

УДК 616.89.005

К ВОПРОСУ О ПОДГОТОВКЕ НОВОЙ МКБ

Е. А. Григорьева, Л. К. Хохлов

Ярославская государственная медицинская академия

В настоящее время разворачивается работа по созданию нового варианта Международной классификации – МКБ-11 и хочется надеяться, что она будет более совершенной, удачной, чем МКБ-10.

В целом, создание МКБ-10, МКБ-11 и последующих классификационно-диагностических систем – это обеспечение обоснованности, достоверности, воспроизводимости диагноза: разные врачи в соответствующих случаях должны приходить к одинаковым результатам.

Для психиатрии этот вопрос не простой. У больных очень сложная, видоизменяющаяся патология, поэтому нередко трудно дифференцировать частное и общее. Методы диагностики психических расстройств остаются во многих случаях функциональными, описательными, что связано, в первую очередь, с недостаточностью знаний о причинах и патогенезе многих психических расстройств. Между тем от диагноза зависит успех терапии, решение социально-правовых, экспертных вопросов.

Действующая в настоящее время МКБ-10 является довольно прагматичной. Российским психиатрам и наркологами при переходе на МКБ-10 пришлось встретиться с большими трудностями, чем это было, например, при введении предшествующих МКБ. Дело в том, что предшествующая МКБ-9 классификационно-диагностическая схема – это схема, отражающая преимущественно взгляды европейских психиатрических школ. С ними у отечественной психиатрии много общего. В МКБ-10 нашли наибольшее отражение представления преимущественно одной психиатрической школы – американской. Она по многим диагностическим позициям и даже терминологии отличается от традиционной европейской. В национальном руководстве констатируется (В.А.Точилон): «российская психиатрия вдруг совершила незаметный, но явный поворот от германоязычной к англоязычной психиатрии» (2). Сами американцы высоко оценивают свои классификации: «последнее слово в продолжающейся серии диагностических классификаций» и т.д.

Необходимо добиваться, чтобы при очередном пересмотре МКБ полнее учитывались точки зрения и других психиатрических школ, в том числе и российской.

Классификационно-диагностическая система МКБ-10 нашла отражение в опубликованных руководствах по психиатрии и наркологии для врачей и студентов медицинских ВУЗов. Правда, не без основания, авторами руководств проявлена сдержанность. Предпочтение во многом отдается традиционным для отечественной психиатрии воззрениям. Учтена точка зрения, согласно которой МКБ-10 предназначается только для статистических целей. Это, по мнению многих, не клиническая, а статистическая классификация. Классификация, которая помогает психиатрам понимать друг друга на международных конгрессах, проводить международные апробации лекарственных средств. Правда, при последних мы пользуемся DSM-IV-TR.

В целом, в МКБ-10 недостаточно учитываются не только этиопатогенетические факторы, но и динамика психических расстройств. В чем-то эта позиция понятна и справедлива. К сожалению, все нозологические классификации в психиатрии, говоря языком А.С.Кронфельда (1), «лишь предварительные результаты клинической договоренности». И в настоящее время в отношении ряда заболеваний, выделяемых в разных психиатрических классификациях, до конца неясно, где речь идет о синдроме, а где о нозологической единице. Это касается и МКБ-10.

Вместе с тем нельзя целиком согласиться, что МКБ-10 – исключительно статистическая схема. В классификации в отношении каждого психического расстройства приводится описание клинических признаков, выделяются ведущие сочетания. Совокупность этих признаков не всегда соответствует укоренившимся в отечественной психиатрии представлениям о синдроме. Но и среди отечественных психиатров нет единодушия в отношении границ ряда синдромов. Есть концепция о больших и малых синдромах. Взята на вооружение точка зрения о синдромальной коморбидности. И одни российские исследователи при одной и той же картине болезни говорят об одном синдроме, другие – о нескольких.

В общем, нужно признать, что МКБ-10 отражает сложные преобразовательные процессы в клинической психиатрии. И, прежде всего, это знаменует

отход от прежних представлений о жестких границах между психическими болезнями. Все в мире имеет свой континуум. Психические болезни – не исключение.

Слабым звеном является то, что в МКБ-10 нет четких границ между психотическими и непсихотическими формами патологии. Так, противоречивое положение заняли реактивные психозы. Истерические реактивные психозы (диссоциативный ступор, трансы, состояния овладения, синдром Ганзера и проч.) отнесены, наряду с прочими диссоциативными (конверсионными) расстройствами в число невротических. Кроме того, тревожная агитация, маниакальное возбуждение (даже при отсутствии галлюцинозно-бредовых переживаний) могут достигать психотического уровня (тяжелое состояние, отсутствие адекватного осознания болезни, неспособность отделить субъективное от реального).

Неоднозначно отношение к динамике психических нарушений. При шизофрении, расстройствах настроения она в какой-то мере учитывается, а при органических психических расстройствах практически не учитывается. Между тем, при современных методах лечения все чаще встречаются транзиторные психопатологические картины, в том числе с когнитивными изменениями разной степени выраженности.

