

Ф.И. БЕЛЯЛОВ

ПСИХОСОМАТИКА

7-е издание, переработанное и дополненное



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2018

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

ДИАГНОСТИКА

Среди населения стран Европы психические расстройства выявлены у 38% населения (рис. 1.1) с очевидным преобладанием тревожных расстройств. В отличие от Европы, в некоторых регионах в последние десятилетия частота психических нарушений существенно возросла. Например, в Тайване за 20 лет частота психических расстройств увеличилась почти в два раза — с 12 до 24% (Fu T. et al., 2013).

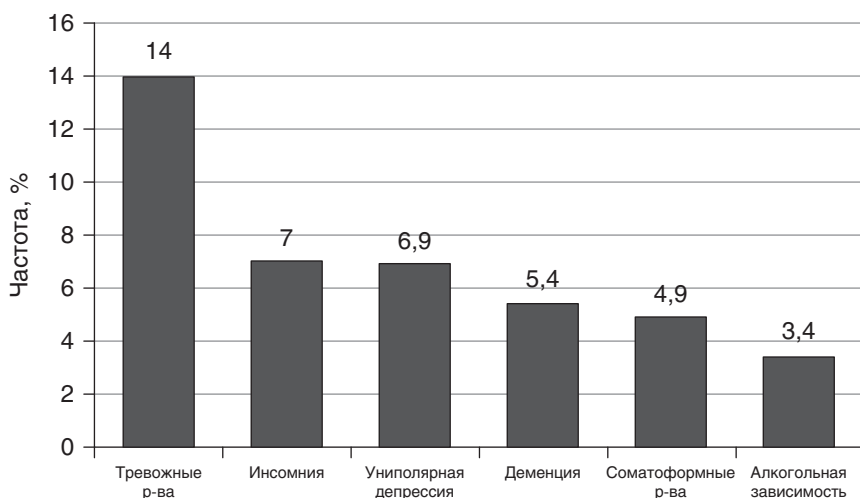


Рис. 1.1. Психические расстройства в европейских странах (European College of Neuropsychopharmacology/European Brain Council)

Нарушения психического здоровья влияют на общую смертность населения значительно меньше соматических заболеваний, в то же время остаются ведущей причиной снижения трудоспособности и инвалидности наряду с костно-мышечными заболеваниями (рис. 1.2).

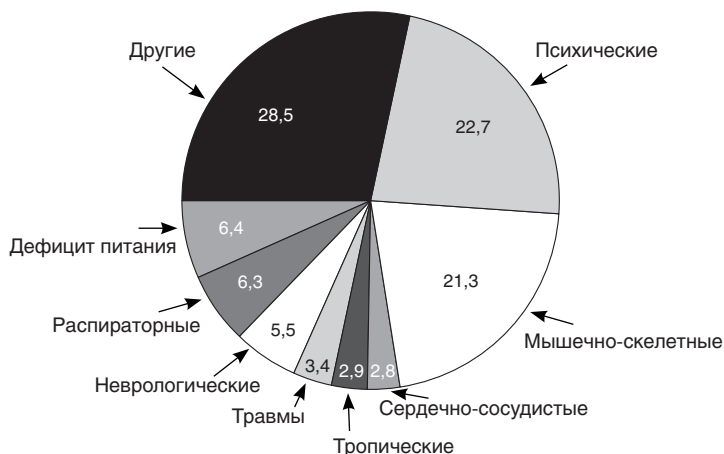


Рис. 1.2. Вклад заболеваний человека в ограничение трудоспособности и инвалидность (Becker A., Kleinman A., 2013)

Врачам поликлиник или стационаров часто приходится работать с пациентами, страдающими психическими расстройствами (табл. 1.1). Сопоставить частоту психических расстройств в популяции и среди пациентов врачей общей практики достаточно сложно ввиду разных методов исследования.

Таблица 1.1

Распространенность психических расстройств

Психическое расстройство	Все население, %		Амбулаторная помощь, % ¹
	NCS-R	ECNP/EBC	
Расстройство настроения	9,5	7,8	9,1–10,0
Депрессивное расстройство	6,7	6,9	8,4–11,2
Дистимия	1,5	–	5,0
Биполярное расстройство	2,6	0,9	0,2
Тревожные расстройства	18,1	14,0	16,4 ²
Паническое расстройство	2,7	1,8	1,3–7,5
Специфическая фобия	8,7	6,4	3,5
Социальная фобия	6,8	2,3	2,2
Генерализованное тревожное расстройство	3,1	2,5	3,0

Окончание табл. 1.1

Психическое расстройство	Все население, %		Амбулаторная помощь, % ¹
	NCS-R	ЕСNP/ЕВС	
Посттравматическое стрессовое расстройство	3,5	2,0	9,0 ³
Зависимость от алкоголя	3,7	3,4	8,7 ⁴
Соматоформные расстройства	—	4,9	4,3–11,8

Источники распространенности за год: ¹ — исследования PREDICT, MAS, DASMAP, ² — Olariu E. et al., 2015, ³ — Taubman-Ben-Ari O. et al., 2001, ⁴ — Rehm J. et al., 2015.

