

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ПРИ КВАЛИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ В СООТВЕТСТВИИ С МКБ-10

Т.М. Кадырова

Опыт использования МКБ-10 в течение десяти лет позволил выявить положительные и негативные стороны квалификации психических расстройств. Отдельные наименования психических расстройств требуют дополнительного уточнения.

Ключевые слова: психические расстройства, умственная отсталость, нарушение психологического развития, эмоциональные и поведенческие расстройства.

Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10) внедрена и используется практически во всех странах мира, начиная с 90-х гг. XX столетия. Пятая глава МКБ-10 включает все психические и поведенческие расстройства с описанием основных диагностических критериев, рассматриваемых в качестве международных стандартов диагностики [1]. Психиатрическая систематика в 10-м пересмотре значительно претерпела изменения по сравнению с предыдущими классификациями, в частности с МКБ-9 [2]. МКБ-10 значительно превышает по объему МКБ-9, в которой использовались только цифровые коды (001–999), тогда как в МКБ-10 принята буквенно-цифровая схема кодирования, где первоначально указывается буква, а затем следуют на трехзначном уровне две цифры (A00-Z99), что значительно расширило число

категорий, используемых для классификации. В посвященной психическим расстройствам пятой главе МКБ-9 было только 30 трехзначных категорий (290–319), тогда как в аналогичной главе МКБ-10 содержится 100 соответствующих категорий. Часть из них остается неиспользованной, что позволит вносить изменения в классификацию без необходимости переименовывать всю систему. К достоинствам МКБ-10 также следует отнести введение новых рубрик, сужения границ шизофрении, отказа от дихотомии на психозы и неврозы. Тем не менее термины “невротические” и “психотические” все еще сохраняются в отдельных случаях данной классификации. В частности, термин “психотические” сохранен в качестве описательного термина, указывающего на наличие бреда, галлюцинаций или некоторых форм нарушения поведения, таких как резкое

возбуждение и гиперактивность, выраженная психомоторная заторможенность и кататоническое поведение. Вместо дихотомии невроз-психоз расстройства сгруппированы в соответствии с основными общими характеристиками и описательной схожестью, что делает классификацию более удобной для использования.

Распределение расстройств по группам проведено на основании не только сходства клинических симптомов, но и родственности их происхождения; изменен порядок диагностирования за счет введения гораздо более подробных характеристик расстройств и четких диагностических критериев включения и исключения. Таким образом, представлена дифференциальная диагностика многих психических расстройств в качестве нозологических форм. При этом диагностические рубрики отражают как текущее состояние, так и относятся к длиннику болезней. Для каждого расстройства предлагается описание основных клинических признаков и любых значимых, но менее специфических признаков, которые связаны с ними. В большинстве случаев предлагаются “диагностические указания”, определяющие количество и соотношение симптомов, необходимых для достоверной диагностики. Диагностические указания сформулированы таким образом, чтобы сохранить гибкость диагностических решений в клинической диагностике, особенно в тех ситуациях, когда требуется установление временного или предварительного диагноза. Диагностические указания в МКБ-10 отражают узловые пункты клинической практики, которые, с одной стороны, представлены во многих учебниках, руководствах, с другой – отражают достижения психиатрической науки на тот период времени. Исходя из этого, диагностические указания, сформулированные в МКБ-10, выступают в качестве основополагающих для клинического обучения. Также выгодно отличает МКБ-10 от предыдущей классификации возможность и даже необходимость использования нескольких кодов, чтобы полностью отразить клиническую картину того или иного психического расстройства. При кодировании более одного диагноза выделяется код основного расстройства, остальные выступают в качестве дополнительных. Предпочтение отдается диагнозу, наиболее удобному для проведения статистической обработки, тогда как в практической деятельности такой диагноз часто характеризует расстройство, послужившее причиной для обращения за консультацией или госпитализации в психиатрическое учреждение. При

оценке анамнестических сведений пациента в качестве основного диагноза может выступать “продольный” диагноз, который может не совпадать с тем, что отражает непосредственную причину консультации или лечения: например, ребенка с умственной отсталостью госпитализируют в связи с энурезом или поведенческими нарушениями. Претерпела изменения и терминология в МКБ-10, в частности, используется термин “умственная отсталость” вместо олигофрении, “нарушение психологического развития” вместо задержки психического развития, “биполярное аффективное расстройство” вместо маниакально-депрессивного психоза и т.д. Существенным вкладом явилось использование в МКБ-10 понятия “расстройство” вместо понятий “болезнь” или “заболевание”. Под “расстройством” подразумевается клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию. Понятие “расстройство” обладает менее стигматизирующим характером.

Несмотря на многие достоинства МКБ-10, квалификация отдельных нозологических форм психических расстройств носит дискуссионный характер.

Поэтому целью предпринятого исследования явилась оценка квалификации отдельных нозологических форм психических и поведенческих расстройств наиболее часто встречающихся у детей в рамках МКБ-10.

