

---

**МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ**

---

**Кафедра психиатрии**

**П. Ю. Мучник, Е. В. Снедков**

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА  
АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ  
В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

**Учебное пособие**

**Санкт-Петербург  
Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
2014**

УДК 616.89-06:616  
М92

**Мучник П. Ю.**

М92 Дифференциальная диагностика аффективных расстройств в психиатрическом стационаре: учебное пособие / П. Ю. Мучник, Е. В. Снедков. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014. — 24 с.

**Авторы:**

ассистент кафедры психиатрии **П. Ю. Мучник**;  
д-р мед. наук, профессор **Е. В. Снедков**.

**Рецензент:** начальник кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, Заслуженный врач РФ, д-р мед. наук, профессор **В. К. Шамрей**.

В учебном пособии рассматривается проблема разграничения эндогенных психических расстройств в практике врача-психиатра, практикующего в психиатрическом стационаре. Освещены вопросы сравнительной диагностики биполярного расстройства с точки зрения современных классификаций (МКБ-10 в сравнении с DSM-5).

Учебное пособие предназначено для интернов и ординаторов, обучающихся по специальностям «Психиатрия» и «Психиатрия-наркология».

Утверждено  
в качестве учебного пособия  
Методическим советом ГБОУ ВПО  
СЗГМУ им. И. И. Мечникова,  
протокол № 2 от 23 мая 2014 г.

© П. Ю. Мучник, Е. В. Снедков, 2014

© Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014

## СОДЕРЖАНИЕ

Условные сокращения .....	4
Введение .....	5
Распространенность эндогенных расстройств .....	6
Указания МКБ-10 по диагностике эндогенных расстройств .....	9
Диагностика эндогенных расстройств в DSM 4-го и 5-го пересмотров.....	13
Изучение процесса диагностики аффективных расстройств в психиатрическом стационаре .....	17
Заключение .....	20
Литература .....	21
Вопросы для самоконтроля .....	22

## УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

- БАР — биполярное аффективное расстройство  
ВОЗ — Всемирная Организация Здравоохранения  
МЗ РФ — Министерство здравоохранения Российской Федерации  
МКБ-10 — Международная классификация болезней,  
10-й пересмотр  
РФ — Российская Федерация  
ШАР — шизоаффективное расстройство  
DSM-IV/DSM-5 — диагностическое и статистическое руководство  
по психическим расстройствам 4-го/5-го пересмотра

## ВВЕДЕНИЕ

Решение задач дифференциальной диагностики заболеваний, составляющих пестрый континуум шубообразных, периодических и циркулярных психозов, сопряжено с огромными сложностями, а нозологические диагнозы, установленные на начальных этапах болезни, в дальнейшем зачастую не подтверждаются. Так, при изучении 10-летнего катамнеза пациентов с биполярным аффективным расстройством ( БАР) отмечена высокая частота перекрестной диагностики БАР и шизофрении. При этом в 25% наблюдений первоначальный диагноз признается ошибочным, но до окончательного диагностического вердикта врачей больной обычно должен перенести 4—5 приступов. 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 дилеммы «шизофрения или БАР?» все равно оказывается невозможным.

Затронутая проблема особо актуальна для отечественной психиатрии, с ее исторически сложившейся традицией расширительной диагностики шизофрении, которая оставляет в границах БАР только лишь приступы «чистых» депрессий и маний с конгруэнтными им ложными идеями. Для определения степени значимости обсуждаемой проблемы было проведено сравнительное изучение статистических данных по распространенности БАР и шизофрении в РФ и в мире.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭНДОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ

Проведено изучение доступных в открытых источниках публикаций, характеризующих распространенность эндогенных заболеваний (далее в этом разделе речь будет идти только о шизофрении и БАР) в популяции. При работе с зарубежными источниками предпочтение отдавалось тем, где применялся показатель распространенности в течение года (12-months prevalence) на 1000 человек. Также были исключены источники, в которых не представлялось возможным выявить данные о распространенности именно биполярного аффективного расстройства среди всех расстройств настроения. В случае с источниками, использующими DSM-IV, показатели распространенности БАР I и II типов учитывались совместно. В отчетах РФ был взят показатель заболеваемости на 100 000, адаптированный для сравнения в расчете на 1000 человек населения. Показатели признаны сопоставимыми, в связи со сходными методами расчета. Использовался отчет МЗ РФ, данные которого сопоставлялись с отчетом ВОЗ, как наиболее полно отражающим общемировые тенденции, с учетом данных большинства стран-участниц. Для сравнения были взяты отчеты из США (предоставлявший подробное разделение по типам БАР), Великобритании, Новой Зеландии, Израиля.

