

## СОЧЕТАННЫЕ ФОРМЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И МКБ-11

Б.Н. Пивень

*Алтайский государственный медицинский университет*

Данная публикация отражает, а в известной степени продолжает суть доклада «Психические расстройства смешанной этиологии: целесообразность их включения в современную классификацию», сделанного автором на научно-практической конференции «Международная классификация психических расстройств: от МКБ-10 к МКБ-11» (Москва, 26.02–27.02. 2014).

Побудительным мотивом этой публикации является тот факт, что сочетанные (смешанные, коморбидные и т.д.) психические заболевания при всей их научной и, особенно, практической значимости не находят своего должного места в психиатрии – ни в ее клинической части, ни в систематике расстройств в их классификационном преломлении.

Причем есть все основания констатировать, что сочетанные формы психических заболеваний представляют собой парадоксальную проблему. То есть, они как бы есть, и их как бы нет. С одной стороны, их реальное существование никем не оспаривается. С другой – им в психиатрии уделяется крайне мало внимания, фактически они пребывают на ее периферии.

При этом необходимо отметить, что проблема сочетанных психических заболеваний не нова. Так, еще С.С.Корсаков и Е.Блейлер указывали на большую вероятность развития алкоголизма на фоне других психических заболеваний, и к настоящему времени в литературе накоплено большое число работ, посвященных разным аспектам сочетанной психической патологии. Однако в общем объеме публикаций их удельный вес крайне мал для такой актуальной проблемы, а их содержание касается преимущественно частных вопросов сочетанной патологии. Проведенный нами прежде анализ публикаций, содержащихся в подшивках пяти ведущих российских психиатрических журналов за пять лет (2007–2011 гг.), показал, что в этих изданиях за обозначенный период времени вышла всего 21 статья, посвященная сочетанным формам психических заболеваний. Причем в 19 из них рассматривались сугубо конкретные аспекты разных вариантов сочетаний, в том числе в 13 – одной из составляющих

были болезни зависимости. И только 2 публикации касались общих вопросов сочетанной патологии. При этом лишь 1 из них представляла аналитический обзор литературы по данной тематике. За прошедшие годы обозначенная тенденция не претерпела изменений. Например, в журнале «Социальная и клиническая психиатрия» за период с 2009 по 2013 год вышла всего 1 работа, касающаяся обсуждаемой проблемы, да и то она носила частный характер.

Отсутствие должного внимания к рассматриваемой патологии убедительно иллюстрирует тот факт, что она даже не упоминается в Национальном руководстве по психиатрии (2009 г.). А основной диагностический инструмент психиатрии (МКБ-10) весьма своеобразно рассматривает ее. Согласно этой классификации, следует чисто механически разделять сосуществующие заболевания, о чем говорит ее комментарий к кодированию более одного диагноза: «... обычно лучше всего отметить один из них в качестве основного, а остальные – в качестве вспомогательных или дополнительных». При этом рекомендуется отдавать предпочтение диагнозу расстройств, послуживших причиной обращения пациента к врачу. И здесь невольно возникает ряд вопросов, говорящих о слабости и даже надуманности предлагаемого действия. В частности, если больной со злокачественно протекающим алкоголизмом и шизофренией обратился к наркологу, то какое из них им следует оценивать как главное, а какое – второстепенное?

Говоря о статусе сочетанных психических заболеваний, нельзя не отметить того, что они не предусмотрены и в перечнях болезненных состояний официальных форм отчетности психиатрических лечебно-профилактических учреждений.

В ключе высказанных суждений и тот факт, что наши неоднократные предложения по безвозмездному участию в образовательных программах по теме сочетанной патологии в регулярно проводимых в России Школах для молодых ученых-психиатров не нашли у их организаторов позитивного отклика.

В психиатрии не сложилось общепринятого названия форм психической патологии, образо-

ванных разными сосуществующими психическими заболеваниями. Для их обозначения используется довольно большой ряд терминов. Среди них – «сочетанные», «смешанные», «коморбидные», «ассоциированные», «заболевания с двойным диагнозом», «миксты», «сопутствующие», «множественные». Нередко при описании этих форм вообще не используется какого-либо названия. Среди приведенных терминов наиболее распространены «сочетанные», «коморбидные», «заболевания с двойным диагнозом», а такие термины, как «ассоциированные», «миксты», встречаются в публикациях отдельных авторов. Можно отметить также, что часть терминов служит, преимущественно, для обозначения конкретных форм сосуществующих психических заболеваний. К примеру, название «заболевания с двойным диагнозом» используется, в основном, для обозначения сочетания эндогенной патологии с болезнями зависимости, а термин «коморбидный» чаще применяется в случаях сочетания близких психопатологических феноменов, к примеру, таких как депрессивные состояния и тревожность.

