

## Типичные врачебные ошибки в дифференциальной диагностике эндогенных психозов

П.Ю. Мучник, Е.В. Снедков

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург

**Резюме.** Проведено исследование алгоритма разграничения эндогенных психических расстройств в практике психиатрического стационара. В рамках исследования проведено ретроспективное изучение историй болезни пациентов, страдающих аффективными расстройствами, неоднократно госпитализированных в психиатрический стационар с различными диагнозами. Изучены и проанализированы факторы, оказывающие влияние на установление диагноза.

Результаты исследования обнаружили большое влияние субъективного фактора на установление окончательного диагноза. Наибольшая частота несовпадения диагнозов с критериями МКБ-10 обнаружена в случаях маниакальных и маниакально-бредовых приступов. Улучшению ситуации с гиподиагностикой аффективных расстройств могло бы способствовать усиление внимания к изменениям аффективной сферы. Этот принцип, например, нашел практическую реализацию в диагностических клинических интервью (MINI, SCID, CIDI), одной из задач которых является уменьшение влияния субъективного фактора и предупреждение диагностической предвзятости.

**Ключевые слова:** аффективные расстройства, эндогенные психозы, диагностика.

## The study of differential diagnosis of endogenous mental disorders in hospital practice

Muchnik P.Y., Snedkov E.V.

North-West State Medical University n.a. I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg

**Summary.** We studied the algorithm distinguishing endogenous mental disorders in psychiatric hospital practice. In a study, the retrospective examination medical records of patients with affective disorders, has repeatedly admitted to a psychiatric hospital with different diagnoses were performed. Factors affecting the diagnosis were detected and analyzed. Results of the study showed a great influence of the subjective factor in the establishment of a final diagnosis. The highest frequency mismatch diagnoses with ICD-10 criteria was found in cases of mania and manic delusional episodes. More attention to the affective changes could improve the situation of underdiagnosis of affective disorders. This principle, for example, found in the practical implementation of clinical diagnostic interview (MINI, SCID, CIDI), one of the objectives of which is to reduce the impact of the subjective factor and prevention of diagnostic bias.

**Keywords:** affective disorder, endogenous psychoses, diagnostics.

### Введение

Решение задач дифференциальной диагностики заболеваний, составляющих пестрый континент шубообразных, периодических и циркулярных психозов, сопряжено с огромными сложностями, а нозологические диагнозы, установленные на начальных этапах болезни, в дальнейшем зачастую не подтверждаются [2, 10]. Так, при изучении 10-летнего катамнеза пациентов с маниакально-депрессивным психозом (МДП) отмечена высокая частота перекрестной диагностики МДП и шизофрении. При этом в 25% наблюдений первоначальный диагноз признается ошибочным, но до окончательного диагностического вердикта врачей больной обычно должен перенести 4–5 приступов [5]. Впрочем, и длительное катамнестическое наблюдение далеко не всегда обеспечивает надежную опору для постановки точного диагноза. Одно из исследований показало, что примерно в трети случаев, даже спустя много лет после начала болезни, однозначное решение ди-

леммы «шизофрения или МДП?» все равно оказывается невозможным [8].

Затронутая проблема особо актуальна для отечественной психиатрии, с ее исторически сложившейся традицией расширительной диагностики шизофрении, которая оставляет в границах МДП только лишь приступы «чистых» депрессий и маний с конгруэнтными им ложными идеями. Определенные надежды на сближение диагностической практики российских психиатров с мировыми стандартами некогда связывались с внедрением операциональных критериев МКБ-10 [6], а также с разделением в ней биполярного и монополярного вариантов течения МДП — единой нозологической формы в МКБ-9 — на две самостоятельные диагностические рубрики («биполярное аффективное расстройство» (БАР) и «рекуррентное депрессивное расстройство»). Увы, эти надежды себя не оправдали. По данным ВОЗ, коэффициент отношения распространенности шизофрении к БАР в мире равен 0,7 [11]. В США он до-

стигает 2,3 [14]. По данным медицинской статистики Санкт-Петербурга, в нашем городе этот показатель составляет 0,26. Следовательно, отечественные психиатры устанавливают диагноз БАР как минимум, в два раза реже, чем их зарубежные коллеги (зато диагноз шизофрении — как минимум в два раза чаще).