При анализе описанных источников были выявлены следующие показатели годичной распространенности (таблица).

*Таблица*

### Распространенность аффективных эндогенных расстройств

Регион	Шизофрения	БАР	Шизофрения : БАР
ВОЗ	7	4,9	0,7
США	5,3	2,6	0,49
Великобритания	7,2	4,0	0,56
Новая Зеландия	3,2	2,2	0,69
Израиль	4,2	2,4	0,57
Россия	3,5	0,09	0,026

Таким образом, в РФ БАР диагностируется 54 раза реже, чем в остальном мире.

Считается, что распространенность аффективных расстройств и шизофрении в общей популяции является довольно постоянной и мало подвержена влиянию внешних факторов. По данным ВОЗ, соответствующие показатели примерно одинаковы в разных регионах земного шара, в развитых странах с различным политическим устройством и состоянием экономики. Их 1,5-кратные различия допустимы; они объясняются особенностями организации психиатрической помощи в разных странах, от которой зависит выявляемость больных психическими расстройствами среди населения. Менее вариабелен показатель соотношения распространенности шизофрении и БАР: он колеблется в пределах 0,5–0,7. В России данный показатель составляет всего лишь 0,03. Из этого следует вывод, что и в общей сумме основные эндогенные психозы выявляются российскими психиатрами хуже, но при их дифференцировании они отдают предпочтение диагнозу шизофрении примерно в 20 раз чаще, чем их зарубежные коллеги. Следовательно, в большинстве случаев БАР не распознается, пациентам устанавливается ошибочный диагноз шизофрении и они не получают лечения, соответствующего характеру имеющегося заболевания.

В качестве одной из причин такого положения дел можно назвать уменьшение доступности психиатрической помощи для населения, констатированное в аналитическом обзоре МЗ РФ о психиатрической помощи населению РФ в 2011 году. В поле зрения психиатров зачастую попадают лишь те пациенты, у которых обострения заболевания сопровождаются грубыми расстройствами поведения, очевидными и для неспециалистов. Сдерживающим фактором для самостоятельного обращения больных за психиатрической помощью является высокий уровень ее стигматизации в российском обществе.

Основной причиной неверного распознавания шизофрении вместо расстройств аффективного спектра является исторически сложившаяся в нашей стране традиция ее расширительной диагностики и произвольного сужения границ БАР до описания приступов только «чистых» депрессий и маний, на высоте которых, якобы, возможно развитие лишь конгруэнтного аффекту бреда (соответственно, депрессивного или экспансивного содержания), но не более. На самом деле подобное упрощение в понимании БАР, в том числе и типично протекающего, противоречит как описаниям его

клинических картин в работах классиков психиатрии, так и критериям его диагностики в современных международных классификациях болезней.

Выяснение причин, порождающих столь очевидные диагностические расхождения, — отнюдь не пустое 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. Гипердиагностика шизофрении является фактором стигматизации пациентов в обществе, ошибок в судебно-психиатрической практике, необоснованных переводов на инвалидность и увеличения экономических затрат.

Прежде чем приступить к анализу диагностического алгоритма в практической деятельности врача психиатрического стационара, обратимся к действующим классификациям психических расстройств и попробуем выяснить алгоритмы разграничения изучаемых заболеваний.



## УКАЗАНИЯ МКБ-10 ПО ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ

В МКБ-10 БАР определяется как «расстройство, характеризующееся повторными (по крайней мере, двумя) эпизодами, при которых настроение и уровень активности значительно нарушены». Для постановки диагноза БАР необходимо, чтобы больной перенес как минимум два аффективных эпизода, один из которых должен быть эпизодом мании или гипомании. Между эпизодами отмечаются периоды полного или почти полного выздоровления, а во время эпизодов допускается наличие психотической симптоматики, в том числе неконгруэнтной аффекту.

