

Комитет здравоохранения Курской области  
Областное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Курская клиническая психиатрическая больница  
имени святого великомученика и целителя Пантелеймона»

Комитет здравоохранения Курской области  
ОБУЗ « Центр медицинской профилактики»

«Утверждаю»  
Председатель комитета здравоохранения  
Курской области *Н.В. Новикова*  
« 13 » Октября 2017 г.



## Информационные материалы

### «Скрытая» депрессия. Диагностика.

Для врачей многопрофильных стационаров и поликлиник.

г. Курск  
2017г.

## **«Трудный пациент» - диагностика скрытой депрессии.**

Термин «депрессия» в переводе с латинского языка означает подавление, угнетение всех психических функций.. Депрессия входит в первую пятерку наиболее распространенных заболеваний современного человечества. Распространенность большого депрессивного расстройства в популяции составляет 10%, но это лишь верхушка айсберга. Основание айсберга представлено мягкими депрессивными эпизодами и подпороговыми депрессиями.

Среди лиц, страдающих депрессией, заболевание распознается только у каждого второго больного. Наиболее трудны для диагностики, атипично протекающие скрытые депрессии.

**Скрытые депрессии** — группа психопатологических состояний, в клинической картине которых симптоматика, свидетельствующая о депрессивных нарушениях, отходит на второй план, а ведущее место занимают различного рода соматические жалобы, указывающие на функциональные отклонения в деятельности органов и систем.

**Синонимы:** «соматизированная депрессия», «маскированная депрессия», «депрессия без депрессии», «латентная депрессия», «ларвированная депрессия», «вегетативная депрессия», «депрессия истощения».

## **Дифференциально-диагностические критерии скрытой депрессии**

- Обязательное наличие соматовегетативных и аффективных нарушений
- Обилие соматических жалоб, не подтвержденных клинически
- Наличие расстройств витальных функций
- Суточные колебания соматовегетативных нарушений (усиление в утренние часы, ослабление днем, возможное исчезновение к вечеру)
- Течение периодическое (фазное), волнообразное, сезонное
- Полиморфизм симптомов
- Отсутствие эффекта от соматической терапии, успешное лечение антидепрессантами (диагностика ex juvantibus — на основе результатов лечения)
- Сенестопатический оттенок болевых ощущений; топографическое несоответствие болевого синдрома зонам иннервации
- Реакция «в последний момент» (при желании врача закончить беседу с больным, он, предвидя одиночество, жалобно смотрит на него и начинает заново излагать свои переживания).

## **Структура синдрома скрытой депрессии**

### **1. Психические нарушения.**

- Эмоциональные (уныние, печаль, угнетенность, разочарование)
- Когнитивные (замедленность мышления, ипохондричность, мысли о неизлечимости, пессимизм, размышления о плохих сторонах жизни, идеи

самообвинения, самоупреки)

- Волевые (снижение энергии, утомляемость, уменьшение активности)
  - **Витальные нарушения** (снижение общего тонуса, аппетита, либидо, отсутствие чувства комфорта., «ощущения здоровья», «нехватка чего-то», потеря массы тела, ангедония — утрата интереса и удовольствия от привычных форм деятельности)
- Сомато-вегетативные нарушения** (определяются разновидностью скрытой депрессии)

### Дифференциально-диагностические признаки язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки и абдоминального варианта скрытой депрессии

Признаки	Скрытая депрессия	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
Локализация телесных ощущений	Боли, спазмы, парестезии мигрируют из одной области живота в другую. Типичные болевые точки не выявляются. Напряжение мышц передней брюшной стенки отсутствует	Боль локализуется в правом подреберье, в эпигастрии, реже слева от средней линии живота. Сопровождается напряжением мышц передней брюшной стенки.
Характер и связь с внешними факторами.	Боли носят крайне тягостный характер, с трудом описываются. Появляются и исчезают спонтанно, более интенсивны вочные и утренние часы. Боли длительные, постоянные, не связаны с приемом пищи. Соблюдение диеты, рвота после еды не приносят облегчения.	Боли давящего, четко дифференцированного характера. Связаны с видом пищи и временем ее приема. Сопровождаются изжогой, тошнотой, рвотой, нередко с примесью крови. Соблюдение диеты, рвота после приема пищи приносят облегчение. Физическая нагрузка усиливает боль.
Действие анальгетических препаратов	Не эффективно	Снижают болезненность

Дифференциально-диагностические признаки кардиалгического варианта скрытой депрессии и кардиалгии при ишемической болезни сердца.

Признаки	Скрытая депрессия	Ишемическая болезнь сердца
Боли, характер и интенсивность	Тупые, своеобразные, с трудом поддающиеся описанию	Резкие, сжимающие
Длительность	Длительные	От нескольких минут до нескольких часов
Локализация	Мигрирующие, захватывают верхушку или	Загрудинные

	все сердца	
Иrrадиация	Непостоянная, меняющаяся (боль, иррадиирует в разные части тела)	Типичная, в левое плечо и лопатку
Действие сосудорасширяющих препаратов и анальгетиков	Отсутствие эффекта или незначительная его выраженность	Положительный эффект

