

Винахід відноситься до медицини, а саме, до психіатрії і може бути використаний для діагностики прихованого депресивного синдрому при соматичних і соматоформних розладах.

Як прототип обраний спосіб діагностики депресивного синдрому при соматичних і соматоформних розладах (Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия. - ИМИС-НПФ. "Движение". -1994. -С.123-145), який полягає в тому, що вивчають характерні для депресії маркери невербальної поведінки хворих і по їх кількості судять про тяжкість психічного захворювання.

Ознаками, що збігаються з істотними ознаками запропонованого способу, є: виявлення невербальних поведінкових маркерів з їх наступною кількісною оцінкою.

Причинами, що перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату (підвищення точності діагностики), є: відсутність урахування між виникненням чи збільшенням кількості специфічних невербальних маркерів і ступенем тяжкості депресивного розладу.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу-прототипу шляхом дослідження та урахування специфічних невербальних поведінкових маркерів, що залежать від психоемоційного стану хворого і депресією, що свідчать про зміну емоційного фону.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі діагностики депресивного синдрому при соматичних і соматоформних розладах, що включає виявлення невербальних поведінкових маркерів з їх наступною кількісною оцінкою, відповідно до винаходу, виявляють специфічні невербальні поведінкові маркери: складку Верагута, флаш, опущені кути рота і горизонтальні зморшки на чолі, гіпотонію м'язів обличчя, підвищення тембру і зниження голосності мови, зменшення жестикуляції, фотофілію, субмісію і по їхній наявності діагностують прихований депресивний синдром.

Між сукупністю істотних ознак запропонованого способу та очікуваним технічним результатом, що може бути досягнутий, виявляється наступний причинно-наслідковий зв'язок: виявлення додаткових специфічних невербальних маркерів дозволяє діагностувати приховану депресію при соматичних і соматоформних розладах, що, в свою чергу, дозволяє уникнути хроніфікації захворювання і прискорює настання повноцінної ремісії соматичного захворювання.

Спосіб діагностики депресивного синдрому здійснюють у такий спосіб.

Запропонований спосіб діагностики депресивного синдрому при соматичних та соматоформних розладах ґрунтується на виявленні вищеписаних специфічних невербальних маркерів депресивного стану в хворих терапевтичного профілю. Поява цих маркерів у хворого соматичним чи соматоформним розладом має величезне значення, тому що вказує на приховану депресію і вимагає призначення спеціалізованого лікування.

Під час кожної бесіди з хворим лікар звертає увагу на важливі компоненти невербальної поведінки, фіксує специфічні маркери невербальної поведінки хворого в історії хвороби.

При виявленні специфічних невербальних поведінкових маркерів депресивного синдрому - складки Верагута, флаша, гіпотонії м'язів обличчя, підвищення тембру і зниження голосності мови, зменшення чи відсутності жестикуляції, фотофілії - постійного погляду у вікно чи на світло, пози підпорядкування - субмісії, зменшення індивідуальної відстані, змінюють тактику лікування і застосовують методи психотерапії та антидепресивні препарати, не дивлячись на те, що відсутні скарги, характерні для депресивного стану, або лікар не бачить явних клінічних проявів характерних для депресивного синдрому. Такий способом купірують приховану депресивну симптоматику.

Використання запропонованого способу діагностики дозволяє уникнути хроніфікації соматичного захворювання і тривалої непрацездатності.

Відомості, що підтверджують можливість використання способу.

Було обстежено 300 хворих, у тому числі 80 хворих кардіологічного відділення, 50 хворих гастроентерологічного відділення, 70 хворих відділення пограничної патології і 100 хворих, що часто приходили на прийом до терапевта і пред'являли різноманітні скарги. Стан хворих оцінювали за допомогою загальноклінічного, клініко-психопатологічного та етіологічного методів, вивчали анамнез соматичних розладів та ефективність його лікування. Загальний час спостереження 3 місяці.