Как бы ни отличались приведенные термины по звучанию и объекту направленности, их объединяет общая сущность. Они являются синонимами и в разных вариантах отражают наличие своеобразных психопатологических форм, образованных разными сосуществующими психическими заболеваниями. И это свидетельствует о признании многими авторами клинической реальности – существования сочетанной (коморбидной) психической патологии.

Сочетанные психические заболевания, как и мононозологические формы, имеют, как показывают наши исследования, свои, свойственные им, клинико-динамические особенности, что позволяет выделять их в качестве самостоятельной формы психической патологии. Эти особенности включают:

- полиморфизм клинической картины за счет сосуществования нарушений, относящихся к разным нозологическим единицам;
- наложение внешне сходных расстройств, относящихся к разным заболеваниям;
- чередование доминирования в разные временные периоды признаков одного какого-то заболевания;
- превалирование на протяжении длительных отрезков времени проявлений одного заболевания при минимальной выраженности, либо вообще не звучании, симптоматики другого;
- взаимовлияние сосуществующих заболеваний в сторону их утяжеления либо смягчения.

*Полиморфизм клинической картины* сочетанных форм психической патологии проявляется более сложной, чем это свойственно отдельным нозологическим единицам, симптоматикой, не укладывающейся в рамки той или иной нозологии. Степень полиморфизма определяется значительной вариативностью, что обуславливается многими факторами, в том числе взаимовлиянием сосуществующих

заболеваний и индивидуальными особенностями их течения у больных. В одних случаях, в клинической картине какой-либо нозологической формы лишь прорисовываются «чужеродные элементы», относящиеся к другому заболеванию. В других – относящиеся к разным нозологическим единицам расстройства равно ярки и отчетливы.

Различная степень выраженности признаков, относящихся к разным заболеваниям, не является показателем веса, «главенства» или, напротив, «второстепенности» той или иной нозологической формы. Каждая из них влияет на общее состояние больного и сказывается на его судьбе. Впечатление же о большей или меньшей значимости какого-либо из сосуществующих заболеваний нередко, причем, иногда неоднократно, в разные временные периоды может меняться с учетом биологических факторов, под влиянием социальных и психологических обстоятельств.

В части случаев клиническая картина сочетанных заболеваний образует столь сложные психопатологические комплексы, что их невозможно квалифицировать с позиций классической феноменологии, так как они не укладываются в рамки синдромов, которые принято выделять в психиатрии. К примеру, нами наблюдался больной, состояние которого можно было обозначить как делириозно-кататоническое.

Говоря о полиморфизме проявлений сочетанных заболеваний, следует добавить, что он проявляется не только в статичном плане, как это было рассмотрено выше, но и складывается по ходу болезненного процесса, в динамике, за счет трансформации расстройств и возникновения новых видов нарушений.

*Наложение внешне сходных расстройств.* Эта особенность сочетанных форм патологии распространяется в первую очередь на «универсальные», то есть свойственные многим психическим заболеваниям, а также на широко распространенные в общем перечне психопатологических явлений нарушения. Между тем, нельзя сбрасывать со счетов и те виды расстройств, которые принадлежат к ограниченному числу нозологических единиц, так как не исключено и их участие в том или ином конкретном клиническом случае.

Часто встречаются при психических заболеваниях и могут входить в структуру разных вариантов сочетанных форм астенические состояния, депрессии, обсессивно-фобические явления.

При наложении (сосуществовании) внешне сходные или однотипные расстройства, относящиеся к разным нозологическим единицам, нередко сливаются и столь тесно переплетаются друг с другом, что без определенной нацеленности могут быть приняты за проявления какого-то одного заболевания. К примеру, так часто случается при развитии неврастенического невроза у больных с экзогенно-органическими поражениями головного мозга. Здесь трудно, а иногда и невозможно разграничить асте-

ническую симптоматику невротического происхождения и астенические расстройства, относящиеся к психоорганическому синдрому. В последние годы наблюдается большое число больных с сочетанием экзогенно-органических заболеваний и депрессивного невроза, у которых депрессивные состояния практически неразделимы.

*Чередование доминирования признаков одного заболевания.* Данная особенность сочетанных форм относится преимущественно к сосуществующим хроническим или длительно текущим заболеваниям и проявляется в процессе течения болезненных состояний. На разных его этапах, в разные временные периоды в клинической психопатологической картине у больных попеременно преобладают признаки той или иной нозологической формы. При этом выявление такого рода сочетаний требует хорошего знания анамнеза, касающегося общей динамики болезненных явлений, и тщательного анализа нюансов клинической картины.

Попеременное преобладание проявлений того или иного заболевания, образующего сочетанные формы, обуславливается разнообразными факторами – биологическими, социальными, психологическими. К примеру, у больных экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга при развитии психогений проявления последних нередко бывают столь выражены, а их причины столь актуальны в переживаниях, что органическая симптоматика у них почти не звучит, но по миновании психогений сразу же появляется вновь.