Среди критериев маниакального эпизода перечисляются приподнятое или раздражительное настроение различной степени выраженности, повышение энергичности с последующей гиперактивностью, речевым напором и снижением потребности во сне. Повышается самооценка, на фоне чего появляется хвастливость, которая может переходить в идеи величия. Внимание неустойчивое, отвлекаемое, встречается скачка идей. У некоторых больных могут наблюдаться нарушения восприятия в виде гиперестезии, которая по мере утяжеления состояния может переходить в иллюзии или галлюцинации. В случае когда основной паттерн настроения не повышение, а раздражительность, вместо идей величия могут формироваться идеи отношения, имеющие тенденцию к перерастанию в параноидные бредовые идеи.

Как видно из описания, существующие критерии допускают наличие в рамках маниакального эпизода полиморфной симптоматики, в том числе галлюцинаторно-параноидной.

Среди критериев депрессивного эпизода перечисляются: сниженное настроение, утрата интересов и удовольствия, снижение энергичности в качестве основных симптомов, которые могут быть дополнены следующими: снижение концентрации внимания, снижение самооценки с последующим формированием идей виновно-

сти, нарастающий пессимизм в отношении будущего, нарушения сна и снижение аппетита, идеи или действия, направленные на самоповреждение или суицид. Продолжительность наблюдаемого эпизода должна составлять не менее 2 недель.

Отдельно описывается «соматический синдром», наличие которого ставится на основании присутствия минимум четырех из следующих симптомов:

- утрата интересов и удовольствия от деятельности, которая в норме доставляет удовольствие;
- утрата эмоциональной реактивности на окружение и события, которые в норме приятны;
- пробуждение по утрам на 2 или более часа раньше, чем в обычное время;
- депрессия тяжелей в утренние часы;
- объективные данные о четкой психомоторной заторможенности или ажитации (отмеченной посторонним человеком);
- выраженное снижение аппетита;
- потеря в весе (считается, что на это указывает 5% потеря в весе в течение последнего месяца);
- выраженное снижение либидо.

Также в случае тяжелого депрессивного синдрома допускается наличие психотических симптомов, таких как бред (чаще депрессивного круга), галлюцинации (в том числе обвиняющие или оскорбляющие, а также неприятные обонятельные), депрессивный ступор.

Следовательно, перечисленные критерии допускают и в случае маниакальных, и в случае депрессивных эпизодов наличие не только собственно аффективных нарушений, но и ряда психотических симптомов, которые могут быть и не конгруэнтны аффекту.

Принципы дифференциации аффективных расстройств с неконгруэнтными аффекту психотическими симптомами разобраны в разделе «шизофрения и бредовые расстройства». Помимо прочего, несмотря на достаточность для постановки диагноза шизофрении наличия лишь симптомов первого ранга К. Шнайдера, указано, что *«диагноз шизофрении не должен ставиться при наличии выраженных депрессивных или маниакальных симптомов, если только шизофренические симптомы не предшествовали аффективным расстройствам. Если шизофренические и аффективные симптомы развиваются одновременно и равномерно представлены, следует ставить диагноз шизо-*

*аффективного расстройства даже если шизофренические симптомы оправдывали бы диагноз шизофрении».*

Шизоаффективные расстройства в МКБ-10 описываются неоднозначно. Несмотря на наличие неких специфических критериев, тем не менее, явно указывается, что «их отношение к типичным расстройствам настроения и к шизофреническим расстройствам не уточнено». Данные обзора периодической литературы подтверждают эту неопределенность. Одни исследователи полагают, что шизоаффективное расстройство, возможно, является самостоятельной нозологической единицей, хотя и имеет значительные «зоны перекрытия» симптоматики с шизофренией и аффективными расстройствами. Другие авторы полагают, что шизоаффективное расстройство является частным случаем аффективных расстройств, а частичка «шизо-» указывает лишь на наличие психотических проявлений.

Что касается иногда выставляемого «органического аффективного расстройства», постановка данного диагноза должно основываться на гипотезе, что расстройства настроения *«непосредственно вызваны церебральной болезнью или дисфункцией, а не сочетаются случайно с таким заболеванием или дисфункцией и не являются психологической реакцией на эти симптомы»*, то есть необходимо сочетание критериев расстройств настроения (F30-F33) и нижеследующих критериев:

а) наличие болезни, повреждения либо дисфункции головного мозга или системного физического заболевания, которое определено связано с одним из описываемых синдромов;

б) взаимосвязь во времени (недели или несколько месяцев) между развитием основного заболевания и началом развития психического синдрома;

в) выздоровление от психического расстройства вслед за устранением или излечением предполагаемого основного заболевания;

г) отсутствие предположительных данных об иной причине психического синдрома (такой как выраженная семейная отягощенность или провоцирующий стресс).