Выявлена тесная связь соматических жалоб с выраженностью тревоги и депрессии (Gierk B. et al., 2014). Нередко в практике терапевта встречаются случаи соматических жалоб, обусловленных психическими нарушениями. Лишь около 21% пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами при беседе с врачом общей практики указывали на психические симптомы, остальные же описывали исключительно **соматизированные жалобы** (рис. 1.3, 1.4) (Kirmayer L., Robbins J., 1996).

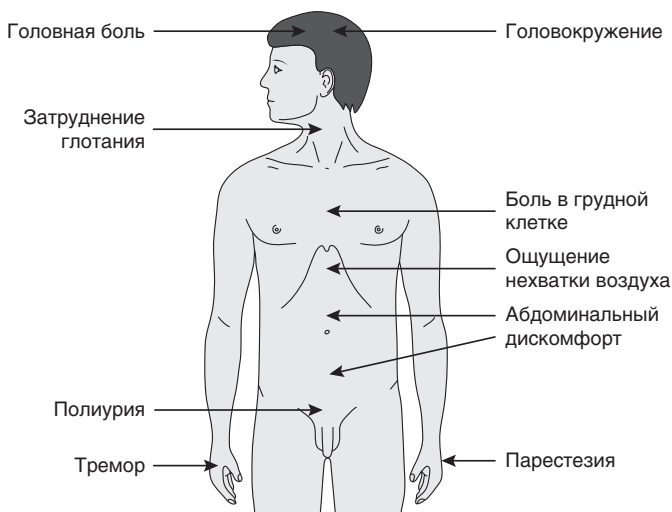


Рис. 1.3. Частые соматизированные симптомы, вызываемые тревогой

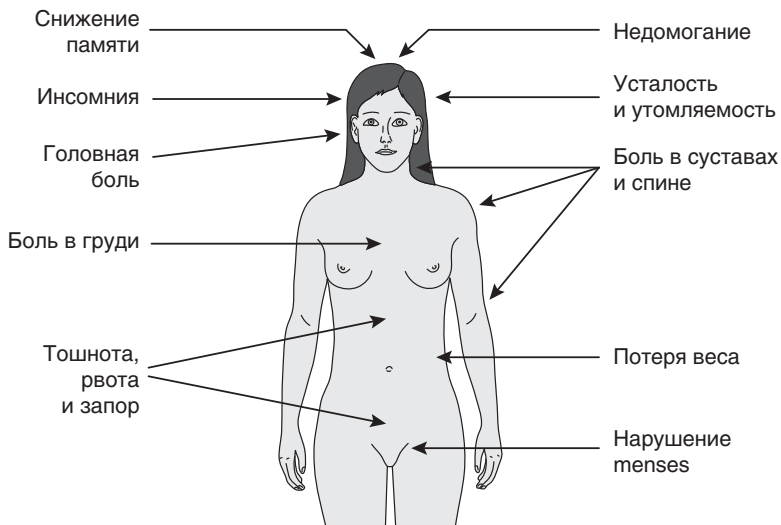


Рис. 1.4. Частые соматизированные симптомы, вызываемые депрессией

Среди пациентов врача общей практики в 8—31% случаев имеются множественные симптомы, которые нельзя объяснить соматической патологией (Jackson J. et al., 2008; Creed F. et al., 2012).

Пациенты с психическими расстройствами чаще посещают врачей, имеют длительный анамнез симптомов, старше, преобладают женщины, чаще испытывают социальный и финансовый стресс, нередко вызывают раздражение и недовольство у врачей (Hanel G. et al., 2009).

В то же время адекватная диагностика и лечение этих пациентов могут значительно улучшить их состояние и уменьшить частоту врачебных посещений и длительность госпитализаций, сократить затраты здравоохранения.