Специфічні невербальні поведінкові маркери прихованого депресивного синдрому виявили в 52% хворих, з них 106-67,9% жінок і 50-32% чоловіків. Хворих розділили на дві однакові групи, рандомізовані за статтю, віком, наявністю соматичного захворювання. В основну групу, в якій проводили терапію прихованого депресивного синдрому, входили 72 хворих - 46,1%, у віці $39 \pm 7,4$ роки. Група порівняння складала 84 хворих - 53,8%, того ж віку.

У таблиці 1 представлений розподіл хворих по групах порівняння.

За хворими обох груп проводили спостереження з використанням клініко-психопатологічного, загального клінічних та етіологічного методів дослідження 1 раз на місяць. Катанез оцінювали протягом 6 місяців диспансерного спостереження. Хворим основної групи призначили лікування антидепресантом з мінімальними побічними діями - циталопрамом 10-20мг/діб і психотерапію. У групі порівняння хворі антидепресивного лікування не одержували. Враховували ефективність терапії соматичного захворювання та її кількісні показники.

Досягнення стабілізації стану відрізнялося в групах порівняння. Хворі основної групи, що одержували антидепресивну терапію, відзначали поліпшення стану вже на 2-3 тижні терапії. Різко зменшувалися симптоми основного захворювання. Поступово зникав болючий синдром. Зменшилася тривалість перебування в стаціонарі в зв'язку із соматичним чи соматоформним розладом. Подальше спостереження за хворими продемонструвало ефективність отриманого лікування, тому що у всіх хворих основної групи не було повторних госпіталізацій чи перебування на лікарняному листі в зв'язку з загостренням соматичного чи соматоформного розладу. 68 пацієнтів - 94,4%, охоче приймали не тільки підтримуючу терапію з приводу соматичного захворювання, але і мінімальні дози антидепресивного препарату протягом 3 місяців.

У хворих групи порівняння виявили появу невираженої депресивної симптоматики в 33,3% хворих на тлі лікування соматичного чи соматоформного розладу; порушення сну та апетиту в 56 хворих - 66,6%, таким

чином, хворі групи порівняння мали симптоматику, що відповідає легкому депресивному синдрому, але ці симптоми не були виявлені лікарями загальномедичної практики, а були виявлені завдяки спостереженню лікаря-психіатра.

Поліпшення загального соматичного стану в 42,8% хворих групи порівняння було досягнуто до 4-6 тижня, 38,1% хворих цієї групи мали лікарняний лист після виписки з лікарні протягом 2-6 тижнів. 19,0% хворих не мали значного поліпшення загального соматичного стану, знаходилися на амбулаторному лікуванні, постійно відвідували лікарів поліклініки, пред'являли різноманітні скарги, не дивлячись на те, що приймали лікування аналогічне лікуванню хворих основної групи, за винятком антидепресантів. Працездатність хворих групи порівняння була значно знижена, 21,4% з них не мали постійної роботи, тому що вважали себе важкохворими.

Отримані дані підтверджують ефективність запропонованого способу діагностики і перспективність його використання в загальномедичній практиці, тому що в хворих основної групи, які одержували антидепресивну терапію при виявленні специфічних невербальних маркерів прихованого депресивного синдрому, відзначали швидке поліпшення соматичного та емоційного стану, меншу тривалість непрацездатності і значне підвищення соціальної активності.

Запропонований спосіб ілюстрований наступним клінічним прикладом.

