

*В.А.Абрамов, Т.Л.Ряполова***ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КОНТЕКСТЕ МКБ-10
(ОПЕРАЦИОНАЛЬНО-ЛОГИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ).**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: диагностический алгоритм, МКБ-10, обучение.

Взвешенная оценка Международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра свидетельствует о том, что она не включает в себе теоретического смысла, не является в строгом смысле научной классификацией и не претендует на исчерпывающее описание психических расстройств [7,9]. МКБ-10 представляет собой результат договоренности между собой специалистов из различных стран мира о наиболее приемлемых диагностических категориях, которые должны обеспечить сопоставимость результатов клинического исследования. Основная цель МКБ-10 - использование единого диагностического инструментария, единых диагностических правил для сведения к минимуму вероятность произвольных диагностических заключений и обеспечения высокой диагностической воспроизводимости [1].

Формально в Украине происходит внедрение Международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра, а, по существу - возникла ситуация полной неготовности специалистов к конструктивному ее использованию. В отличие от ряда других стран в Украине отсутствует значительная часть материалов «семейства» МКБ-10, не созданы методический совет и центр обучения МКБ-10, не подготовлены сертифицированные на международном уровне специалисты по вопросам клинического использования МКБ-10. Единственным «поводырем» по таксонам новой классификации являются изданные в России «Клинические описания и указания по диагностике», а также «доморощенные» транслейтеры, малопригодные даже для статистических целей. При этом основной парадокс состоит в том, что атеоретическая классификация психических расстройств может быть реализована только при помощи научно-методологического подхода к диагностике заболеваний.

Процесс внедрения МКБ-10 замедляется в

связи с массовой неосведомленностью врачей-психиатров о методологии и стратегии распознавания психических заболеваний в контексте многочисленных диагностических рубрик МКБ-10. В этих условиях необходимость кодирования диагнозов «по-новому» нередко осуществляется или наугад, или, в лучшем случае, путем подгонки диагноза под нужную рубрику, что не позволяет при статистическом анализе получить достоверную информацию о характере и распространенности психических расстройств в нашей стране. Но даже ознакомление с современными диагностическими подходами не является гарантией быстрого отхода от традиционных диагностических ориентаций на ограниченное количество нозологических форм, устоявшихся стереотипов клинического мышления, если не будет создана система централизованного обучения правильно-му клиническому использованию МКБ-10.

Внедрение МКБ-10 в клиническую практику коренным образом изменяет содержание додипломного и последипломного образования по специальности «психиатрия». Изменившаяся стратегия диагностики психических заболеваний ориентирует на существенную коррекцию клинического мышления врача-психиатра, а также студентов и интернов, изучающих ментальную медицину [1].

В схематическом виде при осуществлении психиатрической диагностики по системе МКБ-10 необходимо соблюдение следующих принципов:

- операционально-логическая последовательность диагностического поиска;
- смешанный синдромально-нозографический принцип построения диагнозов;
- принцип многоосевой (биопсихосоциальной) диагностики.

Учитывая принципиальную новизну такого подхода для украинских психиатров представляется целесообразным проанализировать неко-

торые вопросы теории построения диагноза.

Диагностика - это процесс распознавания болезни и отнесения ее к соответствующей диагностической категории на основании имеющихся симптомов. Является ли этот процесс применительно к психическим расстройствам творческим (эвристическим), или он должен следовать законам формальной логики и является нормативным, или критерием достоверного диагноза является традиционная схема клинического исследования?

Достаточно распространенное мнение о диагностике как исключительно творческом процессе [3,12] в реальной клинической практике нередко оказывается декларативным. Эвристические механизмы диагностики используют далеко не все практикующие врачи, они доступны лишь специалистам, имеющим большой опыт исследовательской работы. По нашим данным диагностический диапазон «среднестатистического» врача - психиатра общепсихиатрического отделения не превышает 8-10 заболеваний. Вероятность иных диагностических заключений ничтожно мала, что не создаёт достаточных предпосылок для включения эвристических предпосылок в диагностический процесс. С другой стороны, диагностика не открывает новых законов, не описывает новые болезни, не открывает способов объяснения тех или иных психопатологических феноменов, а распознаёт уже известные науке заболевания, что также не позволяет отнести её к творческой деятельности.