Проблемой установления психического диагноза в соматической клинической картине является отнесение симптомов тревоги и депрессии к проявлениям заболеваний внутренних органов или нормальной реакции на заболевание, что приводит к редкой постановке диагноза психического расстройства.

Что же такое психическое расстройство? Чем оно отличается от частых переживаний по поводу семейных проблем или естественного беспокойства, вызванного соматическим заболеванием? Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) определили основные признаки психического расстройства.

- Отчетливый психологический дискомфорт или страдание.

- Нарушение способности выполнять определенную работу или учиться.

- Повышение риска смерти, страдания или нарушения деятельности.

Врачу-непсихиатру в первую очередь необходимо исключить у пациента соматическое заболевание, включая стертые и атипичные формы, с помощью соответствующего лабораторного и инструментального обследования.

Наличие психического расстройства часто предполагается по следующим косвенным признакам.

- Клиническая картина болезни не похожа на проявления соматических заболеваний.
- При тщательном лабораторном обследовании не выявлены болезни внутренних органов или последние явно не соответствуют выраженности жалоб.
- Больной длительно и без особого эффекта лечил «соматические» заболевания, часто различных специальностей.

Диагностика психического расстройства, как и, безусловно, соматического заболевания, должна быть позитивной, то есть врач обязан определить основные психопатологические признаки, их тип и возможные причины. Например, нарушения сна и снижение аппетита часто встречаются при соматическом заболевании, в то время как чувство печали и потеря удовольствия связаны с депрессией.

Основные психические синдромы

Тревога

Тревога проявляется различными опасениями, чувством надвигающейся беды, угрозой, настороженностью, неясным беспокойством. Особенностью тревоги является ее обращенность в будущее и диффузный беспредметный характер, в отличие от страха.

Заметим, что тревога является нормальной реакцией на стрессовый фактор и переживается многократно каждым человеком. В то же время следует выделять аномальные тревожные расстройства, когда выраженность психоэмоционального ответа создает дискомфорт для больного или окружающих, мешает полноценно жить и работать.

Среди последних наиболее характерны признаки вегетативной дисфункции: сердцебиение, тахикардия, повышение артериального давления (АД), тремор, одышка, приливы жара или холода, потливость, тошнота, дискомфорт в животе, диарея, полиурия, учащенное мочеиспускание. Часто встречаются признаки моторного напряжения: головные боли, дрожь, чувство зажатости и невозможности расслабиться, суетливость, неусидчивость, дискомфорт или боли в мышцах.

Кроме того, пациентов беспокоят ощущение взвинченности или пребывания на грани срыва, повышенная пугливость, трудность концентрации внимания, нарушение засыпания или частые пробуждения, раздражительность или нетерпеливость. Может развиваться ощущение, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное «Я» отдалилось или «находится не здесь» (деперсонализация), вторичный страх смерти (танатофобия), страх потери самоконтроля или сумасшествия (лиссофобия, маниофобия) и другие признаки.

Депрессия

При депрессиях различного типа могут встречаться следующие признаки заболевания.

- Пониженное настроение, которое пациенты часто называют грустью, подавленностью, унынием, хандрой, печалью или тоской. У детей и подростков главным проявлением депрессии может быть раздражительность.
- Утрата интереса к повседневной деятельности и способности испытывать удовольствие от деятельности, которая обычно доставляет радость.
- Снижение энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости, снижению активности.
- Пессимистическая и критическая оценка собственной личности (например, чувство своей неполноценности и бесполезности, «жизнь не удалась»).
- Пессимистическое и критическое видение окружающего мира (например, все представляется в мрачном свете, люди озабочены лишь своими корыстными интересами).
- Мрачное и пессимистическое видение будущего (например, осознание бесцельности и бессмысленности жизни).
- Интеллектуальная заторможенность, которая проявляется в медленном течении мыслей или их отсутствии, бедности идей, затруднении в принятии решения (нерешительность).
- Снижение памяти.
- Социальная отгороженность.
- Снижение разговорчивости.
- Расстройство сна (ранние утренние пробуждения или повышенная сонливость).
- Внешние проявления: гипомимия, печальное выражение лица, опущенные уголки рта, тусклый взгляд, сдвинутые брови с приподнятыми внутренними краями и опущенными веками (признак Вергаута), направленный вниз взгляд, голос монотонный и «бесцветный»,

пассивность и паузы в разговоре, замедленные движения, согбенная поза, небрежность в одежде.

