

УДК 616.89-008.1:616-082:614.881:615.859:638.15-07:316.652.3(470.620)

Для цитирования: Ситчихин П.В., Гилев В.Л. Расхождение диагнозов, установленных специализированной психиатрической бригадой скорой медицинской помощи и психиатрическим стационаром в Краснодаре: структура, динамика и профилактика. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2023. № 4 (121). С. 52-60. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4\(121\)-52-60](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4(121)-52-60)

## Расхождение диагнозов, установленных специализированной психиатрической бригадой скорой медицинской помощи и психиатрическим стационаром в Краснодаре: структура, динамика и профилактика

Ситчихин П.В., Гилев В.Л.

ГБУЗ «Специализированная психиатрическая больница № 7» Минздрава Кубани  
Россия, 350087, Краснодар, улица 16 Полевой Участок, 11

### РЕЗЮМЕ

**Введение.** Установленный сотрудниками психиатрических бригад скорой медицинской помощи (ПБ СМП) диагноз является основанием для оказания психиатрической помощи в экстренной форме и госпитализации в психиатрический стационар, поэтому важность правильной диагностики на догоспитальном этапе невозможно переоценить. **Цель:** изучение структуры и динамики расхождения диагнозов, установленных врачами ПБ СМП и врачами психиатрического стационара в Краснодаре. **Материалы.** На базе приемного отделения городской психиатрической больницы Краснодара выполнено нерандомизированное неинтервенционное одноцентровое ретроспективное когортное натуралистическое исследование. Сплошным методом проведена выкопировка отрывных талонов к сопроводительным листам станции скорой медицинской помощи после завершения случая оказания медицинской помощи пациентам (n=1149), госпитализированным сотрудниками ПБ СМП в психиатрический стационар и выписанным в течение 12 месяцев 2022 г. Динамика показателя расхождения диагнозов по материалам аналитических отчетов СПб № 7 рассмотрена за период 1999-2022 гг. Расхождением считались ошибки при постановке диагнозов V класса МКБ-10 «Психические расстройства и расстройства поведения» или ведущего синдрома, которые могли повлиять на тактику лечения или профиль отделения при госпитализации. **Методы:** клинико-психопатологический, катамнестический и статистический. Статистическая обработка выполнена с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 6.1 (Stat Soft Inc., USA). **Результаты.** Наиболее частые диагнозы: шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (52,7%) и органические, включая симптоматические, психические расстройства (26,8%). Установлена более высокая доля расхождения диагнозов при диагностике психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя и психоактивных веществ (15,7%) и органических психических расстройств (12,0%) по сравнению с расстройствами шизофренического спектра (2,8%). Сравнение частот между расхождением диагнозов раздела F20-F29 по МКБ-10 и диагнозов других разделов психических расстройств показало статистически значимую разницу: органические психические ( $\chi^2=31,1$ ,  $p<0,001$ ), аффективные ( $\chi^2=45,1$ ,  $p<0,001$ ), невротические ( $\chi^2=51,1$ ,  $p<0,001$ ), расстройства личности и поведения в зрелом возрасте ( $\chi^2=36,9$ ,  $p<0,001$ ), умственная отсталость ( $\chi^2=53,5$ ,  $p<0,001$ ), психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ ( $\chi^2=21,3$ ,  $p<0,001$ ). Статистические данные подтверждают существенный процент расхождения диагнозов у больных аффективными и невротическими расстройствами, умственной отсталостью и расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте. Между нозологической представленностью в структуре госпитализированных больных и частотой расхождения диагнозов выявлена сильная отрицательная статистически значимая корреляционная связь ( $r=-0,89$ ,  $p=0,0068$ ). В условиях реформирования системы кадровой политики ПБ СМП доля расхождения диагнозов существенно возросла. С целью повышения качества профессиональных знаний и навыков проводились обучающие мероприятия по повышению профессиональной компетенции для психиатров ПБ СМП. По результатам работы в течение года удалось достичь снижения среднего показателя расхождений диагнозов. **Заключение.** Наименьшие затруднения у сотрудников ПБ СМП обнаружены при диагностике расстройств шизофренического спектра, органических, включая симптоматические, психических расстройств, психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя и психоактивных веществ. Для предупреждения субъективных причин диагностических ошибок необходима активная работа по повышению квалификации персонала ПБ СМП, в том числе во взаимодействии с врачами психиатрического стационара.

