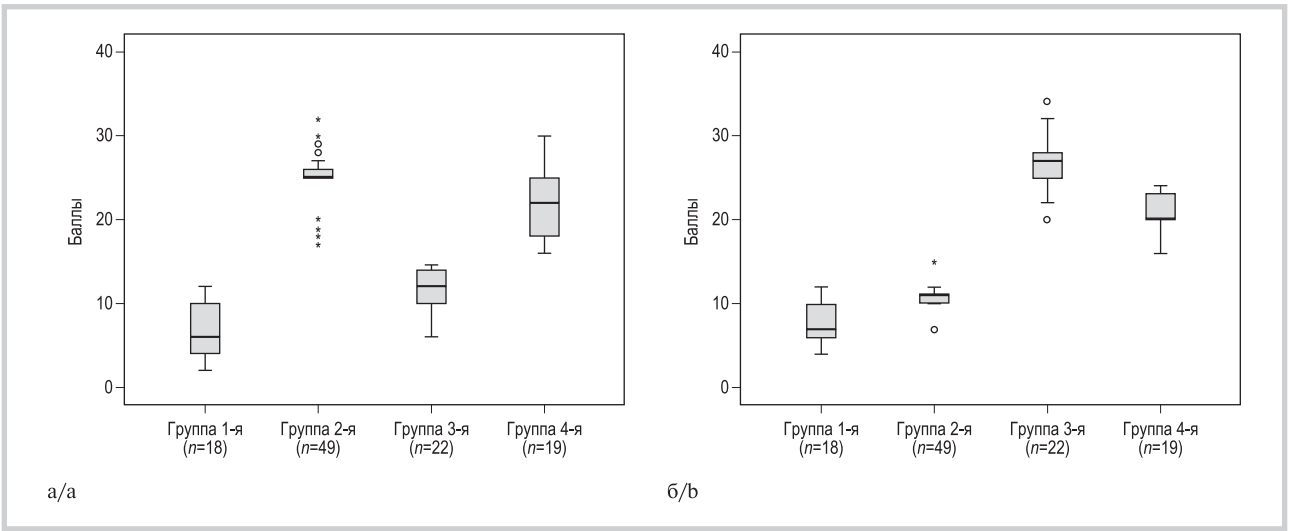

Рис. 1. **Выраженность тимопатического компонента при психометрической оценке в выделенных группах (а — MADRS; б — HARS).**
Fig. 1. **Thymopatic component severity according to the psychometrical tests in the study groups (a — MADRS; b — HARS).**

Таблица 2. **Применение антипсихотических препаратов (АП) при лечении пациентов пожилого возраста с ипохондрическими расстройствами (*n*=105)**

Table 2. **The use of antipsychotic drugs in the treatment of elderly patients with hypochondriac disorders (*n*=105)**

Вариант терапии	Применяемые в ходе исследования препараты (min/max дозировки мг/сут)	Число пациентов (%)
Монотерапия типичным АП	Галоперидол (0,5/12), перфеназин (7,5/30), алимемазин (10/50), тиоридазин (40), перициазин (9), трифлуоперазин (7,5/15), левомепромазин (12,5/25), сульпирид (50/100), хлорпротиксен (7,5/15)	49 (46,7)
Монотерапия атипичным АП	Клозапин (12,5/75), оланзапин (5/10), кветиапин (25/150), рисперидон (2/3)	32 (30,5)
Сочетание типичного и атипичного АП	Перфеназин (10 + оланзапин 5); галоперидол (0,5) + кветиапин (25—50); галоперидол (1) + клозапин (12,5—25)	14 (13,3)
Сочетание 2 типичных АП	Галоперидол (1) + левомепромазин (6,5—12,5); перфеназин (7,5) + левомепромазин (6,25—12,5)	8 (7,6)
Сочетание 2 атипичных АП	Оланзапин (5—7,5) + клозапин (12,5—25)	2 (1,9)

Примечание. Здесь и далее по тексту антипсихотические препараты — АП.
Note. Hereinafter antipsychotic drugs — АП.