Выяснение причин, порождающих столь очевидные диагностические расхождения, — отнюдь не праздное теоретизирование. Верный нозологический диагноз позволяет прогнозировать течение и возможный исход заболевания, служит надежным ориентиром в определении тактики противорецидивной терапии, реабилитации и социальной помощи. Необоснованное применение антипсихотиков способствует затягиванию аффективного психоза, а иногда приводит к серьезному утяжелению симптоматики; необоснованное использование их в роли средства вторичной профилактики сопровождается ухудшением качества и продолжительности ремиссий, течения и исхода заболевания [4]. Гипердиагностика шизофрении является фактором стигматизации пациентов в обществе, ошибок в судебно-психиатрической практике, необоснованных переводов на инвалидность и увеличения экономических затрат.

#### Цели и задачи исследования

Целью данного фрагмента комплексного исследования явилось изучение процесса дифференциальной нозологической диагностики приступов аффективных и аффективно-бредовых эндогенных психозов в практике отечественных психиатров.

Для реализации указанной цели определены следующие задачи: выявить симптомы и синдромы, оказывающие влияние на дифференциацию эндогенных расстройств; сопоставить выявленные факторы с критериями МКБ-10; изучить влияние структуры приступов на распознавание симптоматики; установить причины гиподиагностики аффективных расстройств в условиях психиатрического стационара.

#### Материал и методы

Изучены истории болезни пациентов, проходивших стационарное лечение в санкт-петербургской психиатрической больнице Св. Николая Чудотворца в период с 2000 по 2007 год. Критериями включения были: информация о смене диагнозов аффективных расстройств и шизофрении, наличие аффективной симптоматики в структуре приступа, наличие более чем одного перенесенного приступа за исследуемый период. В случаях, если включенный в исследование пациент госпитализировался до 2000, анализу подвергались все его истории болезни, имеющиеся в архиве. Из анализа исключались пациенты, течение заболевания которых обнаруживало однозначное нарастание характерной шизофренической дефицитарной симптоматики. В вошедших в анализ клинических случаях отмечалось приступообразное течение заболевания и достаточно качествен-

ные (типа А или В по М.Я. Серейскому) ремиссии в межприступных промежутках. Когда изучение длинника заболевания показывало развитие шизофренического процесса с нарастанием специфической дефицитарной симптоматики, пациент в исследование не включался. Кроме того, из анализа были исключены истории болезни с нечитаемыми данными, а также случаи госпитализаций, не связанных с развитием очередного приступа заболевания (принудительное лечение, госпитализации по социальным показаниям) и те истории болезней, где практически отсутствовало описание психического состояния и все записи сводились к готовым умозаключениям и терминологическим интерпретациям лечащего врача.

Учетные данные, касающиеся анамнеза, социального и трудового статусов, семейного положения, клинической картины приступа, купирующей терапии, противорецидивной терапии, получаемой в период предшествующей интермиссии, ее длительности и качества, изменений, произошедших в различных сферах функционирования, со времени начала заболевания по каждому клиническому случаю заносились в регистрационные карты, включающие 58 пунктов.

Исследование ставило целью не пересмотр диагнозов, а соответствие врачебных записей в историях болезни клиническим описаниям и указаниям по диагностике, предусмотренным МКБ-10. Анализировались не только записи лечащего врача, но и записи специалистов, в меньшей степени определявших постановку окончательного диагноза (врачей приемного покоя, дежурных врачей). Особое внимание уделялось описательной части записей, раскрытию внутренних переживаний, примерам речевой продукции, поведения и поступков пациента.

