

УДК 616.89-008

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МКБ-10 В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ

Н.П. Фетисова, Т.Н. Резниченко, Л.В. Останина

Близится внедрение 11-й редакции международной классификации психических и поведенческих расстройств. Какой она будет? Будут ли найдены ответы на насущные вопросы? В надежде на большую осмысленность в ее восприятии практикующими врачами авторы предлагают свой клинический опыт.

Ключевые слова: МКБ-10; практика использования; проблемы.

SOME CHALLENGES IN USING ICD-10 IN DIAGNOSTIC PROCEDURES

N.P. Fetisova, T.N. Reznichenko, L.V. Ostanina

The 11th edition of the international classification of mental and behavioral disorders is coming up. What it will be like? Will it contain answers to critical questions? The authors offer their clinical experience and hope that general practitioners would give more consideration to its understanding.

Keywords: ICD-10; practice of using; challenges.

Подчеркивая безусловную приоритетность ныне действующей 10-й классификации по сравнению с предшествующими, хотелось бы затронуть некоторые из ряда насущных вопросов, продиктованных опытом ее практического использования в диагностическом процессе.

Проблема первая – фактическая клиническая диагностика шизофрении. Что происходит? А происходит зачастую следующее: клиницист со стажем продолжает руководствоваться принципом интуиции и, надо сказать, небезуспешно, не слишком доверяя диагностическим критериям МКБ-10, но научившись при необходимости ловко ими манипулировать в обоснование. Что, в общем-то, не трудно. Начиная психиатр, возвращенный на критериях МКБ-10, оперирует ими еще более виртуозно, но идет зачастую по ложному пути. При этом, если у первого присутствует понимание того, что «иначе не получается», второй искренне недоумевает.

Совершенно очевидно, что ситуация не случайна, равно как на первый взгляд и парадоксальна. Кажущаяся парадоксальность ее в том, что за основу предлагаемой диагностики берутся проявления, обнаруживающие наибольшую статистическую частоту. При этом позитивным симптомам (в частности, симптомам первого ранга К. Шнайдера) отдается предпочтение. И вот здесь необхо-

димо заметить, что ни один из обозначенных критериев, по данным научной литературы, не является достаточно специфичным [1–3].

Рисунок 1 фиксирует ключевое положение указаний по диагностике [4].

Обычным требованием для диагностики шизофрении является наличие, как минимум, одного четкого симптома (или 2-х менее отчетливых симптомов), принадлежащего к группе а) - з), или 2-х симптомов из д) - и), которые должны отмечаться на протяжении большей части эпизода длительностью один месяц или более.

Рисунок 1 – МКБ-10. F20 – Шизофрения.
Диагностические указания

Закономерно возникает вопрос: насколько валидной и надежной является диагностика, основывающаяся на одном-двух признаках, не являющихся нозоспецифичными? Даже при условии, что они верно идентифицированы. К слову сказать, что сам К. Шнайдер, наделяя симптомы первого ранга приоритетным значением, предлагал их, прежде всего, для дифференциальной диагностики с МДП и рассматривал как достаточные, но не необходимые для постановки диагноза шизофрении при невозможности обнаружить какое-либо, могущее их объяснить, соматическое заболевание.

И как далеко может завести абсолютизация роли симптома, вырванного из контекста сложных, многоуровневых отношений нарушений при шизофрении? Это значит, игнорирование того, что в профессиональной среде принято называть структурно-динамическим анализом, исходящим, прежде всего, из психобиологических предпосылок. И не выхолащивается ли сама суть шизофрении при таком диагностическом подходе [5, 6]? Если, как замечает С.Ю. Савенко [7], статистическая классификация должна быть чисто описательной, внеконцептуальной, что, собственно, и имеет место быть, то как должен разрешиться созданный парадокс и, соответственно, осуществлена более состоятельная и корректная диагностика шизофрении (в условиях, когда МКБ-10 директивно позиционируется как диагностический стандарт)? Естественным образом напрашивается и другой вопрос: насколько оправдано совмещение целей?