Таблица 3. **Применение антидепрессантов с разным механизмом действия у пациентов пожилого возраста с ипохондрическими расстройствами (*n*=96)**

Table 3. **The use of antidepressants with different mechanisms of action in elderly patients with hypochondriac disorders (*n*=96)**

Группа антидепрессантов	Применяемые в ходе исследования препараты (min/max дозировки мг/сут)	Число пациентов (%)
СИОЗС	Флуоксетин (20/40), пароксетин (20/30), сертралин (25/100), эсциталопрам (до 5/10)	19 (19,8)
Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина	Венлафаксин (37,5/112,5)	4 (4,2)
ТЦА	Амитриптилин (25/150), кломипрамин (37,5/100), пипофезин (25/100)	55 (57,3)
Тетрациклические антидепрессанты	Миртазапин (15), миансерин (7,5/30)	14 (14,5)
ИМАО	Пиразидол (25/100)	4 (4,2)

+ антипсихотический препарат» показало эффективность в 57 (52,8%) случаях, монотерапия антипсихотическими препаратами — в 10 (9,2%), сочетание «антипсихотический препарат + антидепрессант + анксиолитик» — в 24 (22,2%), сочетание «антипсихотический препарат + анксиолитик» — в 2 (1,9%), сочетание «антипсихотический препарат + антидепрессант + стабилизатор настроения» — в 7 (6,5%), в 5 (4,6%) клинических случаях эффективной оказалась схема с дополнительным использованием ноотропного препарата — аминофенилмасляной кислоты (Фенибут). Монотерапия антидепрессантами была эффективна лишь в 3 (2,8%) исследуемых случаях.

При выявляемом тревожном компоненте у исследуемых, определяемом как клинически, так и при помощи психометрической шкалы HARS, применялась комбинированная терапия: антипсихотический препарат, антидепрессант и анксиолитик. Преимущественное большинство из всех исследуемых, получавших в составе комбинированной терапии анксиолитический препарат, получали бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (Феназепам) — 25 (92,6%), 17 (68%) из них — парентерально. Анксиолитический препарат добавлялся в лечение на 1—2-й неделе и не требовал последующего длительного применения.

На следующем этапе исследования проведен анализ эффективности схемы психофармакотерапии (улучшение при психометрической оценке ипохондрического компонента на 30%) в различных группах пациентов с ипохондрическими состояниями, выделенных по выраженности тимопатического компонента **(рис. 2)**.

Ипохондрическое состояние без тимопатического компонента (1-я группа), с проявлениями в виде соматовегетативных жалоб или изолированных сенестоалгий купировалось монотерапией антипсихотическими препаратами в низких терапевтических дозах — 7 (38,9%) случаев, а также сочетанием антипсихотических препаратов с антидепрессантами — 8 (44,4%). Гипотимические ипохондрические расстройства (2-я группа) купировались антидепрессантами, преимущественно СИОЗС и трициклической структуры в сочетании с типичными (галоперидол, этаперазин, перициазин) и атипичными (оланзапин, клозапин, кветиапин) антипсихотическими препаратами в низких терапевтических дозах — 35 (71,4%) случаев, в то время как монотерапия антидепрессантами или сочетанием антидепрессантов разных механизмов действия была эффективна только в 3 (6,1%) клинических случаях. Ипохондрическое расстройство с выраженным тревожным компонентом (3-я группа) достоверно чаще купировалось с применением в схеме лечения анксиолитических препаратов по сравнению с другими выделенными группами — по схеме «антипсихотический препарат + антидепрессант + анксиолитик» в 11 (50%) случаях, а также комбинацией антидепрессантов с антиптихотическими препаратами структуры алифатических фенотиазинов — в 4 (18,2%) случаях. Смешанное ипохондрическое расстройство (4-я группа) в преимущественном большинстве случаев — сочетанием антидепрессантов с антипсихотическими препаратами — 10 (52,6%) случаев или сочетанием антидепрессантов, антипсихотических препаратов и анксиолитиков 6 (31,6%).

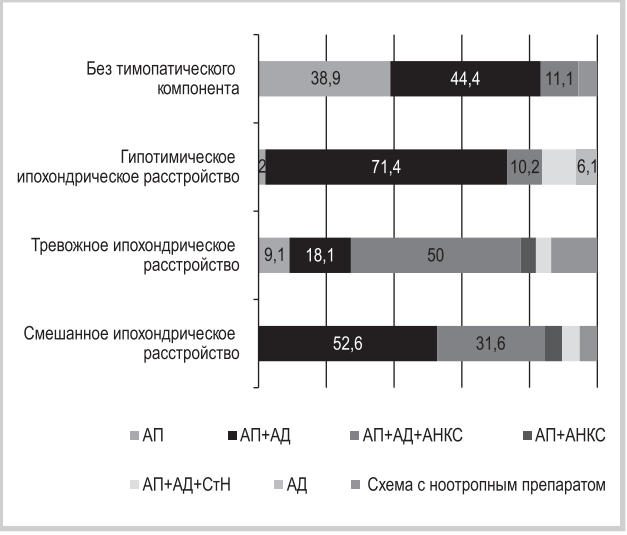

***Рис. 2.* Анализ эффективной схемы лечения в группах ипохондрического расстройства, выделенных по тимопатическому компоненту (%).**
*АП — антипсихотический препарат, АД — антидепрессант, АНКС — анксиолитик, СтН — стабилизатор настроения.