#### Результаты

Всем критериям включения и исключения удовлетворяли 92 пациента, в общей сложности перенесшие за исследуемый период 400 приступов. Изучены все доступные истории болезни каждого пациента, включенного в анализ. 38 пациентов исследуемой группы поступали в стационар в период работы по набору материала (2008–2009) и непосредственно осматривались исследователем. Пересмотром диагноза обычно сопровождалась госпитализация или перевод в другое отделение (33,3 % случаев). Частота смены диагнозов внутри одного отделения, тем более у одного и того же специалиста, была значительно меньше (12,8 %). В остальных случаях суждение о диагнозе ставилось на основе анализа информации из всех доступных историй болезни. Верификация диагнозов проводилась с учетом особенностей клинической картины, длинника заболевания и течения межприступных периодов.

В анализируемой группе оказалось 54 (58,7 %) женщины, 38 (41,3 %) мужчин. Средний возраст дебюта эндогенного психоза 29,84 года ( $\pm 9,81$ ). Среднее количество приступов за изучаемый период — 4,29 ( $\pm 2,87$ ). Средний возраст к моменту

развития первого известного приступа составил 40,4 года ( $\pm 11,126$ ). Средняя длительность приступа — 44,25 дня ( $\pm 33,812$ ).

На момент исследования (по данным последних историй болезни) 30 (32,6%) пациентов работали или учились, 24 человека (26,1%) не имели определенных занятий; 38 (41,3%) пациентов имели инвалидность. Такое распределение достаточно типично для аффективных расстройств, и оно заметно благоприятнее, чем в популяции больных шизофренией с уровнем инвалидизации более 70% [1]. Проживали с родителями 30 пациентов (32,6%), имели свою семью 42 (45,7%), были одиночками 20 (21,7%).

На основании проведенного анализа информации и сопоставления полученных данных с диагностическими критериями МКБ-10 был сделан вывод, что все анализируемые больные относятся к группе пациентов с различными вариантами течения БАР.

Диагноз шизофрении устанавливался при 193 анализируемых приступах. При этом описания симптоматики в 64 историях болезни соответствовали диагностическим критериям «БАР, мания без психотических симптомов (F31.1)», в 50 историях — «БАР, мания с психотическими симптомами (F31.2)», в 22 историях — «БАР, депрессивный эпизод с психотическими симптомами (F31.5)», в 21 истории — «депрессивный эпизод без психотических симптомов (F31.3 — F31.4)», в 9 историях — «БАР, смешанный аффективный эпизод (F31.6)».

В 21 истории болезни (5,25%) описания симптоматики укладывались в картину острого полиморфного психотического расстройства (F23.0). Чаще всего диагноз шизофрении устанавливался пациентам с развитием симптоматики аффективно-бредового регистра. Особенно часто недоучитывалась маниакальная симптоматика.

Диагноз шизоаффективного расстройства (F25.x) был установлен в качестве окончательного в 110 историях болезни. Таким образом, только в 37 случаях диагноз шизоаффективного расстройства соответствовал критериям МКБ-10, т. е. был выставлен при наличии аффективно-бредовой симптоматики, содержащей структурные компоненты синдрома Кандинского-Клерамбо (25 — маниакально-бредовой и 12 — депрессивно-бредовой); в 57 случаях была обнаружена только маниакальная симптоматика; в 10 — только депрессивная; в 5 — симптомы смешанного аффективного расстройства и в 1 — острого полиморфного психотического расстройства. Частота несовпадения диагнозов также оказалась выше в группе пациентов с наличием в структуре приступа маниакальной симптоматики. Диагноз шизоаффективного расстройства нередко устанавливался при первой госпитализации пациента, если дебют заболевания характеризовался аффективно-бредовой симптоматикой, иногда переходящей в онейроидное помрачение сознания. При дальнейших госпитализациях пациента диагноз не изменялся даже в тех случаях, когда приступы протекали только в регистре аффективных нарушений.