Пока же в связи с диагностикой шизофрении встает еще одна проблема. Она фиксируется приведенными ремарками из текста МКБ-10 (рисунки 2, 3) [4].

Не следует диагностировать шизофрению при наличии явных признаков болезней мозга или при наличии состояний лекарственной интоксикации или отмены.

Рисунок 2 – МКБ-10. F20 – Шизофрения.
Диагностические указания

Как клинический диагноз должен отразить все многообразие возможных взаимоотношений органического и шизофренического процессов, и в частности там, где не стоит проблема патогенетической коморбидности (которая действительно сложна и требует разрешения)?

Аналогичные шизофреническим расстройства, развивающиеся при наличии эпилепсии или других болезней мозга, должны кодироваться как F06.2 (Органическое шизофреноподобное расстройство).

Рисунок 3 – МКБ-10. F20 – Шизофрения.
Диагностические указания

Для иллюстрации указанного положения приведем не столь уж редкий для клинической практики случай.

Больной Р., 56 лет. На приеме в сопровождении родственников в связи (в соответствии с записью врача приема) «с нарушениями ночного сна, аппетита, сниженным фоном настроения, пассивностью, безволием». Описание психического статуса: «на беседу идет неохотно, говорит, что «все хорошо». Настроение снижено, лицо гипомимичное, грустное, выражена межбровная склад-

ка. Суицидальные мысли отрицает». Состояние квалифицируется как «Депрессивный эпизод» (без указания степени тяжести), и пациент впервые в жизни госпитализируется в психиатрический стационар в психосоматическое отделение. Жалобы, выявляемые при поступлении (в интерпретации лечащего врача со ссылкой на беседу с женой пациента): «нарушения сна, сам с собой разговаривает, ничем не интересуется, стал равнодушен к окружающим». Описание психического статуса при осмотре: «напряжен, выражение лица недовольное, временами отсутствующее (производит впечатление человека, загруженного своими переживаниями). Мимика невыразительная. Активности не проявляет, необходима стимуляция вопросами. Контакт малопродуктивный. Ориентирован верно. Мышление замедленное, отвечает после долгой паузы фразами типа: «врачу незачем это знать», «разговор ни о чем», «как у всех, мы же все – люди». Психологическую дистанцию не выдерживает, фамильярен, легко аффектирует. Расстройства восприятия отрицает. К состоянию не критичен». При соматическом осмотре обращает внимание на шрам в области переносицы, искривление спинки носа, келоидные рубцы в области брюшной стенки (аппендэктомия, холецистэктомия под наркозом). В описании неврологического статуса указывается на легкую асимметрию лица, тремор пальцев вытянутых рук. В процессе сбора анамнестических сведений выясняется, что около 9 месяцев назад, находясь в одной из Центрально-Азиатских республик в гостях у родственников, пациент был арестован без объяснения состава преступления, провел в СИЗО 5 дней и так же, без объяснений, был освобожден. По возвращении вел себя неадекватно: «сам с собой разговаривал, был беспокоен, не спал ночами, прыгал, сжег все семейные портреты, на критику не реагировал». Пролечен в частной клинике с положительным эффектом. Прием нейролептиков было рекомендовано продолжить. Там же при обследовании у кардиолога выставлен диагноз: «КБС. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Желудочковая экстрасистолия. Гиперхолестеринемия. Сахарный диабет 2 типа». Через 6 месяцев прием препаратов самостоятельно прекратил, на фоне чего «отгородился от друзей, знакомых, перестал работать, заботиться о семье, большую часть времени был бездействен, нарушился сон», что и побудило близких вновь обратиться за помощью. Выяснилось также, что подобный эпизод, психогенно спровоцированный, имел место около 20 лет назад, разрешившись через 5 месяцев на фоне лечения у целителей. Вплоть до 2014 года, со слов родственников, чувствовал себя хорошо,