Конечно, далеко не все перечисленные признаки имеются у пациента при депрессии. Кроме того, при депрессивном расстройстве стертые (субсиндромальные) формы имеют сходные с клинически выраженной депрессией факторы риска и негативное влияние на качество жизни пациентов (Ayuso-Mateos J. et al., 2010). Такие данные позволяют рассматривать различные типы депрессии в рамках депрессивного континуума.

Сложность диагностики депрессии увеличивается при алекситимии, когда пациент не может описать свое душевное состояние. Например, при легкой депрессии алекситимия встречается в 60—70% случаев. Многие пациенты склонны связывать снижение настроения с имеющимся у них соматическим заболеванием или жизненными трудностями.

Часто жалобы пациентов, описанные врачами-непсихиатрами как общая слабость и недомогание, психиатры определяют как снижение настроения, энергии, утрату интереса к повседневной деятельности и способности испытывать удовольствие — основные признаки депрессии.

Поскольку признаки депрессии могут быть трудно определяемыми, полезно сравнить самочувствие в настоящее время и до предполагаемого начала депрессии. При целенаправленном расспросе у 33% больных отсутствуют жалобы на снижение настроения, и депрессия осознается ретроспективно в результате лечения. Эффект антидепрессантов также может подтвердить наличие расстройства настроения [«психофармакологический анализ состояния» (Г. Я. Авруцкий)]. Правда, улучшение состояния может быть связано с анальгезией или купированием тревоги.

Пациенты с депрессией нередко скрывают свое заболевание, что мешает получить эффективную помощь и приводит к дискриминации при межличностных отношениях, в работе и образовании (Lasalvia A. et al., 2013).

Нередко депрессия скрывается за соматическими болезнями или проявляется **соматизированными симптомами** (см. рис. 1.4), особенно часто у лиц пожилого и старческого возраста (Overend K. et al., 2015). Редко пациенты с депрессивным расстройством сообщают врачу о психологических проявлениях депрессии, обычно обсуждают только соматические симптомы.

Следует отметить, что в психиатрии под термином «соматические симптомы» подразумевают признаки, характерные для определенной формы депрессивного эпизода (депрессивный эпизод с соматическими симптомами). К таким признакам относят, например, усиление депрессии утром, раннее пробуждение, снижение аппетита и веса тела. Поэтому в книге для обозначения симптомов психических расстройств, похожих

на признаки заболеваний внутренних органов, применяется термин «соматизированные симптомы», широко используемый в современной литературе.

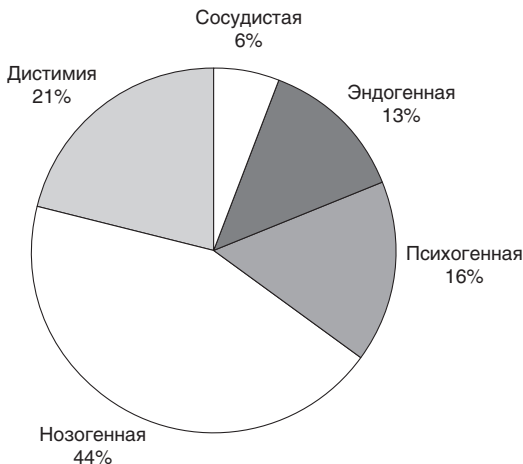


Рис. 1.5. Частота различных видов депрессии в многопрофильном стационаре (Смуглевич А.Б. и др., 2003)

Для случаев, когда соматизированные симптомы появляются вместе с депрессивными и перекрывают или даже скрывают депрессию (обычно депрессивный эпизод), используют термин «соматизированная депрессия». По некоторым данным, соматизированная депрессия составляет от 10 до 30% хронических больных, обращающихся к врачу общей практики (Kielholz P. et al., 1982). Выделяют различные варианты (формы, маски) депрессии с преобладанием вегетативной дисфункции, боли (кардиалгии, абдоминалгии, цефалгии, артралгии, боли в спине), головокружения, кожного зуда.

В соматических лечебных учреждениях чаще всего встречается депрессия, обусловленная стрессом вследствие болезни (нозогенная) (рис. 1.5).

Врачу важно знать, что клинические решения по выбору диагностических и лечебных подходов у пациента с депрессией предпочтительнее принимать врачу без традиционного активного обсуждения позиций и предпочтений пациента (Moise N. et al., 2016).

Сочетание тревоги и депрессии

Тревожные и депрессивные состояния часто встречаются вместе. В исследовании NESDA у 67% пациентов с депрессивным расстрой-

ством диагностировали коморбидное тревожное расстройство, а у 63% с тревожным расстройством — выявили депрессивное расстройство. В классификации МКБ-10 выделено отдельно смешанное тревожно-депрессивное расстройство.