МКБ-10 V глава (F00- F99) используется психиатрической службой Кыргызской Республики с 1999 г. и в течение десяти лет диагностика, статистический учет, медицинская документация оформляются в соответствии с перечнем психических расстройств в данном руководстве. К числу достоинств МКБ-10 следует отнести возможность квалификации психических и поведенческих расстройств у детей и в других разделах, если диагностические критерии разделов F8 и F9, относящихся только к детскому и подростковому возрасту, недостаточны для диагностики определенного психического расстройства.

Структура МКБ-10 такова, что каждый из 10 разделов (F00- F99) пятой главы объединяет группу психических расстройств по этиологическому принципу. В повседневной деятельности психиатры, оказывающие психиатрическую помощь детскому населению, работают практически со многими рубриками МКБ-10, но преимущественно с F0, F7, F8, F9. По данным заболеваемости и распространенности пси-

хической патологии у детей (в соответствии со статистическими показателями отдела информации и статистики Республиканского центра психического здоровья) на первом месте по частоте располагается ментальная ретардация или умственная отсталость (F7). Следующую позицию занимают органические расстройства (F0) и нарушения психологического развития (F8), и, наконец, на третьем месте – эмоциональные и поведенческие расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (F9). Психические расстройства из других разделов МКБ-10 по частоте встречаемости и квалификации у детей занимают более низкие показатели.

Практический опыт применения МКБ-10 в течение этого времени выявил ряд дискуссионных моментов. Если следовать той последовательности изложения, в которой описываются все психические расстройства, то первым разделом МКБ-10 являются “органические, включая симптоматические психические расстройства” (F0). Из всей данной большой группы психических расстройств в практике консультирования наиболее часто встречаются следующие нозологические категории: “органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство” (F06.0), “деменция при других уточненных заболеваниях” (F02.8), “органическое расстройство личности” (F07.6). Формулировка расстройства “органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство” в одном определении включает два момента, с одной стороны, это характеристика эмоциональной сферы с акцентом на лабильность, с другой – преобладание физических признаков (головные боли, истощаемость и пр.). В перечислении диагностических критериев данного расстройства отсутствует четкость изложения, оценка тяжести, не отражено наличие или отсутствие когнитивных нарушений. Под рубрику F02, включающая все виды деменции, выделяет отдельные виды с соответствующим кодом, но, к сожалению, не учтены деменции, возникающие у детей в связи с эпилепсией, с перенесенной тяжелой черепно-мозговой травмой или в связи с поствакцинальным энцефалитом. Все данные виды деменций сгруппированы в одну группу “деменция при других уточненных заболеваниях”, что искажает статистический учет данного вида патологии. Диагноз “органическое расстройство личности” используется чаще при диагностике у детей поведенческих расстройств в сочетании с эмоциональными и когнитивными нарушениями, обусловленные наличием органической патологии. Но данная формулировка диа-

гноза предпочтительна для взрослых, поскольку говорить о формировании личности у детей в контексте психиатрической диагностики преждевременно.

Диагностика других видов психических расстройств рубрики F0, реже используемых в практике консультирования, также носит дискуссионный характер. В частности, в клинической практике возникают случаи, которые следует квалифицировать как “сумеречные нарушения сознания” в рамках органической, но не эпилептической природы. В такой ситуации не всегда целесообразным является диагностика расстройства в качестве “делирия” (F05). Нецелесообразность объясняется разными терапевтическими подходами, используемыми при лечении данных видов нарушений сознания.

Следующая нозологическая единица, которая практически не используется из-за ограниченности данного нарушения диагностическими рамками в форме их обязательной кратковременности – это “легкое когнитивное расстройство” (F06.7). К сожалению, в руководстве не определены ни четкие диагностические критерии, ни временные границы. Имеют место указания на продолжительность указанного расстройства всего в несколько недель. Таким образом, данная форма психического расстройства практически “не работает”, т.е. не используется. Целесообразно было бы говорить об органическом когнитивном расстройстве, например, с легкими и умеренными проявлениями, т.е. выделение степени относительной тяжести; также не ограничиваться временными рамками в несколько недель, поскольку в отдельных случаях возможно длительное течение. В таких случаях вполне обоснованным было бы установление, например, органического астенического расстройства с легкими или умеренными когнитивными расстройствами. Тем более в МКБ-10 предлагается данный диагноз “легкое когнитивное расстройство” устанавливать при наличии основного психического или поведенческого расстройства. В случае редуцирования признаков основного психического расстройства, но при наличии сниженных когнитивных функций возможна была бы квалификация данного расстройства в качестве самостоятельного “органического когнитивного расстройства” с различными степенями тяжести.