Приклад 1

Хвора С., 32 року. Навесні 2001 року, будучи на роботі, раптово відчула приступ слабості з тахікардією, відчуттям стиснення за грудиною і болем в області шлунка. Була обстежена бригадою швидкої допомоги, але ніяких підтверджень соматичної патології знайдено не було. Наступні дні наростала слабкість, виникали схожі приступи, порушився сон і апетит, схудла. Звернулася до терапевта районної поліклініки зі скаргами на біль в шлунку після їжі та втрату апетиту. Була направлена з метою обстеження в гастроентерологічне відділення міської лікарні. Де було встановлено діагноз гастриту і проведено специфічне лікування. Після виписки відзначала відносно поліпшення стану і повернулася на роботу. Однак, уже після першого тижня роботи знову відчувала слабкість, стомлюваність, знову з'явився біль в шлунку, не могла приймати їжу, спати. Перестала виходити на роботу, кілька місяців змушена віддавати свою заробітну плату вчителям, що працювали замість неї. За цей час зверталася до різних фахівців, з'явилися думки, що хворіє невиліковним захворюванням, ймовірно онкологічним. За рекомендацією районного терапевта зверталася до психіатра, але ніяких скарг на порушення емоційного стану не пред'являла. Кілька тижнів приймала сногворні препарати. Обстежена нами під час повторної госпіталізації в гастроентерологічне відділення із симптомами шлункового болю і нудотою. Хворій застосовували діагностику по запропонованому способу, виявили специфічні невербальні маркери поведінки, характерні для прихованого депресивного синдрому: гіпомімію обличчя, складку Верагута, опущені кути рота і горизонтальні зморшки чола, тихий голос, відсутність жестикуляції і змін пози. Хвора не мала скарг з приводу свого емоційного стану і наголошувала на своїх соматичних відчуттях. Ґрунтуючись на даних етологічного обстеження, зупинилися на діагнозі соматоформної депресії. З цього моменту почалася антидепресивна терапія з використанням циталопраму. Через 7 днів етологічне обстеження було повторено і відзначено значне зменшення специфічних невербальних маркерів прихованого депресивного синдрому, хоча сама хвора не відзначала поліпшення свого стану. Через 2 тижні вже не було ніяких сумнівів у поліпшенні загального стану хворої. Покращився сон, зник біль в шлунку і нудота, з'явився апетит. Хвора відзначала підвищення енергії і фізичних сил. Ще через тиждень ніяких соматичних проявів не відзначалося. Хвора повернулася на роботу. Продовжує підтримуючу терапію антидепресантом. Диспансерне спостереження за хворою протягом 6 місяців не виявило соматичних скарг протягом усього періоду спостереження.

У клінічному прикладі показані типові прояви психосоматичного розладу у вигляді соматоформної депресії, при якій емоційні порушення заховані за соматичними відчуттями. У такому стані хворі не відзначають у собі емоційних порушень, що значно утрудняє діагностику захворювання. Виявлення специфічних невербальних маркерів прихованого депресивного синдрому дозволяє застосовувати адекватну тактику лікування.

Отримані дані свідчать про ефективність запропонованого способу діагностики прихованого депресивного синдрому при соматичних і соматоформних розладах та його перевазі стосовно наявного етологічного методу діагностики і сучасних клінічних методів обстеження, простоті, користі і перспективності використання не тільки в психіатричній, але й у загальній клінічній практиці.

Спосіб діагностики, що заявляється, дозволяє більш точно діагностувати прояви прихованого депресивного синдрому при соматичних і соматоформних розладах і вчасно починати відповідні терапевтичні втручання, що знижують імовірність хроніфікації соматичного захворювання.

Таблиця 1

Наявність розладу	Основна група	Група порівняння
Хворі кардіологічного профілю	10 6,4% жінок, 10 6,4% чоловіків	11 7% жінок, 19 12,2% чоловіків
Хворі гастроентерологічного профілю	4 2,5% жінок, 4 2,5% чоловіків	4 2,5% жінок, 4 2,5% чоловіків
Хворі відділення пограничник станів	20 12,8% жінок, 1 0,6% чоловіків	19 12,2% жінок 2 1,2% чоловіків
Хворі терапевтичного профілю	18	20

Поліклінічне відділення	11,5% жінок, 5 3,2% чоловіків	12,8% жінок, 5 3,2% чоловіків
Всього	72 46,1% хворих в тому числі 52 33,3% жінок, 20 12,8% чоловіків	84 53,8% хворих, в тому числі 54 34,6% жінок 30 19,2% чоловіків