Встречаются различные варианты взаимоотношений депрессивных и тревожных состояний, например следующие.

- Тревога (приступы паники) появляется перед эпизодом депрессии.
- Симптомы тревоги возникают во время и исчезают после разрешения депрессивного эпизода.
- После панических атак развивается депрессивное состояние, как ответ на перенесенное психическое напряжение.

Важно оценить временную последовательность тревожных и депрессивных симптомов для определения первичного расстройства.

Сочетание депрессии и тревоги увеличивает тяжесть состояния пациентов, риск хронизации, снижает эффект лечения и ухудшает прогноз.

Пока недостаточно ясна природа частого сочетания этих синдромов. Возможно, тревога и депрессия имеют психическую общность. Не случайно, антидепрессанты в равной мере эффективны при депрессивных и тревожных расстройствах.

Психометрические шкалы

В научных исследованиях широко применяются психометрические шкалы, позволяющие стандартизировать и количественно оценивать психические симптомы (табл. 1.2). Часто используются шкалы HADS, GHQ (тревога и депрессия), PHQ (депрессия) и GAD (генерализованная тревога). При большинстве заболеваний внутренних органов психометрические тесты остаются достаточно информативным методом скрининга.

Таблица 1.2

Шкалы для оценки психического состояния

Психическое состояние	Опросник	Число вопросов
Депрессия	Beck Depression Inventory (BDI)	21 (13)*
	Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (CESD)	20 (15)*
	Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	17–21
	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)	7

Окончание табл. 1.2

Психическое состояние	Опросник	Число вопросов
Депрессия	Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)	10
	Patient Health Questionnaire (PHQ)	9 (2)*
	Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS)	20
Тревога	Generalized Anxiety Disorder (GAD)	7 (2)*
	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A)	7
	Panic Disorder Severity Scale (PDSS)	7
	Zung Self-Rating Anxiety Scale (ZSAS)	20

Примечание: * — сокращенный вариант.

Пациенты, которые имеют нарушения по данным психометрических тестов, нуждаются в более тщательном клиническом обследовании с привлечением при необходимости консультантов.

Важно учитывать, что в шкалах симптомы соматических заболеваний могут интерпретироваться как отражение психического расстройства. Например, у пациентов с гастроинтестинальной симптоматикой тест HADS, разработанный для пациентов с соматическими заболеваниями, предпочтительнее шкалы депрессии Бека, так как последняя включает симптомы (боли, расстройство желудка, запоры, изменение аппетита), которые могут быть проявлением заболеваний пищеварительного тракта.

Применение шкал в клинической практике не является обязательным и необходимым. Обычно врач в процессе клинического опроса оценивает психические отклонения и при необходимости уточняет наличие определенного психического расстройства, например, генерализованной тревоги, паники, эпизода депрессии.

Необходимо подчеркнуть, что результаты тестирования не являются клиническим диагнозом и, соответственно не позволяют выбрать лечебную программу. Они оценивают вероятность наличия в группе пациентов того или иного психического расстройства.

В проспективном наблюдении за пациентами соматической университетской клиники депрессия по шкале PHQ-9 выявлена у 26% пациентов, из которых у 59% диагностировано депрессивное расстройство (Martín-Subero M. et al., 2017).

Для быстрой оценки депрессии и тревоги риска разработаны варианты шкал с двумя критериями.

- *Тревога (GAD-2).*
 - Нервозность, беспокойство или ощущение на грани срыва.
 - Неспособность успокоиться или контролировать волнение.

- **Депрессия (PHQ-2).**

- Снижение интереса или чувства удовольствия.
- Плохое настроение, подавленность или чувство безысходности.

Сокращенная шкала депрессии показала высокую чувствительность и умеренную специфичность (выше ложноположительные результаты) по сравнению с традиционными тестами (мета-анализ Tsoi K. et al., 2017).

Необъяснимые соматические симптомы

Пациент обычно обращается к врачу, когда неприятные ощущения существенно мешают жить и работать. Вместе с тем, во многих случаях при объективном исследовании поражения органов, объясняющие происхождение симптомов, не находят. Например, среди пациентов врачей общей практики органическая природа симптомов при 3-летнем наблюдении была подтверждена лишь в 16% случаев (рис. 1.6). Наиболее распространены необъяснимые мышечные боли, усталость, головные боли, кардиалгии, абдоминальные симптомы.