**Ключевые слова:** психические расстройства, диагностические расхождения, специализированные психиатрические бригады скорой медицинской помощи, госпитализация.

## ВВЕДЕНИЕ

Вопросы оказания скорой психиатрической медицинской помощи лицам с психическими расстройствами (далее – ЛПР), которые могут быть опасны для себя или для окружающих лиц, специализированными психиатрическими выездными бригадами скорой медицинской помощи (далее – ПБ СМП) исключительно важны и актуальны в социально-общественном понимании. Кроме того, особую значимость приобретает преемственность на этапах лечебно-диагностического процесса. Приводятся данные, что более половины (52,7%) пациентов, госпитализированных в психиатрические стационары России в 2021 г. в недобровольном порядке с целью предупреждения социально опасных действий, поступили по скорой медицинской помощи [1]. Подчеркивается важность действий врача-психиатра ПБ СМП на этапе экстренной суицидологической помощи и необходимость оценки индивидуального суицидального риска в виде соотношения суицидальных и антисуицидальных факторов [2].

Установленный сотрудниками ПБ СМП клинический диагноз является основанием для оказания психиатрической медицинской помощи в экстренной или неотложной форме, в том числе экстренной госпитализации в профильный стационар. Учитывая, что ЛПР может поступать в психиатрический стационар в психотическом состоянии, включая выраженное психомоторное возбуждение, в кататоническом ступоре с мутизмом, с нарушениями сознания по типу онейроида и т.д., важное значение диагностики на догоспитальном этапе невозможно переоценить.

В условиях скорой психиатрической помощи диагноз нередко формулируется лишь на синдромологическом уровне [3]. Это связано с затруднениями при сборе достоверного анамнеза, нередко с отсутствием возможности проведения полного психиатрического освидетельствования в виде классического психиатрического интервью [4, 5] у пациента в измененном состоянии сознания, негативно настроенного или возбужденного. К объективным причинам диагностических ошибок неотложных состояний исследователи относят отсутствие условий для обследования больного, невозможность проведения инструментального диагностического обследования, дефицит времени, тяжесть психического состояния пациента, неблагоприятные факторы сложившейся медико-тактической обстановки, стертость клинической симптоматики и отсутствие патогномичных симптомов заболевания в начальном периоде развития патологического процесса, а основной субъективной причиной диагностических ошибок на догоспитальном этапе считают недостаточную квалификацию персонала СМП [6]. Кроме того, уточнённый нозологический диагноз в ряде случаев устанавливается только в процессе динамического

наблюдения в течение недель или месяцев (например, шизофрения, биполярное аффективное расстройство, деменция и т.д.).

Однако ошибки на догоспитальном этапе способны существенно повлиять на лечебную тактику или нарушить взаимодействие СМП и стационара при оказании психиатрической медицинской помощи. В современной литературе данная проблема освещена в недостаточном объеме, в том числе по причине нахождения ПБ СМП, как правило, не в структуре психиатрических медицинских организаций, а в составе подразделений соматических больниц скорой медицинской помощи [3, 7, 8]. Поэтому актуальность изучения проблемы расхождения диагнозов, установленных ПБ СМП и психиатрическим стационаром, очень высока.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение структуры и динамики расхождения диагнозов, установленных врачами ПБ СМП и врачами психиатрического стационара в Краснодаре.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нерандомизированное неинтервенционное одноцентровое ретроспективное когортное натуралистическое исследование выполнено на базе приемного отделения городской психиатрической больницы Краснодара (ГБУЗ Специализированная психиатрическая больница № 7 МЗ КК, далее – СПБ № 7). С 1993 г. по настоящее время ПБ СМП Краснодара находятся в структуре Краснодарской больницы скорой медицинской помощи (ГБУЗ КК БСМП МЗ КК). Территории и численность обслуживаемого населения СПБ № 7 и БСМП совпадают – более 1 млн жителей Краснодара. В зависимости от укомплектованности медицинским персоналом одновременно функционируют от 1 до 3 врачебных или фельдшерских ПБ СМП. Необоснованных отказов в госпитализации по скорой психиатрической медицинской помощи врачами приёмного отделения СПБ № 7 за изучаемый период (1999-2022 гг.) не выявлено.