Чаще всего игнорировались симптомы, относящиеся к диагностическим критериям маниакального эпизода. Так, сниженная потребность во сне, повышенная отвлекаемость не были учтены в 92,6% случаев. Усиленная речевая экспрессия, повышенная говорливость в 61,2% случаев либо не учитывалась вовсе, либо расценивалось в рамках «нарушений мышления». Опрометчивое или импульсивное поведение: например, кутежи, глупая предприимчивость, безрассудное управление автомобилем в 52,1% случаев было расценено как «неадекватное, нелепое» или как «грубые поведенческие расстройства», безусловно свидетельствующие в пользу шизофрении. Точно так же заметное повышение сексуальной активности, сексуальная неразборчивость в 34,8% случаев расценивались как «неадекватное», «нелепое» поведение, «грубые поведенческие расстройства», «грубые расстройства влечений». Собственно повышение настроения игнорировалось в 44,2% случаев. Повышенная самооценка или наличие собственных маний идей величия в 41,7% случаев трактовались в рамках парафренного синдрома.

Анализ приступов, протекающих с депрессивной симптоматикой, позволил установить, что большая часть симптомов, перечисленных в диагностических критериях «депрессивного эпизода» по МКБ-10 правильно была учтена, что и обусловило большую частоту совпадения диагнозов. Тем не менее, такие симптомы, как пессимистическая оценка будущего, снижение самооценки, нарушения сна и снижение аппетита в 98,2% случаев не были учтены. Снижение настроения было проигнорировано в 32,1% случаев. Такие симптомы как снижение энергичности и утрата интересов и удовольствия расценивались в рамках шизофренического дефекта в 32,1% и 24,3% случаев соответственно. Достаточно часто (в 54,3% случаев) конгруэнтные аффекту бредовые идеи (виновности, самоуничтожения) были расценены в рамках параноидного синдрома.

В целом нозологические диагнозы лечащих врачей совпадали с диагностическими указаниями, содержащимися в соответствующих рубриках МКБ-10, в 20,5% историях болезни; в 31,25% историй описание диагноза неточно совпадало с диагностическими критериями, а необоснованные решения в пользу расстройств шизофренического спектра при дифференцировании их от БАР были приняты в 48,25% историях.

### Обсуждение

До появления МКБ-10 рекомендации относительно отграничения МДП от шизофрении в отечественных руководствах по психиатрии сводились к исключению в структуре приступа болезни неконгруэнтных настроению психотических симптомов. Появление на высоте развития приступа иллюзий, псевдогаллюцинаций, острого чувственного бреда, компонентов синдрома Кандинского-Клерамбо, онейроидно-кататонических состояний должно было свидетельствовать в пользу шизофрении даже в тех случаях, когда циркулярно-

интермиттирующее течение заболевания не могло вызывать сомнений. Сказывалось господство концепции Э. Блейлера [3], предполагавшей психологическую выводимость подобных симптомов из «шизофренического» расстройства ассоциаций — несмотря даже на то, что собственно характер этих симптомов указывает на нейродинамическое вовлечение в церебральный механизм приступа сенсомоторной сферы, при фактическом бездействии сферы интеллектуальной. Описания МДП в работах многих других классиков, а также противоречие данного подхода учению Э. Крепелина о регистрах психопатологической симптоматики во внимание не принимались.

Вместе с переименованием биполярного варианта течения МДП в «биполярное аффективное расстройство», указания по его диагностике в МКБ-10 вполне допускают возможность возникновения психологически невыводимых из аффекта бредовых идей и галлюцинаций (вплоть до обонятельных). Однако описания приступов БАР «с психотическими симптомами» и аффективно-бредовых приступов в рамках других диагностических рубрик МКБ-10 оказались весьма расплывчатыми, а указания по их дифференцированию — трудновыполнимыми на практике. Так, диагноз «шизоаффективного расстройства» предусматривает «равномерную» и «одновременную» выраженность в структуре приступа как аффективных, так и «шизофренических» симптомов. В свою очередь, «шизофреническими симптомами» предписано считать даже не блейлеровские «облигатные симптомы» «группы шизофрений», а совершенно неспецифичные для какой-либо нозологической формы «симптомы первого ранга» К. Шнайдера и кататонические явления. Предусматривается вариант эпизодического ремитирующего типа течения шизофрении (F20.x3). Как и прежде, вопрос нозологической квалификации периодических и циркулярных психозов остается вопросом субъективных предпочтений врача-психиатра.