В качестве атрибутов современной диагностической технологии закрепились такие приёмы, как традиции отечественной школы, здравый смысл, интуиция, диагноз по первому впечатлению или от «от анамнеза», врачебные догадки и даже диагноз «наугад». Эти механизмы нередко лежат в основе т.н. стихийной (эмпирической) логики, диагностической предубеждённости, неоднозначных диагностических толкований, освобождающих мышление врача от таких важных свойств, как самоконтроль и самокоррекция. Такая неструктурированная диагностика носит произвольный или вероятностный характер и сопровождается большим риском допустить логическую (диагностическую) ошибку.

Известно, что правильное мышление врача характеризуется определённой, последовательностью (отсутствием логической противоречивости) и доказательностью. Достижение сопоставимости результатов клинического исследования и высокой воспроизводимости диагнозов (цель внедрения МКБ-10) превращают

диагностику психических расстройств в нормативный процесс, опирающийся на определенные правила и принципы или определённый алгоритм. Рациональная, а, следовательно, достоверная диагностика психических расстройств как особый вид познания оказывается невозможной без опоры на знания её логической специфики. Логико-методологические особенности мышления врача - психиатра становятся атрибутом его профессиональной деятельности.

Логическая (операциональная) диагностика невозможна без достоверного семиотического анализа, предусматривающего однозначную идентификацию клинических проявлений болезни. Процедура определения симптомов заболевания должна носить унифицированный (стандартизованный) характер: в противном случае её произвольный характер не обеспечит надёжной и воспроизводимой диагностики того или иного психического расстройства.

Таким образом, операционально-логическая последовательность диагностического поиска заключается в четком алгоритме построения диагноза с опорой на логику стандартизованных клинических оценок и атрибутивный стиль дифференциально-диагностической процедуры. При этом устраняется субъективизм и произвольность при распознавании психических расстройств, а диагностика превращается в нормативный процесс, подчиняющийся определённым правилам.

Следует, однако, отметить, что представление о диагностике, как об исключительно алгоритмической проблеме некоторыми исследователями рассматривается как серьёзное заблуждение, особенно, если отрицается нозология [12], что диагностические алгоритмы представляют «рецидивом эмпирического этапа развития медицинской науки» [3]. Эти авторы, не приводя достаточно убедительных доказательств, полагают, что процесс диагностики является исключительно творческим актом, а не нормативным.

Существует так же мнение, что увлечение алгоритмизацией диагностического процесса наносит ущерб содержательной стороне диагностической логики [11]. Но ведь диагностический алгоритм по сути и представляет собой определённую последовательность логических операций, которая обеспечивает унификацию клинической оценки больного. Именно такое отношение к алгоритмической диагностике представлено в диагностических критериях DSM-III-R и в разработках, относящихся к отдельным психическим расстройствам [4,10].

Жёсткая унификация мышления психиатров под влиянием применения методов операционализации диагностического поиска, рейтинговых шкал и стандартизованных опросников обеспечивает ясность и быстроту квалификации диагностической информации, но, по мнению некоторых авторов, приводит к потере специфики конкретных переживаний пациентов [14], к «сверхупрощённым» представлениям о пациенте [15].

Идентификация психического состояния пациента на основе МКБ-10 предусматривает целенаправленное и структурированное клиническое исследование - как важнейший аспект профессиональной деятельности врача-психиатра. Обучение этой деятельности не может обеспечить информационно-иллюстративный метод - традиционный для высшей медицинской школы. Более адекватным методом обучения диагностическим навыкам (умениям) следует признать метод проблемного или деятельностного обучения, необходимой предпосылкой успешности которого является трансформация цели обучения в доминирующую потребность развития [2].

В качестве концептуальной основы для разработки методических аспектов обучения рациональному использованию МКБ-10 может быть использована система программно-целевого управления качеством подготовки специалистов, используемая в ряде медвузов страны [5]. Главное в этой системе - ориентация обучения на конечные цели: профессиональную врачебную деятельность. Только такой подход позволяет реализовать основное положение педагогической психологии, отражающее природу процесса усвоения: знания могут быть усвоены только в результате самостоятельной активной деятельности обучающегося в процессе освоения элементов профессиональной деятельности.

Обучающей моделью диагностической процедуры может служить ориентировочная основа действия (ООД).

Одним из вариантов ООД является диагностический алгоритм - точное общепринятое предписание о поэтапном выполнении в определенной последовательности элементарных умственных операций и действий для установления диагноза всех заболеваний, проявляющихся отдельным синдромом.