Критерии включения. Сплошным методом перед возвращением на станцию СМП были исследованы все отрывные талоны к сопроводительным листам станции СМП (учетная форма № 114/у, утверждена приказом Минздравсоцразвития от 02.12.2009 г. № 942), после завершения случая оказания медицинской помощи пациентам, госпитализированным сотрудниками ПБ СМП в СПБ № 7 и выписанным в течение 12 месяцев 2022 г., всего 1149 случаев. Расхождением считались ошибки в установлении диагнозов V класса МКБ-10 «Психические расстройства и расстройства поведения» или ведущего синдрома (психотическое расстройство или непсихотическое расстройство), которые

могли существенно повлиять на тактику лечения или профиль отделения при госпитализации. При анализе расхождений диагнозов догоспитального и госпитального этапов использованы методические подходы [6], в том числе приложение «Таблица диагнозов и кодов МКБ-10, составленная на основании диагнозов заболеваний и состояний, чаще всего встречающихся в практике работы скорой медицинской помощи». Прочие расхождения диагнозов оценены как не оказавшие существенного влияния на диагностику, лечебную тактику и госпитализацию, поэтому в исследовании не учитывались. Так как вышеуказанные критерии учета расхождения диагнозов в СПб № 7 были неизменны, то на основании аналитических отчетов СПб № 7 была изучена динамика данного показателя с 1999 г. по 2022 г. В исследовании применялись клинко-психопатологический, катамнестический и статистический методы.

#### Статистический анализ

Статистическая обработка выполнялась с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 6.1 (Stat Soft Inc., USA). К качественным данным применялся частотный анализ с использованием критерия хи-квадрат Пирсона ( $\chi^2$ ), в том числе по таблицам 2x2. Взаимосвязь параметров оценивали путем расчета коэффициента корреляции Спирмена при уровне безошибочного прогноза более 95% ( $p < 0,05$ ) с оценкой по шкале Чеддока. Выявленные различия считались статистически значимыми при уровне  $p < 0,05$ .

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Наиболее часто среди ЛПР, госпитализированных ПБ СМП, были диагностированы шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-F29 по МКБ-10 – 52,7%) и органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-F09 по МКБ-10 – 26,8%). Остальные нозологические разделы по МКБ-10 [9] составили от 1,2% до 5,8% (табл. 1).

**Т а б л и ц а 1. Структура расхождения диагнозов психических расстройств, установленных врачами ПБ СМП и врачами психиатрического стационара в Краснодаре в 2022 г. по разделам V класса МКБ-10**

Рубрика МКБ-10	Всего, абс.	Доля в структуре ЛПР 2022 г., %	Число расхождения диагнозов, %	Ранг
F00-F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства, из них	308	26,8	12,0	6
F00x Деменция при болезни Альцгеймера	0	0,0	0,0	
F01x-F03x Деменции при других болезнях, классифицированных в других рубриках	14	1,2	0,0	
F10-F19 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ	51	4,4	15,7	5
F20-F29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	606	52,7	2,8	7
F30-F39 Расстройства настроения (аффективные расстройства)	47	4,1	23,4	3
F40-F48 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	67	5,8	22,4	4
F50-F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами	0	0,0	0,0	
F60-F69 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте	16	1,4	31,3	1
F70-F79 Умственная отсталость	41	3,6	26,8	2
F80-F89 Расстройства психологического развития	0	0,0	0,0	
F90-F98 Эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте	13	1,1	0,0	
Всего	1149	100,0	9,1	

Наименьшие затруднения у врачей ПБ СМП вызывала диагностика расстройств шизофренического спектра (минимальное расхождение диагнозов – 2,8% случаев), что обусловлено комплексом причин. Больные госпитализируются, как правило, в остром психотическом состоянии, нередко присутствует типичная клиническая картина, например, синдром Кандинского-Клерамбо. Некоторые больные

шизофренией регулярно, иногда ежеквартально, вызывают скорую помощь, чтобы не посещать психиатрический диспансер. Так как клиническая картина и основная психопатологическая симптоматика заведомо известны сотрудникам ПБ СМП, их диагноз сомнений не вызывает.

