



УДК: 616.89-008

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb109276>

МКБ-11 (психиатрический раздел): от регресса в диагностике к прогрессу в терапии?

Е.В. Снедков

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия;
Психиатрическая больница св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург, Россия

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена анализу соотношения подходов к диагностике и терапии в классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-11), изложенных в статье В.Д. Менделевича. Автор ставит под сомнение обоснованность антинозологического принципа новой классификации и игнорирования всестороннего изучения анамнеза жизни и заболевания, внутреннего мира больного, контекстуальных связей психических явлений.

Ключевые слова: *МКБ-11, психиатрическая диагностика, психофармакотерапия, нозологическая диагностика в психиатрии.*

Для цитирования:

Снедков Е.В. МКБ-11 (психиатрический раздел): от регресса в диагностике к прогрессу в терапии? // Неврологический вестник. 2022. Т. LIV. Вып. 3. С. 92–95. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb109276>.

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb109276>

ICD-11 (psychiatric section): from regress in diagnosis to progress in therapy?

Evgeny V. Snedkov

I.I. Mechnikov North-West State Medical University, St. Petersburg, Russia;
Psychiatric Hospital of St. Nicholas the Wonderworker, St. Petersburg, Russia

ABSTRACT

The article is devoted to the analysis of the correlation of approaches to diagnostics and therapy in the classification of mental and behavioral disorders (ICD-11), described in the article by V.D. Mendelevich. The author questions the validity of the antinosological principle of the new classification and ignoring a comprehensive study of the anamnesis of life and disease, the patient's inner world, and the contextual connections of mental phenomena.

Keywords: *ICD-11, psychiatric diagnostics, psychopharmacotherapy, nosological diagnostics in psychiatry.*

For citation:

Snedkov EV. ICD-11 (psychiatric section): from regress in diagnosis to progress in therapy? *Neurology Bulletin*. 2022;LIV(3):92–95. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb109276>.

Непростой задачей оказалось постижение логики статьи В.Д. Менделевича¹. Статья начинается с обсуждения поведения коллег, критикующих действующие и проектируемые международные классификации психических расстройств. Автор недоумевает, почему диспутанты не разделяют мнения большинства врачей, поддержавших эти классификации.

Однако вскоре выясняется, что практического смысла в классификациях он не видит: «весь спор о неприятии или принятии новой классификации (МКБ-11²) не имеет никакого отношения к эффективности терапии». Автор уверяет, наконец-то создана «этиопатогенетическая психофармакотерапия» психических расстройств, позволившая добиться впечатляющих успехов в лечении, и эти революционные преобразования произошли благодаря переходу от нозологической диагностики к синдромальным оценкам.

Эдаким парадоксом после прочтения основного текста выглядят выводы: «доказательств значимости нарушений конкретных мозговых или личностных механизмов формирования той или иной психопатологии» не обнаружено (откуда же взялась «этиопатогенетическая психофармакотерапия», если, конечно же, она не плод авторского воображения?); «к любой психиатрической классификации на настоящем этапе развития науки необходимо подходить скептически» (а за какие же грехи автор только что порицал поведение коллег?).

Во всех областях наук, в каждой клинической дисциплине действующие классификации периодически пересматриваются. Их совершенствование происходит не за счёт одобрения конформным большинством — благодаря конструктивным дискуссиям специалистов, взвешенному анализу выдвигаемых ими научных аргументов и контраргументов, которые могут затрагивать как отдельные классы и подклассы, так и саму методологию деления классифицируемых объектов. Прогресс без критики невозможен.

Оживлённые дискуссии вокруг МКБ/DSM³ ведутся на страницах едва ли не всех мировых журналов. И в этой связи было бы полезно получить обоснование преимуществ МКБ-11. Прежде всего, хотелось бы узнать его аргументированные ответы на следующие вопросы. Соответствуют ли МКБ-9, МКБ-10, МКБ-11 принципам доказательной медицины? В частности, в отношении