При рациональной организации мышления врача-диагностика - в принципе решение однотипных заданий, классы и виды которых различаются между собой лишь направленностью психических расстройств. Это вовсе не сводит разрешение диагностической задачи к упрощен-

ным диагностическим ретроспекциям (в т.ч. *diagnosis exjuvantibus*) в процессе клинической оценки реального больного.

Алгоритмическая (логическая) диагностика, предусматривающая использование известных принципов и методов - единственная возможность получения составимых (клинически воспроизводимых) данных, что является *Nota Bene* МКБ-10. При этом мышление врача-психиатра не исключает, а, напротив, потенцирует использование творческих (эвристических) процессов, особенно в познании личности пациента и системном его «видении».

Алгоритмическая диагностика может быть осуществлена на основе привычных общепринятых критериев наличия или отсутствия определённого признака или степени его выраженности. Для эффективной алгоритмической диагностики не требуются статистические характеристики выраженности заболевания и частоты. Однако при использовании диагностических алгоритмов возможны трудности и ошибки. В первую очередь они связаны с неправильно выявленным симптомом или неправильной его оценкой. В меньшей степени это связано с отсутствием тех или иных исследований (КТ исследование, УЗ сканирование и т.п.), информативных для конкретного случая.

Алгоритмическая диагностика для украинских психиатров представляет собой принципиально новый подход к диагностике психических расстройств, новой формой организации мышления врача. Разработка диагностического алгоритма - задача технически достаточно сложная. Необходимо соблюдение ряда требований [8], описание которых представлено ниже (для иллюстрации отдельных положений на рис. 1 приведен алгоритм дифференциальной диагностики органического амнестического синдрома):

1. Дискретность: диагностический алгоритм должен отражать последовательно все шаги диагностического поиска, при этом каждый последующий момент действия является продолжением предыдущего.

2. Детерминированность: в каждом шаге диагностического поиска излагаются симптомы или признаки, не допускающие произвольного толкования и обеспечивающие логику стандартизованных клинических оценок. От врача в этих случаях требуется умение выявить наличие этих признаков у больного. При этом, как отмечают М. Гельдер, Д. Гэт и Р. Мейо [13], должны особо выделяться именно дискриминирующие, а не просто характерные симптомы (дискримини-

рующими являются те симптомы, которые, как правило, наблюдаются при данном синдроме, но редко встречаются при других синдромах а, ха-

актерные симптомы часто встречаются при определённом синдроме, но могут наблюдаться и при других синдромах).