### Дифференциально-диагностические признаки цефалгического варианта скрытой депрессии и мигрени.

Признаки	Скрытая депрессия	Мигрень
Возраст начала заболевания	Зрелый (21-40 лет)	Юношеский (период полового созревания)
Локализация боли	Головная боль не имеет точной локализации, мигрирует	Боли локализуются, как правило, в одной половине головы, чаще в лобно-височной области
Характер	Боль тягостная, непрерывная. Больные затрудняются в ее описании. Характер меняется от приступа к приступу, в течение самого приступа	Боль пульсирующая, реже непрерывная и острая, стереотипная в каждом приступе
Расстройства, сопутствующие головной боли	Головокружение, затуманенность зрения. Стеснение в груди, слабость в ногах, шаткость походки	Покраснение или побледнение лица (на стороне поражения), гиперсаливация, тошнота, рвота; неврологические симптомы (гиперестезия, парезы, косоглазие)
Течение приступа головной боли	Наступает спонтанно, чаще в предрассветные и утренние часы. Интенсивность уменьшается к середине дня, к вечеру может исчезнуть. В приступе нет фаз и четкой очерченности во времени. С уменьшением или исчезновением головной боли остаются вегетативные расстройства, депрессивные симптомы	Начало чаще днем в связи с воздействием внешних провоцирующих факторов. Четкая фазность приступа (предвестники, аура, головная боль). Ограничность во времени (от нескольких часов до 1-2 суток). Очерченность начала и завершения. В межприступном периоде полное здоровье.
Действие сосудистых средств и анальгетиков	Отсутствие эффекта или его незначительная выраженность	Четкий эффект. Прием анальгетиков в продромальном периоде может предупредить развитие приступа

Дифференциально-диагностические признаки невралгий и паналгического варианта скрытой депрессии

Признаки	Скрытая депрессия	Невралгия
Локализация боли	Боли мигрирующие, без постоянной локализации в области лица, полости рта, зубов, но могут захватывать все тело. Топография болевого синдрома не соответствует зонам иннервации	Боли топографически соответствуют зонам иннервации. Часто встречается невралгия тройничного нерва, реже язычного и др. Характерны гипер — или гипостезия, защитное напряжение мускулатуры соответственно зоне иннервации, болезненность по ходу нервного ствола, типичные болевые точки.
Характер боли	Боли с синестоматическим оттенком, крайне неприятные, с трудом поддаются описанию.	Боли стреляющие, рвущие, режущие четко дифференцируемые больными
Интенсивность и продолжительность боли	Непостоянной интенсивности и продолжительности. Усиливаются в ночные и предрассветные часы. Возникают и исчезают спонтанно	Чаще приступообразные, реже постоянные, интенсивные. Возникают спонтанно или в связи с воздействием внешних провоцирующих факторов
Наличие органических изменений	Органическая патология, объясняющая симптоматику, отсутствует	В зоне иннервации — гиперемия, отечность кожи, герпетические высыпания.
Лечение	Эффективны антидепрессанты, малоэффективны анальгезирующие препараты	Лечение анальгезирующими препаратами дает положительный эффект

### Дифференциально-диагностические признаки псевдоастматического варианта скрытой депрессии и бронхиальной астмы

Признаки	Скрытая депрессия	Бронхиальная астма
Клиника приступа	Спонтанное начало, чаще утром. Дыхание становится учащенным, поверхностным, отмечается дополнительные вдохи. Больной испытывает мучительное чувство удушья, стеснения в груди, кома в горле, Приступ сопровождается страхом, двигательным беспокойством	Приступ возникает под влиянием аллергенов или неспецифических факторов. Характерен затрудненный растянутый выдох, дыхание на высоте приступа уряжается. Хрипы слышны на расстоянии. Больной бледен, цианотичен, покрыт испариной. Отмечается вынужденное положение тела. В конце приступа обильно выделяется вязкая, слизистая мокрота.
Динамика заболевания.	Характерны периодичность и четкая сезонность, появление в утренние часы. Приступы возникают на фоне депрессии	Хроническое течение с обострениями. Нарастанием органических изменений. Приступам предшествуют другие респираторные заболевания. Которые в дальнейшем сопутствуют основному процессу.
Лечение	Эффект от антидепрессантов	Эффект от бронхолитиков.

Агрипнический вариант маскированной депрессии, характеризуется прерывистым сном с неприятными сновидениями; ранним пробуждением с затрудненным, требующим волевого усилия мучительным подъемом, или гиперсомнией

Аноректический вариант маскированной депрессии характеризуется утренней тошнотой, отсутствием аппетита и отвращением к пище, сопряженным с похудением, запорами. Возможны обратные варианты: повышение аппетита с потреблением богатой углеводами пищи и увеличением массы тела

Лечение скрытых депрессий проводится амбулаторно и в условиях дневного стационара с использованием методов психофармакотерапии и психотерапии. Консультацию специалистов можно получить в лечебно-реабилитационном отделе диспансерного отделения ОБУЗ ККПБ (ул. Золотая, 12, тел. 70-05-73) и в психотерапевтическом отделении диспансерного отделения ОБУЗ ККПБ (ул. Овечкина, 21-а, тел. 54-65-60).

Получить психологическую поддержку, задать интересующие Вас вопросы, узнать необходимую информацию можно, обратившись в службу экстренной психологической помощи «Телефон доверия» (тел. 78-79-29)

#### **Список литературы:**

- 1.Кулаков С.А. Основы психосоматики. СПб.:Речь, 2003г.
- 2.Погосов А.В., Погосова И.А., Богушевская Ю.В. Психосоматические расстройства (учебное пособие)-Курск 2008г.
- 3.Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. СПб: Питер, 2002г.
- 4.МКБ-10 (клинические описания и указания по диагностике).-ВОЗ, Россия, Санкт-Петербург 1994г.