Маниакальная симптоматика чаще всего плохо распознается, особенно при сочетании ее с бредом или галлюцинациями [9]. Однако галлюцинации нередко сопутствуют аффективным расстройствам. Так, в работе Hammersley et al. указывается, что при обострениях БАР они встречаются с частотой до 27% [12]. Многие из симптомов, относящихся к диагностическим критериям маниакального состояния, расцениваются в рамках симптоматики шизофренического спектра. Это может быть обусловлено рядом объективных и субъективных причин. В частности, крайняя степень выраженности речевого возбуждения при мании бывает трудноотличима от речевой разорванности. Развивающиеся на высоте приступа быстрые чередования мании, тревоги, агрессии либо смешанный тревожно-экзальтированный аффект, вербальные псевдогаллюцинации и иные обманы чувств, параноидные состояния, религиозно-мистический бред с двойственной фантастической окраской, сновидные помрачения созна-

ния, импульсивное, нелепое, дурашливое поведение, невразумительная речь, вербигерации, стереотипные действия, другие кататонические включения чаще всего служат основой для ошибочного диагноза шизофрении. При этом многие врачи не принимают во внимание неспецифичность продуктивной симптоматики, остроту, яркость и полиморфизм приступов, тенденцию к их биполярности, бездефектное течение заболевания, отсутствие признаков поражения витально-инстинктивной сферы, высших мыслительных и волевых процессов после купирования приступа. Очень часто за «шизофренический дефект» принимаются эмоционально-волевые и когнитивные проявления лекарственного паркинсонизма, вскоре после выписки и прекращения больным приема нейролептиков бесследно исчезающие.

Распознавание депрессивных эпизодов представляет меньшие сложности за счет «узнаваемости» депрессивной симптоматики. Тем не менее, анергические депрессии часто трактуются в рамках дефицитарных нарушений; тревожно-депрессивный аффект тенденциозно интерпретируется в рамках параноидного синдрома. Аналогичные данные приводят другие исследователи, указывая в своих работах на внешнее сходство симптомов депрессии и негативных симптомов шизофрении [7, 13].

Немаловажное влияние оказывают причины субъективного характера. Различные психиатрические школы, в том числе зарубежные [15], по-разному обосновывают дифференциальную диагностику эндогенных психозов, придавая неоправданное значение неспецифической симптоматике в картине приступа, «на срезе», игнорируя при этом провозглашенный основоположником психиатрической нозографии К. Кальбаумом принцип «психиатрии течения». В ряде случаев наличие бреда или галлюцинаций сразу приводит к установлению более тяжелого диагноза, хотя и классические руководства по психиатрии, и МКБ-10 не отрицают возможности существования продуктивной психотической симптоматики (в том числе неконгруэнтной аффекту) в рамках аффективного расстройства. В ряде случаев было обнаружено использование «социального диагноза», когда пациенту устанавливался диагноз шизофрении для включения в списки льгот или получения инвалидности. В силу своей малочисленности подобные случаи не оказали, впрочем, влияния на общую статистику.

### Выводы

Процесс разграничения шизофрении и аффективных расстройств в повседневной клинической практике подвержен большому влиянию субъективных факторов. Недостаточное изучение структуры приступа, типа течения и длинника заболевания, предвзятые или догматические представления о сущности аффективных психозов становятся причиной их гиподиагностики. Как правило, диагностические ошибки происходят при квалификации тяжелых аффективных приступов с пси-

хотическими включениями. Наибольшая частота несовпадения диагнозов с критериями МКБ-10 обнаружена среди пациентов с маниакальными и маниакально-бредовыми состояниями. Квалификация перехода психопатологической симптоматики в структуре аффективного приступа на более тяжелый регистр, как это должно было бы соответствовать учению о регистрах Э. Крепелина, нередко подменяется при этом «утяжелением» нозологического диагноза без убедительных аргументов в пользу прогрессивности процесса.