***Fig. 2.* Analysis of therapy effectiveness in groups of hypochondriacal disorders separated according to the thymopatic component (%).**
*AP — antipsychotic drug, AD — antidepressant, ANX — anxiolytic drug, MS — mood stabilizer.

Были оценены параметры «количество групп препаратов» и «количество препаратов» в составе эффективной схемы, которые составили: в 1-й группе 1,8±0,17 групп препаратов и 2,2±0,19 единиц препаратов, во 2-й группе — 2,1±0,75 и 2,3±0,10, в 3-й группе — 2,6±0,16 и 2,9±0,16, в 4-й группе — 2,5±0,14 и 2,6±0,14. По показателю «количество групп препаратов в эффективной схеме» при сравнении в парах между 1-й и 3-й, 4-й группами выявлена достоверная разница (в 1-й группе показатель ниже); между 2-й и 3-й, с меньшим значением во 2-й группе. По показателю «количество препаратов в эффективной схеме» при сравнении в парах между 1-й, 2-й и 3-й группами выявлена достоверная разница (в 1-й и 2-й группах данный показатель ниже).

Заключение

Ипохондрические расстройства позднего возраста в большинстве случаев сопровождаются депрессивной и тревожной симптоматикой. На основании выраженности гипотимического и тревожного компонентов возможно выделить следующие клинические типы: ипохондрическое расстройство без тимопатического компонента, гипотимическое ипохондрическое расстройство, тревожное ипохондрическое расстройство, смешанное ипохондрическое расстройство. Для повышения эффективности диагностики и своевременного подбора эффективной терапии необходимо учитывать выраженность гипотимического и тревожного компонентов. В проведенном исследовании показана эффективность сочетания антидепрессантов и антипсихотических препаратов при лечении ипохондрических расстройств у пациентов позднего возраста, безопасность применения трициклических антидепрессантов, а также добавления в схему лечения коротких курсов анксиолитических препаратов в низких терапевтических дозировках, при условии дифференцированного подхода к терапии в зависимости от особенностей клинической картины состояния.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Stuart S, Noyes R. Treating hypochondriasis with interpersonal psychotherapy. *Journal Contemporary Psychotherapy.* 2005;35(3):269-283. https://doi.org/10.1007/s10879-005-4320-5
2. Bouman TK, Visser S. Cognitive and behavioral treatment of hipochondriasis. *Journal Psychotherapy.* 1998;67(4-5):214-221. https://doi.org/10.1159/000012283
3. Волгина Т.А., Добровольская Ю.В. Эффективность психотерапевтических методов лечения ипохондрии (обзор рандомизированных контролируемых исследований). *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии.* 2011;3:8-12.
Volgina TA, Dobrovol'skaya YuV. The effectiveness of psychotherapeutic treatment for hypochondriasis (review of randomized controlled trials). *Vestnik Nevrologii, Psikhiatrii i Neirokhirurgii.* 2011;3:8-12. (In Russ.).
4. Токарев А.Р., Малыгин В.Л., Хадарцева К.А., Троицкий М.С. Лечение соматоформных и психосоматических расстройств у женщин. *Вестник новых медицинских технологий.* 2019;13(6):63-67.
Tokarev AR, Malygin VL, Khadartseva KA, Troitskii MS. Treatment of somatoform and psychosomatic disorders in women. *Vestnik Novyh Medicinskih Tekhnologij.* 2019;13(6):63-67. (In Russ.).
https://doi.org/10.24411/2075-4094-2019-16570
5. Fallon B, Qureshi A, Schneier F, Sanchez-Lacay A, Vermes D, Feinstein R, Connelly J, Liebowitz M. An open trial of Fluvoxamine for Hypochondriasis. *Psychosomatics.* 2003;44(4):298-303. https://doi.org/10.1176/appi.psy.44.4.298
6. Fallon B. Pharmacotherapy of somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research.* 2004;56(4):455-460. https://doi.org/10.1016/s0022-3999(03)00631-7
7. *Ипохондрия и соматоформные расстройства.* Под ред. Смулевич А.Б. М. 1992.
Ipokhondriya i somatoformnye rasstroistva. Pod red. Smulevich A.B. M. 1992. (In Russ.).
8. Шацберг А.Ф. *Руководство по клинической психофармакотерапии.* М.: МЕДпресс-информ; 2019.
Shatsberg AF. *Rukovodstvo po klinicheskoi psikhofarmakoterapii.* M.: MEDpress-inform; 2019. (In Russ.).
9. Ротштейн В.Г., Сафарова Т.П., Шешенин В.С., Федоров В.В., Богдан М.Н., Суетин М.Е. Оценка психофармакотерапии у больных пожилого возраста в психиатрических учреждениях разного типа. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2013;113(2):59-65.
Rotshtein VG, Safarova TP, Sheshenin VS, Fedorov VV, Bogdan MN, Suetin ME. Evaluation of psychopharmacotherapy in elderly patients in different psychiatric settings. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii im. S.S. Korsakova.* 2013;113(2):59-65. (In Russ.).
10. Пережогин Л.О. *Соматоформные расстройства. Диагностика, лечение, профилактика.* Клинические рекомендации. М. 2015.
Perezhogin LO. *Somatoformnye rasstroistva. Diagnostika, lechenie, profilaktika.* Klinicheskie rekomendatsii. M. 2015. (In Russ.).
11. Smoller JW, Allison M, Cochrane BB, Curb JD, Perlis RH, Robinson JG, et al. Antidepressant use and risk of incident cardiovascular morbidity and mortality among postmenopausal women in the Women's Health Initiative Study. *Arch Intern Med.* 2009;169(22):2128-2139. https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.436
12. Колюцкая Е.В. Роль сульпирида в лечении соматоформных расстройств. *Медицинский совет.* 2017;17:20-24.