Что касается следующего органического расстройства, квалифицируемого как “посткоммоционный синдром”, то оно так же как и предыдущее психическое расстройство практически

не используется в работе детских психиатров в силу нечеткости и размытости диагностических указаний в МКБ-10. В частности, нет признаков, определяющих степень тяжести, продолжительность (временные параметры), степень снижения или отсутствие когнитивных расстройств, не указаны возможности появления поведенческих расстройств у детей. Тогда как в практике консультирования довольно часты случаи обращаемости именно с появлением различных психических и особенно поведенческих расстройств вследствие травмы головы у детей. Более того, следует отметить, что в формулировке данного расстройства используется понятие “синдром”, тогда как во введении руководства дается обоснование о целесообразности применения термина “расстройство”.

В рубрике F70-F79 “Умственная отсталость” четвертым знаком определяется выраженность только поведенческих расстройств, не учтены другие психические нарушения, которыми могут страдать умственно отсталые дети. Если ребенок с умственной отсталостью страдает поведенческими расстройствами, то в соответствии с МКБ-10 можно ограничиться одним кодом, например F70.1, что квалифицируется как “легкая умственная отсталость со значительными поведенческими расстройствами”. Но если ребенок с умственной отсталостью страдает энурезом, то квалификация производится уже двумя кодами, т.е. F70 и F98.0; если ребенок обнаруживает тикозные расстройства, аффективную патологию, то используется также двойная кодировка. То есть имеет место противоречивость в квалификации данной диагностической категории. В разделе “Умственная отсталость” кодом F78 кодируется “другая умственная отсталость”. Использование данного диагноза, например, у детей с сенсорными дефектами, недостаточно, поскольку в любом случае необходима квалификация ментальной ретардации по степени. Ребенок даже с сенсорным дефектом может иметь разную степень интеллектуальной несостоятельности и в одних случаях может обучаться в специализированных школьных учреждениях, а в других не способен усвоить элементарные навыки самообслуживания, т.е. нуждается в опеке. В таких случаях неуместно одновременное установление диагнозов F78 и F71 у одного лица. Имеют место случаи, когда у детей с заведомо установленным диагнозом “умственная отсталость” присоединяются со временем судорожные припадки. В таких случаях целесообразна квалификация этих нарушений как умственная отсталость с эпилеп-

тиформным синдромом, а не выделение двух нозологических наименований (умственная отсталость и эпилепсия), как предлагается в МКБ-10 при отсутствии тенденции к прогрессированию судорожных состояний и эмоционально-волевых изменений личности. В противоположных случаях следует констатировать развитие эпилепсии с умственной отсталостью. В рубрике (F8) “Нарушения психологического развития” не определена дальнейшая квалификация таких расстройств, как “детский аутизм” и синдром Геллера по мере взросления детей, за исключением синдрома Аспергера. Учитывая особенности развития, поведения таких детей можно использовать понятие “атипичная умственная отсталость”, поскольку в подавляющем большинстве случаев имеет место интеллектуальная несостоятельность, соответствующая той или иной степени умственной отсталости, но оно отсутствует в рубрике F70-79. Хотя понятие “атипичный аутизм” присутствует в МКБ-10 и подразумевает собой умеренную умственную отсталость с аутистическими чертами.

В разделе F9 МКБ-10 к спорным моментам следует отнести разделение поведенческих расстройств на собственно поведенческие (социализированное, несоциализированное, оппозиционно-вызывающее расстройства поведения) и смешанные расстройства поведения и эмоций. Но в практике семейного консультирования довольно часто обнаруживается присутствие эмоциональных проблем у детей и с первой группой расстройств. “Расстройство сиблингового соперничества” рассматривается в рамках смешанного расстройства эмоций и поведения и диагностируется прежде всего по поведенческим критериям, которые становятся достаточно очевидными и заметными в силу соперничества и сопровождаются в выраженных случаях агрессивными действиями по отношению к младшему сиблингу. Причиной такого поведения являются эмоциональные проблемы, связанные с ощущением ребенком недостатка прежнего внимания, отсутствием любви, наступающие вслед за рождением младшего сиблинга. Но те же эмоциональные проблемы могут быть причиной социализированного, несоциализированного расстройства поведения и оппозиционно-вызывающего поведения у детей. Семейные проблемы, неправильные воспитательные подходы, негативные формы поведения родных могут также приводить к развитию эмоциональных расстройств у детей с формированием в дальнейшем патологических форм поведения.

Таким образом, в Международной классификации болезней 10 пересмотра квалификация отдельных нозологических форм психических расстройств у детей носит дискуссионный характер. Однако описанные выше предложения выдвигаются не в качестве основополагающих, а являются весьма актуальными вопросами, требующими своего разрешения для практических нужд психиатрического консультирования детей и подростков.

Литература

1. Международная классификация болезней (10-пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (ВОЗ). – СПб.: Оверлайд, 1994. – 302 с.
2. *Жариков Н.М., Генхард Я.* Классификация психических болезней: Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова. – Т. 1.