При этом наличие критериев «а» и «б» говорит лишь о предположительном диагнозе, достоверность которого повышается при наличии всех четырех критериев.

Таким образом, несмотря на весьма широкие границы диагностирования шизофрении и отсутствие явной необходимости пер-

систирования дефицитарных расстройств в клинической картине, в МКБ-10 представлены критерии, предоставляющие плацдарм для разграничения шизофрении и аффективных расстройств. Для проведения стандартизированной оценки были разработаны диагностические алгоритмы, которые нашли отражение в «Международной системе диагностической беседы с больным» — CIDI, предназначенной для применения неклиницистами. Более точным диагностическим инструментом является SCAN — шкала клинической нейропсихиатрической оценки. К сожалению, эти инструменты не нашли широкого применения в нашей стране.

## ДИАГНОСТИКА ЭНДОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ В DSM 4-го И 5-го ПЕРЕСМОТРОВ

В США и некоторых других странах вместо МКБ-10 используется «Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам» (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) — DSM-IV, замененное в мае 2013 г. на DSM-5. Обе эти классификации во многом схожи с МКБ-10, однако описания диагностических критериев и аспекты дифференциальной диагностики представлены в ней более подробно. Именно поэтому в ряде европейских стран врачи используют в диагностической практике DSM, а МКБ-10 применяют только в целях осуществления статистического учета.

С позиций DSM-IV, биполярным аффективным расстройством является расстройство, характеризующееся наличием, как минимум, одного маниакального или смешанного эпизода. Указывается, что нет существенных различий по распространенности этого расстройства в различных культуральных, возрастных и половых группах, однако отмечена тенденция к гипердиагностике шизофрении вместо биполярного расстройства в некоторых (без уточнений) этнических группах и у молодых пациентов.

Среди критериев депрессивного эпизода упоминаются сниженное настроение либо снижение интереса или удовольствия, которые должны сопровождаться *пятью или более* симптомами из следующих:

1) сниженное настроение большую часть дня почти ежедневно (у детей и пожилых оно может проявляться раздражительностью);

2) значимо сниженный интерес (или удовольствие) ко всем или почти всем видам активности большую часть дня почти ежедневно;

3) значимая потеря веса без влияния специальной диеты или, наоборот, набор веса (т. е. изменение более чем на 5% от исходного за месяц), либо снижение или повышение аппетита почти ежедневно;

4) бессонница или сонливость почти ежедневно;

5) психомоторная заторможенность или возбуждение;

6) слабость или чувство потери энергии;

7) чувство никчемности или чрезмерной или неуместной вины (включая бред виновности);

8) сниженная способность думать или концентрировать внимание либо чувство нерешительности;

9) повторяющиеся мысли о смерти или суициде либо суицидная попытка.

Наблюдающиеся симптомы должны персистировать не менее двух недель и иметь отличия от предшествующего уровня функционирования.

Депрессивный эпизод тяжелой степени выраженности может сопровождаться конгруэнтными (наличие, как правило, слуховых галлюцинаций и/или депрессивного бреда) и неконгруэнтными (бред преследования, ощущение вкладывания или звучания мыслей, бред воздействия) психотическими симптомами.

#### ***Критерии маниакального эпизода:***

**А.** Отчетливый период ненормально и постоянно повышенного, хвастливого или раздражительного настроения, длящегося, как минимум, неделю.

**В.** В период нарушенного настроения три (либо четыре, в случае раздражительного настроения) или более следующих симптомов присутствуют и выражены в значительной степени:

1) завышенная самооценка или напыщенность;

2) сниженная потребность в сне;

3) бóльшая разговорчивость, чем обычно, или речь с напором;

4) вихрь идей или субъективное ощущение ускорения мыслей;

5) повышенная отвлекаемость;

6) повышенная активность в достижении целей;

7) повышение вовлеченности в активность, связанную с получением удовольствия, несмотря на высокий риск неблагоприятных последствий.

В случае если протекание маниакального эпизода тяжелое, могут наблюдаться психотические симптомы, такие как галлюцинации (чаще слуховые), экспансивный бред. Реже — неконгруэнтные настроению симптомы, такие как бред преследования, ощущение вкладывания или звучания мыслей, бред воздействия. Наличие неконгруэнтной симптоматики свидетельствует о прогнозе более тяжелого течения БАР.