каких диагностических объектов, включённых в международные классификации, на достаточно большом клиническом материале были детально изучены анамнезы, статика, динамика, исходы, катамнезы, доказана гомогенность болезненных фенотипов, обеспечена дискриминативная достоверность, дифференциально-диагностическая и прогностическая надёжность диагноза, достигнута максимальная точность описаний? Какие научные факты подтверждают пригодность каждого из выделенных в диагностические рубрики объектов для исследований этиопатогенеза психических заболеваний? Отвечают ли эти диагностические системы общепринятым правилам естественных классификаций? В частности, сгруппированы ли в них объекты по единому принципу? Действительно ли эти объекты являются родственными, а не представляют собой причудливый набор болезней, синдромов, социально-психологических поведенческих девиаций? Обеспечивает ли хотя бы одна из перечисленных классификаций дискретность объектов? А если дискретных категорий и в самом деле не существует, то на каком основании и ради чего в классификациях выделены отдельные рубрики? Становится ли каждая новая классификация лучше и полезнее предыдущих? Есть ли научные доказательства того, что течение психических болезней и лежащая в их основе патология подчиняются каким-то иным, особым закономерностям, совсем не таким, как при других болезнях, включая неврологические? Почему другие клинические дисциплины плодотворно развивают в своих классификациях нозологическое направление?

Немаловажно понять обладают ли синдромальные диагнозы специфичностью и достаточной информативностью при выборе стратегии и тактики купирующего и поддерживающего лечения, определении прогноза, мероприятий медицинской и социально-психологической реабилитации. Действительно ли автор статьи считает, что, к примеру, бредовый синдром в рамках острого полиморфного психоза, шизофрении, эпилепсии, болезни Альцгеймера и так

¹Менделевич В.Д. МКБ-11 (психиатрический раздел): кто лучше диагностирует — тот лучше лечит? // Неврологический вестник. 2022. Т. LIV. Вып. 3. С. 5–10.

²МКБ-11 — Международная классификация болезней 11-го пересмотра.

³DSM (от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам.

далее лечится одинаковым образом, причём независимо от структуры бреда и на всех этапах? Можно ли единым способом лечить кататонический синдром (выделен в МКБ-11 в отдельную рубрику), если учесть, что при люцидной (персистирующей, системной) кататонии бензодиазепины и электросудорожная терапия совершенно бесполезны, а методы лечения этой формы болезни вообще не разработаны? Правда ли, что «операциональные критерии» МКБ описывают закономерные совокупности патогенетически взаимосвязанных симптомов, их «совместный бег» (то есть синдром)? Если, к примеру, для диагноза депрессии по МКБ-10 «достаточно двух симптомов» из предложенного каталога, для диагноза шизофрении — «один чёткий или два нечётких симптома» «первого ранга», продолжающихся в течение месяца, и т.п.? Но даже в том случае, если автор придерживается не требований МКБ, а классических описаний, для квалификации синдрома вполне ведь достаточно формализованной поперечной оценки. На этом основании автор действительно может советовать врачам попусту не тратить время на изучение того, что нужно для нозологической диагностики: анамнеза жизни и заболевания, внутреннего мира больного, контекстуальных связей психических явлений?

ОБ АВТОРЕ

Снедков Евгений Владимирович, докт. мед. наук, проф., каф. психиатрии и наркологии;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1438-1890>;
eLibrary SPIN: 4353-6428;
e-mail: esnedkov@mail.ru

Ну и, наконец, каким всё-таки целям, по мнению автора и сторонников его подхода, служит клинический диагноз? В чём он видит различие между симптоматическим улучшением и оценками результатов патогенетически обоснованной терапии? Всегда ли улучшение профилей переносимости психофармакологических средств указывает на их способность редуцировать патогенетический механизм болезни? Можно ли в таком случае представить доказательства, что успешность, переносимость, общая результативность лечения, применявшегося в психиатрических клиниках на рубеже XIX–XX веков, — к примеру, терапии аффективно-бредовых приступов настойкой опия, — существенно уступала эффективности и безопасности современных психофармакологических препаратов?

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Funding. This publication was not supported by any external sources of funding.

Conflict of interests. The author declare no conflicts of interests.

AUTHOR INFO

Evgeny V. Snedkov, M.D., D. Sci. (Med.), Prof., Depart. of Psychiatry and Narcology;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1438-1890>;
eLibrary SPIN: 4353-6428;
e-mail: esnedkov@mail.ru