*Длительное превалирование проявлений одного заболевания.* Эта особенность сочетанных форм психической патологии напоминает только что описанную выше, но отличается разной степенью звучания на протяжении длительных отрезков времени расстройств, относящихся к разным заболеваниям. Причем нередко распознается только одно из них, а именно то, симптоматика которого доминирует в тот период времени в общей клинической картине.

Приведенная особенность сочетанных форм патологии встречается при сосуществовании разных заболеваний. Но особенно часто она отмечается в комбинациях органических заболеваний с другими болезнями, что может быть объяснено большой распространенностью органических поражений головного мозга. Причем нередко органическая симптоматика длительное время, а иногда на протяжении всего болезненного процесса, остается мало заметной. Поэтому ее выявление требует определенной нацеленности.

*Взаимное влияние сосуществующих заболеваний* можно отнести к одной из значимых особенностей сочетанных форм психической патологии. При этом оно может носить как негативный, так и позитивный характер. Правда, второй вариант встречается редко. Он относится преимущественно к шизофрении, соче-

тающейся с другими болезненными формами, в частности, с болезнями зависимости. В основном наблюдаются случаи утяжеления болезненных проявлений, что убедительно отражается в необходимости более продолжительного лечения больных с сочетанной патологией, по сравнению с больными с мононозологическими формами. Так, по результатам наших исследований сроки терапии больных разными вариантами сочетанных психических заболеваний, проводимой в дневных стационарах крупного психоневрологического диспансера, оказались на 12–16% продолжительнее времени лечения больных мононозологическими формами.

Актуальность и масштабность проблемы сочетанных форм психической патологии определяется и их значительным удельным весом в общей структуре психических заболеваний. По результатам наших исследований, проведенных в разные годы на разных контингентах больных, на долю имеющих их пациентов пришлось: среди больных психиатрических учреждений от 48 до 61%, среди больных алкоголизмом – 50–70%, наркозависимых – 15–50%.

Среди составляющих сочетанных форм чаще встречаются органические поражения головного мозга, шизофрения, неврозы и алкоголизм, что, видимо, объясняется большой их распространенностью в общей популяции больных. Наряду с этим, они могут образовываться практически всеми известными нозологиями, что обуславливает множество их клинических и динамических особенностей.

Следует также подчеркнуть, что значимость проблемы сочетанных форм психических заболеваний во многом определяется необходимостью разработки стандартов (протоколов) ведения больных этой патологией. Причем это будет крайне сложная и объемная работа. Здесь помимо необходимости создания эффективных методов терапии больных теми или иными сочетанными формами, что само по себе трудоемкая задача, следует учитывать и значительный масштаб необходимых исследований, многократно превышающий тот, что требуется для создания стандартов ведения больных мононозологическими формами. К примеру, для лечения параноидной шизофрении, видимо, достаточно одного корректного стандарта. В то же время, для терапии параноидной шизофрении во всех возможных сочетаниях потребуется уже такое количество стандартов, сколько заболеваний входит в сочетанную с ней патологию (органические заболевания головного мозга, психогенные расстройства, алкоголизм, разные варианты наркоманий и т.п.).

Изложенное позволяет придти к заключению о том, что сочетанные формы психических заболеваний представляют собой одну из наиболее актуальных и в то же время мало изученных областей психиатрии. В этой связи можно полагать, что их всестороннее исследование будет способствовать дальнейшему развитию научной и практической

психиатрии. Но это достижимо только при условии их официального признания, без которого невозможно активное привлечение внимания специали-

стов к данной патологии. И знаком такого признания должно стать их включение в разрабатываемую в настоящее время МКБ-11.

## СОЧЕТАННЫЕ ФОРМЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И МКБ-11

**Б.Н. Пивень**

В свете разработки МКБ-11 приводятся аргументы в пользу включения в ее рубрики сочетанных (коморбидных) форм психических заболеваний. Среди аргументов – своеобразие их клинико-динамических

проявлений, большой удельный вес в общей структуре психической патологии и малая их изученность.

**Ключевые слова:** сочетанные психические заболевания, МКБ-11.

## COMORBID FORMS OF MENTAL DISORDERS AND THE ICD-11

**B.N. Piven**

In the context of preparation of the ICD-11, the author presents his arguments in favour of adding in this classification comorbid forms of mental disorders. The author points to their unusual clinical-dynamic

characteristics, their high prevalence in the structure of mental pathology and current insufficient knowledge about them.

**Key words:** comorbid mental disorders, ICD-11.

---

**Пивень Борис Николаевич** – профессор, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Алтайского государственного медицинского университета; e-mail: b\_piven@mail.ru