В DSM (в связи с незначительными различиями между 4-й и 5-й версиями далее будем говорить о DSM в общем) описаны сходные

с МКБ-10 критерии мании и депрессии. Отличительными особенностями можно считать более детальное перечисление диагностических критериев, более широкие рамки депрессивного эпизода. В его диагностические критерии, в отличие от МКБ, вошли не только снижение аппетита, массы тела и продолжительности сна, но и их патологическое увеличение.

Касаясь вопроса дифференциальной диагностики, следует остановиться на критериях шизофрении и шизоаффективного расстройства.

В DSM, по сравнению с МКБ-10, отмечается более строгое применение критериев шизофрении, нацеленное на уменьшение ее гипердиагностики. Так, наличие продуктивной симптоматики должно наблюдаться не менее месяца (так же как и в критериях МКБ), но при этом общее течение заболевания должно составлять не менее 6 месяцев. В этот период могут наблюдаться продромальные либо резидуальные симптомы, а также негативные расстройства. Таким образом, исключается возможность диагностики шизофрении, если с момента появления первых признаков заболевания прошло больше месяца, но меньше полугода. Этот пункт немаловажен, поскольку именно первый эпизод биполярного расстройства чаще всего оказывается наиболее тяжелым, он протекает с психотической симптоматикой и более длительно.

Важен критерий D (в обеих версиях DSM), согласно которому диагноз шизофрении может ставиться только при условии, что исключены диагнозы расстройства настроения и шизоаффективного расстройства. Это подразумевает, что ни депрессивных, ни маниакальных, ни смешанных аффективных эпизодов не должно наблюдаться одновременно с психотическими симптомами острой фазы, а если все же они наблюдались, то их продолжительность должна значительно уступать продолжительности активного психотического состояния и последующего за ним резидуального периода, картина которого не характерна для послеприступного периода фазно протекающего психоза.

Под шизоаффективным расстройством понимается заболевание, при котором одновременно наблюдаются и симптомы активной фазы шизофрении (бред, галлюцинации, дезорганизация речи или поведения, кататонические расстройства), и расстройства настроения, но при этом в начале либо в конце обострения имеется состояние длительностью не менее 2 недель, когда бред или галлюцинации

существуют изолированно, не сопровождаясь симптоматикой патологически измененного настроения.

Классификация DSM представляет детализированный и структурированный алгоритм дифференциальной диагностики, позволяющий провести четкую демаркационную линию между БАП и шизофренией. В качестве диагностических инструментов, которыми можно пользоваться в обычной практике, предлагаются краткое нейропсихиатрическое интервью (MINI) и более подробный структурированный диагностический опросник SCID. В последних версиях MINI (начиная с версии 6.0) опросник дополнен визуально-графическим модулем дифференциальной диагностики аффективных расстройств и шизофрении. Опросник SCID имеет более подробное описание симптоматики, детальнее охватывает смежные симптомы и является более точным вспомогательным инструментом, который способствует более точному и полному сбору клинически значимой для дифференциальной диагностики информации и минимизирует влияние субъективной диагностической установки врача-психиатра, проводящего обследование пациента. Дополнительным плюсом практического использования структурированных опросников является более высокая степень документируемости и доказательности диагностического алгоритма.



## **ИЗУЧЕНИЕ ПРОЦЕССА ДИАГНОСТИКИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

Для исследования процесса дифференциальной нозологической диагностики приступов аффективных и аффективно-бредовых эндогенных психозов в практике стационарного врача были изучены истории болезни пациентов, проходивших стационарное лечение в Санкт-Петербургской психиатрической больнице св. Николая Чудотворца в период с 2000 по 2007 г. Объектом поиска было выявление соответствия 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. Из 400 проанализированных историй аффективных больных в 193 историях был выставлен диагноз «шизофрения», в 110 историях выставлен диагноз ШАР. Диагноз БАР был верно установлен только в 97 случаях из 400.

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 расценивалась 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 расценивалось как «неадекватное», «нелепое» поведение, «грубые поведенческие расстройства», «грубые расстройства влечений». Собственно повышение настроения игнорировалось в 44,2% случаев. Повышенная самооценка или наличие свойственных мании 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, самоуничижения) 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% историй 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% историй.