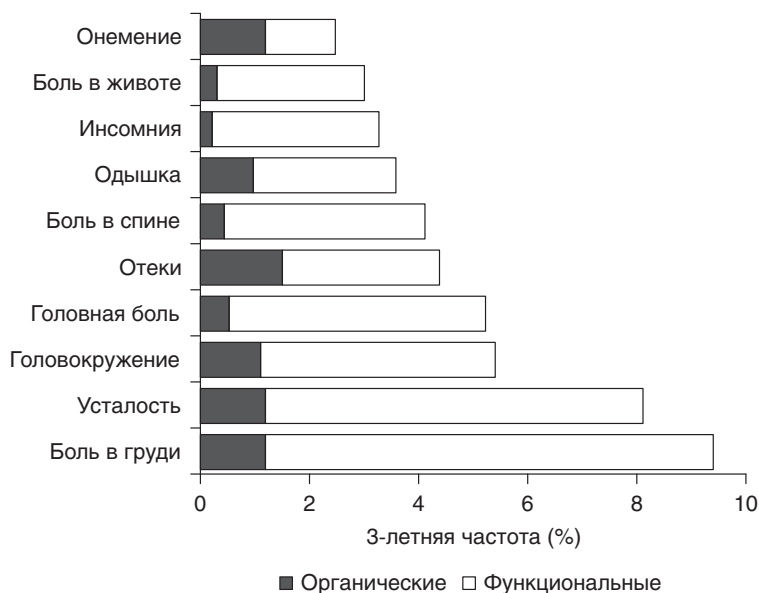


Рис. 1.6. Трехлетняя частота 10 симптомов у амбулаторных пациентов и доля «органических» причин (Kroenke K., Swindle R., 1989)

В целом около 20% пациентов врачей общей практики, преимущественно женщин (60—80%), предъявляют жалобы, не связанные с соматическим заболеванием (Clarke D. Et al., 2008; Steinbrecher N. et al., 2011).

Типология неясных соматических симптомов представлена на рис. 1.7. Многие повторяющиеся и/или длительно сохраняющиеся необъяснимые желудочно-кишечные симптомы связаны с нарушением моторики и рассматриваются в рамках функциональных заболеваний.

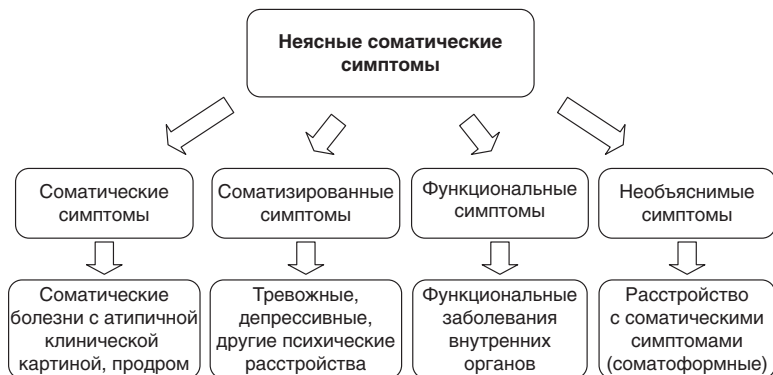


Рис. 1.7. Структура необъяснимых симптомов

Значительная часть таких симптомов обусловлена психическими расстройствами. Например, в исследовании R. Smith и соавт. (2005) у 60% пациентов с медицински необъяснимыми симптомами определили диагноз психиатрического несоматоформного заболевания, из которых у 45% пациентов — тревожное расстройство, у 46% — депрессивное расстройство. В то время как диагноз соматоформного расстройства установили лишь у 23% пациентов.

В последней американской классификации DSM-5 было выделено расстройство с соматическими симптомами взамен соматоформного расстройства. Позитивная диагностика основана на наличии дистресса, вызванного симптомами, а также аномальными мыслями, чувствами и поведением в ответ на эти симптомы.

Одним из механизмов соматизированных или необъяснимых симптомов считают соматосенсорное усиление (somatosensory amplification), включающее телесную гиперчувствительность, фокусировку на слабых ощущениях и когнитивно-эмоциональную реакцию (Köteles F. et al., 2017). Тревога и депрессия усиливают восприятие более разных локализаций (головная, плечо, спина) (Williams L. et al., 2012).

Алекситимия — неспособность к осознанию, выражению и описанию душевных переживаний — ассоциируется с появлением соматизированных симптомов, независимо от социо-демографических факторов, соматических заболеваний, тревоги и депрессии (Mattila A. et al., 2008).