Kolyutskaya EV. Role of Sulpiride in the treatment of somatoform disorders. *Meditsinskiy sovet = Medical Council*. 2017;17:20-24. (In Russ.). https://doi.org/10.21518/2079-701X-2017-17-20-24

13. Тювина Н.А., Балабанова В.В. Патокинез эндогенных депрессивно-ипохондрических нарушений непсихотического регистра на фоне терапии сульпиридом. *Современная терапия психических расстройств*. 2012;4:22-27.
Tyuvina NA, Balabanova VV. Pathokinesis of endogenous depressive-hypochondriacal disorders of a non-psychotic register in therapy by sulpiride. *Sovremennaya Terapiya Psikhicheskikh Rasstroistv*. 2012;4:22-27. (In Russ.).

14. Собенников В.С., Белялов Ф.И. *Соматизация и психосоматические расстройства:* монография. Иркутск: РИО ИГИУВа; 2010.
Sobennikov VS, Belyalov FI. *Somatizatsiya i psikhosomaticheskie rasstroistva:* monografiya. Irkutsk: RIO IGIUVa; 2010. (In Russ.).

15. Прибытков А.А. Эффективность бензодиазепинов и низкопотентных антипсихотиков в качестве адъювантной терапии соматоформных расстройств. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016;116(5):52-56.
Pribytkov AA. The efficacy of benzodiazepines and low-potent antipsychotics as adjunctive therapy of somatoform disorders. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2016;116(5):52-56. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/jnevro20161165152-56

16. Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Авдеева Т.И., Сысоева В.П. Психофармакотерапия тревожных расстройств у больных пожилого возраста: эффективность, переносимость и современная роль лечения анксиолитиками. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014;24(2):60-71.
Ivanets NN, Kinkul'kina MA, Avdeeva TI, Sysoeva VP. Psychopharmacoterapy of anxious conditions in elderly patients: efficacy, tolerability and the current role of anxiolytics. *Sotsial'naya i Klinicheskaya Psikhiatriya*. 2014;24(2):60-71. (In Russ.).

17. Реброва О.Ю. *Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica*. М.: Медиа Сфера; 2002.
Rebrova OYu. *Statisticheskii analiz meditsinskikh dannykh. Primenenie paketa prikladnykh programm Statistica*. M.: Media Sfera; 2002. (In Russ.).

Поступила 15.04.2021
Received 15.04.2021
Принята к печати 06.07.2021
Accepted 06.07.2021