Для достижения более достоверной и воспроизводимой дифференциальной диагностики между аффективными расстройствами и шизофренией в отечественной психиатрической практике необходимо внедрение алгоритмов, соответствующих критериям диагностических рубрик МКБ-10. В частности, такие алгоритмы реализованы в специально созданных валидизированных диагностических клинических интервью (MINI, SCID). Их применение позволяет существенно уменьшить влияние субъективного фактора в диагностике.

### Литература

1. Белоусов Ю.Б., Зырянов С.К., Белоусов Д.Ю. Мультифакторный клинко-экономический анализ эффективности применения современных атипичных антипсихотиков у больных с шизофренией // *Качественная клиническая практика*. — 2011. — №1. — С. 51–57.
2. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и лечение / Под ред. С.Н. Мосолова. — МЕДпресс-информ. — 2008. — 384 с.
3. Блейлер Э. Руководство по психиатрии. — М.: Репринт. — 1993. — 573 с.
4. Гречко Т.Ю. Проблема терапии депрессий при шизофрении // *Прикладные информационные аспекты медицины*. 2012. Т. 15 № 1. URL: [http://www.vsm.a.ac.ru/publ/priam/015\\_1/site/index10.html](http://www.vsm.a.ac.ru/publ/priam/015_1/site/index10.html) (дата обращения: 01.11.2012)
5. Ефимович Н.Г. К вопросу о достоверности диагностики маниакально-депрессивного психоза при первых его фазах // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 1974. — Т. 74. — С. 899–905.
6. Международная классификация болезней, 10-й пересмотр (МКБ-10) / Пер. под ред. Нуллера Ю.Л. и Циркина С.Ю. — СПб. — 1994. — 307 с.
7. Мосолов С.Н. Современные тенденции в лечении шизофрении. Место эглонила при терапии острых и хронических психозов // *Психиатрия и психофармакотерапия*. — 2000. — Т. 2. — С. 24–31.
8. Сударева Л.О. К дифференциальной диагностике поздних эндогенных аффективных психозов // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* — 1981. — Т. 81. — С. 555–561.
9. Тиганов А.С. Об особенностях течения циркулярной шизофрении и клинической структуре маниакальных приступов // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 1966. — Т. 66. — С. 1250–1257.
10. Точилов В.А. Клиника, механизмы синдромообразования и терапия атипичных аффективных психозов: Автореф. дис. ...докт. мед. наук. — Л. — 1994. — 47 с.
11. Bruckner T.A. et al. The mental health workforce gap in low- and middle-income countries: a needs-based approach. *Bulletin of the World Health Organization*. — 2011. — Vol. 89. — P. 184–194.
12. Hammersley P. et al. Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation // *The British Journal of Psychiatry*. — London. — 2003. — Vol. 182. — P. 543–547.
13. Herbener E.S., Harrow M. Longitudinal Assessment of Negative Symptoms in Schizophrenia Schizoaffective Patients Other Psychotic Patients and Depressed Patients // *Schizophrenia Bulletin*. — Budapest. — 2001. — Vol. 27. — P. 527–537.
14. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., Walters E.E. Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) // *Archives of General Psychiatry*. — Chicago. — 2005. — Vol. 62. — P. 617–627.
15. Meyera F., Meyera T.D. The misdiagnosis of bipolar disorder as a psychotic disorder: Some of its causes and their influence on therapy // *Journal of Affective Disorders*. — Amsterdam. — 2009. — Vol. 112. — P. 174–183.

### Сведения об авторах

**Мучник Петр Юрьевич** — ассистент кафедры психиатрии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. E-mail: peter-ne@yandex.ru

**Снедков Евгений Владимирович** — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. E-mail: esnedkov@mail.ru