Около 80% пациентов с депрессией и тревогой, посещающих врачей общей практики, вначале предъявляют исключительно соматические жалобы.

Заподозрить соматизированные (вызванные психическим расстройством) симптомы можно по следующим признакам.

- Несоответствие с данными объективного исследования.
- Необычный характер.
- Многочисленность симптомов.
- Яркая эмоциональная окраска.
- Несоответствие локализации рецепторных зон.
- «Летучесть» или выраженная стойкость.
- Нет связи с традиционными провоцирующими факторами.
- Неэффективность соматотропного лечения.

Важным признаком психического расстройства являются множественные соматизированные симптомы (рис. 1.8).

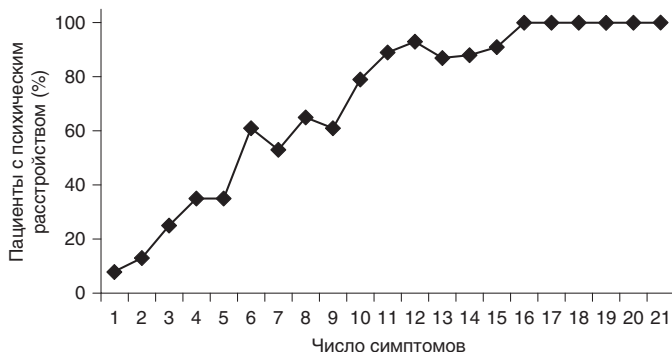


Рис. 1.8. Зависимость числа соматизированных симптомов и частоты психических расстройств (Kroenke K. et al., 1994)

Для уточнения связей психического состояния и соматических симптомов важное значение имеет оценка субъективной картины и анамнеза с оценкой временных соотношений. Например, если непосредственно до появления соматических симптомов имел место сильный стресс или возникли симптомы депрессии, то следует тщательно оценить возможность психической природы соматических симптомов.

Кардиальные симптомы. Среди пациентов, обратившихся к врачам общей практики и кардиологу, особенно часто встречаются кардиальные жалобы (боли, сердцебиение), так как пациенты знают, что заболевания сердца (инфаркт миокарда, желудочковые тахикардии) — доминирующие причины смерти.

Сердцебиение в 34—57% случаев не связано с нарушениями сердечного ритма (Barsky A. et al., 1996). Кардиальная причина сердцебиений определяется лишь в 43% случаев, а одну треть составляют психические расстройства, преимущественно тревожные и депрессивные (Weber B., Karoor W., 1996; Barsky A. et al., 1999).

Трудности клинической диагностики сердцебиений связаны с тем, что у 67% пациентов с реципрокными суправентрикулярными тахикардиями клиническая картина соответствует критериям панического расстройства (Lessmeier T. et al., 1997). Сердцебиения психосоматической природы отличались развитием в молодом возрасте, большей интенсивностью и степенью нарушения работоспособности, озабоченностью здоровьем, длительностью >15 мин, дополнительной симптоматикой (Barsky A. et al., 1999). Для тревожных состояний характерны ощущения сердцебиения при синусовом ритме (сильные удары сердца при учащении ритма до 100—120 в мин) и экстрасистолии (замедления, паузы, сильные удары) с предшествующими или одновременными симптомами тревоги. При пароксизмальных тахикардиях обычно наблюдаются внезапные эпизоды частого (>140 в мин) сердцебиения с последующим появлением тревоги.

Основное значение в диагностике сердцебиений имеет запись электрокардиограммы (ЭКГ) во время приступа с использованием холтеровского, событийного мониторинга или мобильных электрокардиографов.

Боли в области сердца (кардиалгия) — основная жалоба на приеме у кардиолога. Среди пациентов, у которых ишемическая болезнь сердца (ИБС) исключена, обычно с помощью стресс-теста и коронарной ангиографии, в 67—75% выявляют психические расстройства (Alexander P. et al., 1994). Чаще всего регистрируют паническое расстройство (22%), фобии (24%), депрессию (41%) (White K. et al., 2008). Следует учитывать, что при паническом расстройстве с кардиалгиями нередко (39%) отсутствует страх — nonfearful panic disorder (Bringager C. et al., 2008; Foldes-Busque G. et al., 2015).