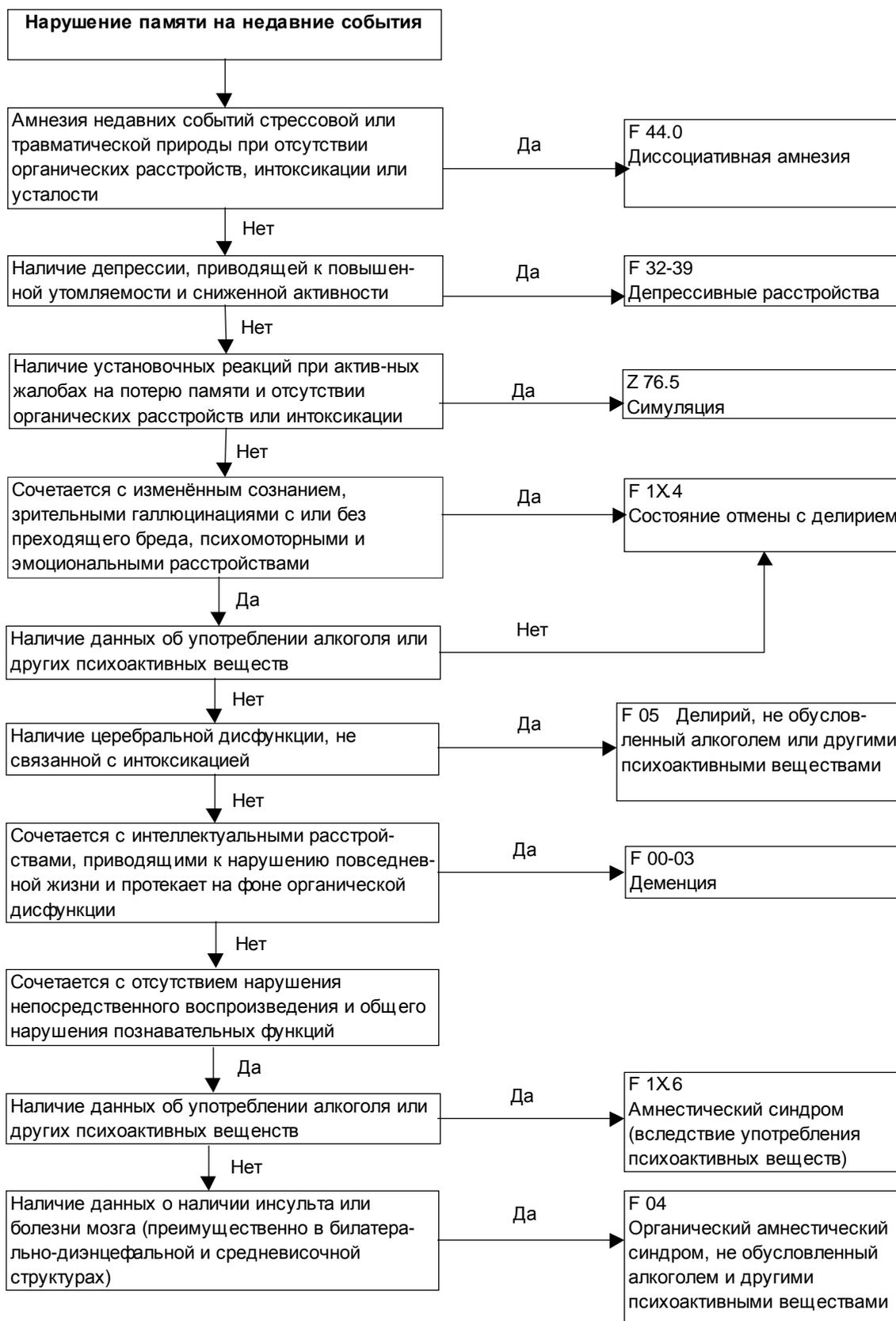


Рис. 1. Алгоритм дифференциальной диагностики органического амнестического синдрома

Начиная с диагностики характерного симптома, например, нарушения памяти на недавние события врач имеет возможность по мере обнаружения и выделения дискриминирующих симптомов продвинуться по пути определения единственно верного в данной конкретной ситуации синдрома.

3. Направленность: каждый алгоритм начинается с выделения совершенно чётко очерченных симптомов или признаков и указывает врачу направление логических операций и квалификации имеющегося в данный момент расстройства.

Как показано на рис.1, отталкиваясь от выявленного нарушения памяти на текущие события, можно определить направление диагностического поиска. Так, если фиксационная амнезия сочетается у больного с измененным сознанием, зрительными галлюцинациями с или без преходящего бреда, с психомоторными и эмоциональными расстройствами, необходимо провести углубленный сбор анамнеза с целью выявления данных об употреблении алкоголя или других психоактивных веществ. Если они имеются, то нужно думать о состоянии отмены с делирием, при их отсутствии необходимо проверить наличие церебральной дисфункции, не связанной с интоксикацией психоактивными веществами.

4. Массовость: имея отправной точкой определенный набор признаков - симптомов, врач получает возможность определиться не только в диагностике, но и в проведении других, дополнительных методов исследования, которые могут направить диагностический поиск по несколько иному маршруту, но в рамках данного алгоритма. Как показано в приведенном алгоритме, нарушения памяти на недавние события служат поводом для более углубленного неврологического и инструментального обследования с целью разграничения органической и диссоциативной амнезии. В случае церебральной дисфункции, не связанной с интоксикацией, можно установить диагноз деменции (если фиксационная амнезия сочетается с интеллектуальными расстройствами, приводящими к нарушению повседневной жизни) или органического амнестического синдрома, не обусловленного алкоголем и другими психоактивными веществами.

5. Элементарность: операции каждого шага должны быть предельно просты в исполнении, но предусматривать доскональные знания общей психопатологии. В использованном примере от врача требуется умение определить не просто наличие нарушений памяти на текущие события, но и признаки депрессии, которая, как известно, сопровождается повышенной утомляемостью, снижением активности и фиксационной памяти.

6. Результативностью: выполнение операций алгоритма приводит к разрешению поставленной задачи - установлению имеющегося у пациента психического расстройства на основании тщательной дифференциальной диагностики.

7. Формализованность: выходные данные каждого алгоритма должны быть максимально формализованы, что даёт возможность правильно разрешать диагностические задания не только врачами - психиатрами, но и интернами, студентами.