В итоге был сделан вывод о том, что 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 психотическими 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.

Затронутая проблема лежит не только в области сугубо теоретических споров. Результаты исследования показали, что нозологическая квалификация болезни как шизофрении или шизоаффективного расстройства сопровождалась почти автоматическим включением нейролептиков в схему терапии даже в тех случаях, когда картина приступа исчерпывалась одной только аффективной симптоматикой. Частота назначения нейролептиков и, как следствие, частота развития вызванных ими неврологических побочных эффектов статистически значимо отличались от аналогичных показателей в группе пациентов, нозологический диагноз которых соответствовал действительности.

В тех случаях, когда большинство обострений у одного больного верно расценивались в рамках БАР, отмечалась большая частота и регулярность назначения препаратов из группы нормотимиков. В свою очередь, это приводило к более качественному протеканию и большей продолжительности ремиссий (в среднем на 10–12 недель) по сравнению с теми пациентами, которые реже диагностировались в рамках БАР и получали нормотимики нерегулярно или несистемно. Напротив, когда средством поддерживающей терапии в большинстве ремиссий оказывались нейролептики, продолжительность ремиссий укорачивалась. Разумеется, укорочение «светлых промежутков» означало учащение приступов заболевания и связанных с ними госпитализаций. Также стоит отметить, что у этих пациентов чаще происходили распады семей, утрата мест работы или учебы; возрастала безработица.

Профилактика приступов БАР стабилизаторами настроения патогенетически обоснована. В частности, вальпроаты и карбамазепин стимулируют ГАМКергическую нейротрансмиссию. Поэтому они не причиняют вреда больным и способствуют благоприятному течению фазного психоза. Это убедительно подтверждено многочисленными исследованиями и многолетним практическим опытом. Вопрос о нормотимическом эффекте атипичных антипсихотиков, и тем более об их преимуществах перед нормотимиками в противорецидивной терапии БАР в настоящее время остается открытым.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обобщая изложенные выше данные, можно говорить о том, что проблема дифференциальной диагностики аффективных расстройств является значимой проблемой современной психиатрии. Статистические показатели свидетельствуют о значительной гиподиагностике расстройств аффективного спектра, наряду с гипердиагностикой шизофрении. Диагноз зачастую устанавливается без учета официальных диагностических критериев, лишь на основании субъективных установок и впечатлений врача. В результате больные получают патогенетически необоснованное лечение, которое обуславливает более неблагоприятное течение аффективного расстройства в виде укорочения и ухудшения качества интермиссий, учащения приступов болезни, снижения функционирования пациентов в профессиональной, семейной и социальной сферах.

Улучшению ситуации может помочь внедрение алгоритма детального сбора психиатрического анамнеза и более строгое следование духу и букве международных классификаций болезней.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Антропов Ю. А.* Диагностика психических болезней: руководство для врачей / Ю. А. Антропов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 264 с.
2. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / под ред. С. Н. Мосолова. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 384 с.
3. *Леонгард К.* Систематика эндогенных психозов и их дифференциальная этиология / К. Леонгард; пер. с нем. под ред. А.С. Тиганова. — М.: Практическая медицина, 2010. — 456 с.
4. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я Семке, А. С. Тиганова, Ю. А. Александровского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 1000 с.
5. *Цыганков Б. Д.* Психиатрия. Руководство для врачей / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 496 с.

## **ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ**

1. Какова частота годовой распространенности шизофрении по данным мировой статистики?
2. Какова частота годовой распространенности аффективных расстройств по данным мировой статистики?
3. Сколько и каких аффективных эпизодов необходимо перенести пациенту для постановки диагноза БАР по МКБ-10?
4. Перечислите известные вам диагностические шкалы и инструменты.
5. Какие аффективные приступы чаще подвергаются неверной диагностике?
6. Каковы основные причины недостаточного выявления аффективных расстройств в психиатрическом стационаре?

Для заметок

---

**П. Ю. Мучник, Е. В. Снедков**

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА  
АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ  
В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

**Учебное пособие**

Подписано в печать 09.10.2014 г. Формат бумаги 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.

Бумага офсетная. Гарнитура NewtonС.

Печать офсетная. Уч.-изд. л. 0,8. Усл. печ. л. 1,4.

Тираж 50 экз. Заказ № 326.

Санкт-Петербург, Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

Отпечатано в типографии СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.