Органический галлюциноз (F06.0), органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство по клиническому опыту могут сочетаться с психоорганическим симптомокомплексом различной степени выраженности. Однако в соответствующих диагностических указаниях в МКБ-10 утверждается, что при этом должны отсутствовать выраженное интеллектуальное снижение (F06.0), ослабление памяти (F06.2). Далее в МКБ-10 имеются рубрики: постэнцефалитический синдром (F07.1), постконтузионный (посткоммоционный) синдром (F07.2). И в то же время возможны диагнозы: органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство, легкое когнитивное расстройство, расстройство личности и поведения в связи с травмой головного мозга или в связи с нейроинфекциями. То есть рубрики дублируются. В настоящее время возрастает заболеваемость прогрессивным параличом. Современное поколение врачей почти забыло об этой серьезной своеобразной форме нейросифилиса. И представляется целесообразным то, что диагноз прогрессивного паралича, паралитической деменции должен найти прямое выражение в МКБ; рубрика «Деменция в связи с нейросифилисом» нуждается, на наш взгляд, в дифференциации.

Требуется коррекция и классификация аффективных расстройств. В отечественной психиатрии, кроме униполярных депрессивных расстройств (в МКБ-10 – рекуррентные депрессивные расстрой-

ства), рассматриваются униполярные маниакальные, которые в МКБ-10 в отдельную рубрику не внесены, хотя выделяется «маниакальный эпизод» (F30), то есть было бы целесообразно выделить и рекуррентные маниакальные расстройства. Вызывает сомнение слишком резкое противопоставление выраженных форм аффективных расстройств хроническим вариантам. Дебют и завершающая стадия МДП в течение многих лет могут протекать как циклотимия, а тяжелые фазы перемежаются с циклотимическими. Отсутствует четкость в понятии «дистимия», куда по МКБ-10 включаются невротическая депрессия, депрессивное расстройство личности, хроническая тревожная депрессия. В подтипы дистимий (кроме «чистой дистимии») по современным понятиям должны быть включены дистимии с первичным единичным эпизодом (двойная депрессия). Было бы неплохо, чтобы в разделе «рекуррентное депрессивное расстройство» и «рекуррентное маниакальное расстройство» нашло отражение не просто «текущее состояние ремиссии», а более конкретные характеристики: состояние полной (интермиссии) или неполной ремиссии.

В разделе «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с (вызванные) употреблением психоактивных веществ» необходимо уделить больше внимания дифференциации аффективных и тревожных расстройств. По современным данным, и депрессии, и тревога – очень частые проявления в клинике этих заболеваний на разных этапах и серьезно влияют на прогноз.

В отечественной психиатрии четко и дифференцированно описываются психопатологические синдромы, в отличие от МКБ-10, где нередко изложение симптомокомплексов носит неполный характер. Хотелось бы, например, чтобы при постановке диагноза непрерывной параноидной шизофрении в МКБ-11 нашел отражение синдром, который сопровождает непрерывное течение (прежде всего, галлюцинозно-параноидный, в том числе Кандинского-Клерамбо, или парафренный). При эпизодическом типе течения (с нарастающими изменениями личности или без таковых) существовало бы больше возможностей для уточнения синдромального типа текущего эпизода, что крайне важно для выбора тактики терапии.

При разработке новой классификации психических расстройств МКБ-11, на наш взгляд, необходим дополнительный раздел, а, следовательно, и дополнительный код наиболее значимых нежелательных явлений, зафиксированных при терапии. В DSM-IV-TR это нашло отражение.

В заключение хотелось бы выразить надежду, что в новой МКБ-11 будут учтены замечания и пожелания российских психиатров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кронфельд А.С. Развитие концепции шизофрении до Крепелина // Труды института им. Ганнушкина. М., 1939. С. 5–49.
2. Психиатрия. Национальное руководство. М.: изд. гр. «ГЭО-ТАР-Медиа», 2009. 992 с.
3. Diagnostic criteria from DSM-IV-TR. Washington: American Psychiatric Association, 2000. 270 p.

К ВОПРОСУ О ПОДГОТОВКЕ НОВОЙ МКБ

Е. А. Григорьева, Л. К. Хохлов

В статье авторы высказывают ряд принципиальных критических замечаний в адрес МКБ-10: отражение представлений преимущественно американской психиатрической школы в ущерб европейским, недостаточный учет этиопатогенетических факторов и динамики психических расстройств, отсутствие четких границ между

психотическими и непсихотическими формами патологии и др. Предлагаются конкретные рекомендации по коррекции отдельных рубрик в новой классификации МКБ-11.

Ключевые слова: коррекция отдельных рубрик в новой классификации МКБ-11.

CONCERNING DEVELOPMENT OF THE NEW ICD

E. A. Grigoryeva, L. K. Khokhlov

In this article, the authors formulate a number of significant critical remarks concerning ICD-10. According to their view, it reflects primarily the ideas of the American psychiatric school at the expense of European one, it underestimates the role of etiopathogenetic factors and the course

of mental disorders, it does not have clear-cut borders between psychotic and nonpsychotic forms of pathology etc. They give concrete recommendations on correction of separate sections in the new ICD-11.

Key words: correction of separate sections in new classification ICD-11.

Григорьева Елена Алексеевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии Ярославской государственной медицинской академии; e-mail: prof.grigorieva@mail.ru

Хохлов Леонид Константинович – доктор медицинских наук, профессор, кафедра психиатрии Ярославской государственной медицинской академии