Основные векторы применения диагностических алгоритмов в психиатрической практике могут быть представлены следующими позициями:

- регламентируют направление диагностического поиска и отношение к диагностике как к нормативному процессу;

- расширяют диапазон клинко-диагностических оценок, осуществляемых врачом-психиатром, с максимально полным охватом диагностических рубрик МКБ-10;

- создают основу для разработки диагностических, а следовательно, медико-экономических стандартов;

- используются для обучения врачей психиатров единым диагностическим правилам в стандартных клинических ситуациях.

В заключение необходимо отметить, что алгоритмическая диагностика, по сравнению с традиционным подходом, значительно больше соответствует реальной клинической практике: врач вначале распознаёт симптомы, психические расстройства, а затем в процессе дифференциальной диагностики со сходными состояниями приходит к диагнозу. Традиционные формы обучения диагностике психических расстройств предусматривают, что те или иные симптомы рассматриваются в клинической картине заведомо известного заболевания.

В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова

**ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧНИХ РОЗЛАДІВ У КОНТЕКСТІ МКХ - 10
(ОПЕРАЦІОНАЛЬНО-ЛОГІЧНА СТРАТЕГІЯ)**

Донецький державний медичний університет, Україна

Викладені основні напрямки у діагностиці психічних розладів у зв'язку із переходом до МКХ - 10. На конкретних прикладах описані основні вимоги до розробки діагностичних алгоритмів. Обґрунтовуються переваги операційно-логічної послідовності діагностичного розшуку, яка полягає у чіткому алгоритмі побудови діагнозу із опорою на логіку стандартизованих клінічних оцінювань та атрибутивний стиль диференційно-діагностичної процедури. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 3-8).

V.A. Abramov, T.L. Ryapolova

**DIAGNOSTICS OF MENTAL DISORDERS IN THE CONTEST OF ICD - 10
(OPERATIONAL AND LOGICAL STRATEGY)**

Donetsk State Medical University, Ukraine

The article deals with the main trends in diagnostics of mental disorders in connection to shifting to ICD - 10. The general requirements to the development of diagnostic algorithms are given on the basis of real examples. The advantages of operational and logical sequence of diagnostic search are justified which consists in clear-cut diagnosis defining algorithm based on the standard clinical evaluation logic and attributive style of differential diagnostic procedure. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 3-8).

Литература

1. Абрамов В.А. МКБ-10 Методологическая и клиническая основа реформ в психиатрии. // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 1999. № 1 - с. 3-12.
2. Ардаматский Н.А. Кафедральные аспекты вузовской педагогики. Изд-во Саратовского университета. - 1986. - 159 с.
3. Германов В.А. Дифференциальная диагностика в познании больного. // Клиническая медицина. - 1974. - с. 140-143.
4. Діагностичні критерії з DSM-III-R. Київ. - АБРИС.- 1995. - 270 с.
5. Казаков В.Н., Талалаенко А.Н., Каменецкий М.С. и соавт. Высшее медицинское образование. - «Здоровье». Донецк. - 223 С.
6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Россия. - Санкт-Петербург. - «АДИС» -1994. - 300 с.
7. Морозов П.В. Клинико-биологическое международное исследование проблемы классификации психических заболеваний. - Автореф. дисс... доктора мед. наук. - М. - 1991.
8. Наумов Л.Б., Гаевский Ю.Г., Бессонов А.М. Распознавание болезней сердечно-сосудистой системы. - Ташкент: Медицина, -1979. -388 с.
9. Смулевич А.Б., Тиганов А.С. и соавт. Ипохондрия и соматоформные расстройства. - М. - 1992.
10. Социальная фобия. Карманный справочник. Под ред. С.А. Монтомери. - 1995. - Базель, Швейцария. - 52 с.
11. Тарасов К.Е., Великов В.К., Фролова А.Н. Логика и семиотика диагноза. «Медицина», М., 1989. - 270 с.
12. Чазов Е.И. Основные принципы диагностики: Методология диагноза в современной клинике. // Терапевтический архив. - 1981. - N 5. - с. 3-8.
13. М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо. Оксфордское руководство по психиатрии. - «Сфера», - Киев. - 1997, т.1. - 299 с.
14. Mishara A.L., Schwartz M.A. Psychopathology in the light of emergent trends in philosophy of consciousness, neuropsychiatry and phenomenology. // Current opinion in Psychiatry, 1997. - N 10.- P. 183-189.
15. Stein D.J., Jobson C.O. Psychopharmacology algorithms : pros and cons. // Psychiatric Annals. - 1996. - N 26, p. 190-191.

Поступила в редакцию 14.08.99г.