О наличии панического расстройства свидетельствует атипичность болей [нет связи с ходьбой, эффектом нитроглицерина, краткая (секунды) или продолжительная (часы-дни)], молодой возраст, женский пол, тревожность, выявляемая самим пациентом, страх смерти, изматывающий характер, выраженная озабоченность (Dammen T. et al., 1999; Huffman J., Pollack M., 2003). В то же время у молодых людей кардиалгия, связанная

с физической нагрузкой, значительно теснее связана с психическим состоянием, нежели с ИБС (Hotoptf M., Mayou R., 1999; Lumley M. et al., 1997).

Вместе с тем, боли в области сердца ишемической природы сопровождаются тревогой и депрессией не реже, чем несердечные кардиалгии (Eken C. et al., 2010). Среди пациентов среднего возраста 50 лет с болями в сердце, поступивших в отделение неотложных состояний, частота тревоги и депрессии при ИБС составила 40 и 52%, а без заболевания сердца — 38 и 52% соответственно.

При исключении ИБС следует также учитывать микроваскулярные формы заболевания с отрицательной коронарной ангиографией.

Причины и типы психических расстройств

После определения основного психопатологического синдрома необходимо попытаться выявить его природу и классифицировать как:

- невротическое (тревожное, стрессовое, соматоформное);
- психотическое (депрессивный эпизод, шизофрения);
- личностное;
- вызванное соматическим или неврологическим заболеванием;
- вызванное лекарственным препаратом;
- вызванное психоактивным веществом (алкоголь, наркотики).

В настоящее время причины возникновения и механизмы развития большинства психических расстройств не установлены. Среди психических расстройств наиболее опасны так называемые психотические (эндогенные) расстройства, нередко приводящие к инвалидности и самоубийству: депрессивное и биполярное расстройства, шизофрения.

Нередко в практике врачей-непсихиатров встречаются пациенты со стойкими соматическими симптомами, при которых лабораторные исследования не выявляют поражения внутренних органов. Такие пациенты настойчиво требуют многочисленных обследований и консультаций у специалистов. Эти случаи обычно рассматриваются в рамках соматоформных расстройств (расстройство с соматическими симптомами).

Многие заболевания внутренних органов сопровождаются различными психическими симптомами. Например, при гипертиреозе часто встречается тревога и депрессия. После снижения функции щитовидной железы с помощью тиреостатических препаратов психические симптомы исчезают, возобновляясь при рецидивах заболевания.

Тяжелые заболевания внутренних органов, наряду с другими неблагоприятными жизненными событиями (потеря имущества или изнашивание), могут вызвать стрессовое расстройство. В то же время нужно помнить о возможности провокации стрессом других психических расстройств и соматических заболеваний.

Появление признаков психической дисфункции после приема лекарственного препарата требует исключения психотропного побочного действия. Например, глюкокортикоиды, нестероидные противовоспалительные препараты, противовирусные средства (интерферон[®], рибавирин) нередко вызывают снижение настроения.

Если причиной страдания предполагается психоактивное вещество (алкоголь, наркотик), то часто диагностика затруднена нежеланием пациентов рассказывать об этом. Помогают косвенные признаки, такие как наличие хронического калькулезного панкреатита, цирроза печени, полинейропатии при злоупотреблении алкоголем или следы инъекций при наркомании, а также информация от родственников и близких.

Формулировка диагноза

В отечественной медицинской практике и экспертизе оформлению диагноза уделяют большое внимание. В системе медицинского страхования на основании диагноза определяют профильность койки, среднюю длительность пребывания пациента в стационаре и временной нетрудоспособности.

Применению диагнозов психических расстройств врачами-непсихиатрами препятствуют, наряду с недостаточным знанием критериев, существующая традиция, требования руководителей медицинских подразделений и экспертов страховых компаний.

В то же время отсутствие диагноза препятствует назначению адекватного лечения и не облегчает страданий пациентов.

Приведем некоторые примеры оформления диагнозов в практике врача-терапевта.

- Реакция утраты, кардиалгия.
- ИБС: инфаркт миокарда (2015). Депрессия.
- Депрессивное расстройство, боли в спине.
- Пролонгированная депрессивная реакция, синдром раздраженного кишечника.
- Функциональная диспепсия, обусловленная тревожной реакцией.

В случае сложности различения психических расстройств возможно применение общих диагнозов, например депрессивного или тревожного расстройства.

В диагнозе можно отразить взаимосвязи соматического заболевания и психического расстройства, отдавая приоритет (в кодировании по МКБ) соматической болезни.

- *Основной диагноз:* ИБС, нестабильная стенокардия. *Сопутствующий (фоновый) диагноз:* Депрессивная реакция.