много работал. Наследственная отягощенность психическими заболеваниями отрицается. **Данные инструментальных исследований:** ЭЭГ – изменения биоэлектрической активности головного мозга ирритативного характера, превалирование процессов возбуждения; РЭГ – признаки гипертонической церебральной сосудистой ангиодистонии, затруднения венозного оттока с двух сторон; МРТ-проявления дисциркуляторной энцефалопатии, лейкоарейоза, умеренно выраженной вентрикуломегалии без повышения внутрижелудочкового давления. **Данные экспериментально-психологического обследования (ЭПО):** недостаточные концентрация и устойчивость внимания. Объем кратковременной памяти в норме. Объем долговременной памяти значительно снижен. Интеллектуальные способности – средняя норма по Д. Векслеру. **Диагноз лечащего врача:** «Органическое шизофреноподобное расстройство» (со ссылкой на наличие верифицированной органической патологии ЦНС). **Описание психического статуса консультантом отделения:** «в контакте держится настороженно, сидит на значительном удалении, вполборота. Получить прямые ответы на поставленные вопросы, особенно в части психопатологических нарушений, не представляется возможным. Ответы расплывчатые, элементы паралогичности, соскальзывания. При настойчивом обращении расстройства восприятия отрицает, вместе с тем вербализуются идеи отношения. Направленный расспрос жены выявляет, что фотографии сожжены под влиянием голосов («приказали»), несвойственные мужу ранее аутизация, аспонтанность, эмоциональная нивелировка отчетливо выявились на фоне отмены нейролептиков». Также указывается на общность характерологических черт матери пациента, его самого и младшего сына, который уже дважды менял вуз, бросал, периодически одержим какими-то идеями, но на настоящий момент так ни в чем и не реализовался. В опоре на стереотип развертывания симптоматики, сочетание позитивных симптомов с изменениями личности и формальными расстройствами мышления особого типа, отсутствие видимого параллелизма органического и психотического расстройств, отсутствие (по данным ЭПО) значимого когнитивного дефицита выставлен диагноз «Шизофрения».

Из приведенного описания очевидно, что:

а) вторым и третьим специалистами принята альтернативная квалификация состояния, никак не рассматривающая правомерность сочетанной диагностики (не в силу ли определенных формулировок, отраженных на рисунках 2, 3?);

б) проигнорированы в случае лечащего врача динамика психотических нарушений и указание на недостаточно обоснованную постановку диагноза

органического шизофреноформного расстройства в случае неспецифического характера органической причины (рисунок 4);

Не следует устанавливать диагноз органического бредового расстройства в случаях, если органическая причина имеет неспецифический характер или подтверждается ограниченными данными...

Рисунок 4 – МКБ-10. F06.2 – Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство.
Диагностические указания

в) решающую роль в постановке диагноза шизофрении сыграл именно структурно-динамический анализ симптоматики, а не стохастическая диагностика [4];

г) одни и те же клинические проявления получили совершенно различную интерпретацию в зависимости от установки на восприятие каждого из специалистов, соответственно обеспечивая большой риск ложной идентификации и произвольного привлечения к рассмотрению самих диагностических критериев.

И третье: неоправданное использование категории «Органическое расстройство личности» для квалификации когнитивных органических расстройств, не достигающих степени деменции, к сожалению, клиническая реальность. Не является ли это указанием на недостаточную очевидность призванных их отразить дефиниций?

Литература

1. Банщиков В.М. Общая психопатология / В.М. Банщиков. М.: Медицина, 1969. С. 134–138.
2. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств / С.Н. Мосолов. М., 2001. С. 8–43.
3. Наджаров Р.А. Шизофрения: справочник по психиатрии / Р.А. Наджаров; под ред. А.В. Снежневского. М., 1985. С. 83.
4. МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств / под ред. Ю.Л. Нуллера и С.Ю. Циркина. ВОЗ. СПб.: Оверлайд, 1994. 303 с.
5. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов / С.Н. Мосолов. СПб., 1995. С. 333–335.
6. Тен В.И. Концепция «единого психоза» Неймана – Гринингера: адаптационная парадигма в психиатрии / В.И. Тен // Вестник КРСУ. 2008. Т. 8. № 4. С. 151–154.
7. Савенко С.Ю. Ипохондрический невроз. Современное понимание / С.Ю. Савенко // Независимый психиатрический журнал. 2004. № 2.