Вышесказанное подтверждается выявлением статистически значимой разницы при сравнении частот расхождения диагнозов раздела F20-F29

МКБ-10 с другими разделами класса психических расстройств: органических психических расстройств (F00-F09,  $\chi^2=31,1$ ,  $p<0,001$ ), аффективных расстройств (F30-F39,  $\chi^2=45,1$ ,  $p<0,001$ ), невротических расстройств (F40-F48,  $\chi^2=51,1$ ,  $p<0,001$ ), расстройств личности и поведения в зрелом возрасте (F60-F69,  $\chi^2=36,9$ ,  $p<0,001$ ), умственной отсталости (F70-F79,  $\chi^2=53,5$ ,  $p<0,001$ ), психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ (F10-F19,  $\chi^2=21,3$ ,  $p<0,001$ ).

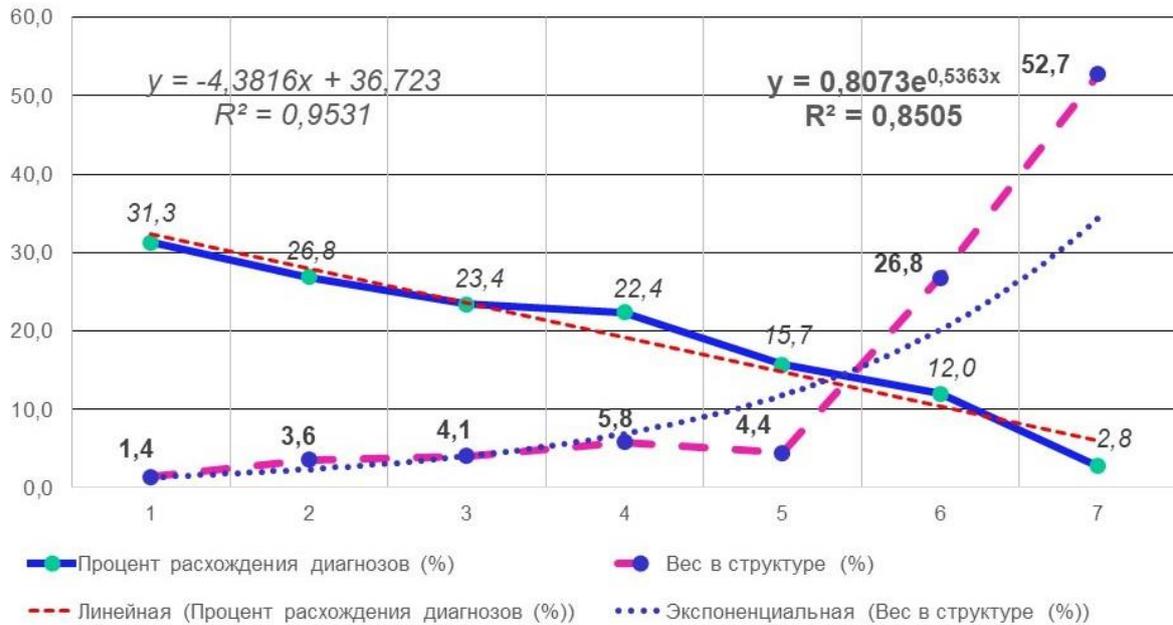
Второе место по минимальной (12,0% случаев) частоте расхождения диагнозов приходится на органические, включая симптоматические, психические расстройства. Характер нарушения мышления и памяти, наличие соматической патологии в анамнезе, иногда доказательно подтверждаемой имеющимися выписками из соматических стационаров, существенно облегчают диагностику. Выявлена статистически значимая разница между частотами расхождения диагнозов раздела F00-F09 МКБ-10 со следующими разделами класса психических расстройств: расстройствами шизофренического спектра ( $\chi^2=31,1$ ,  $p<0,001$ ), аффективными расстройствами ( $\chi^2=4,52$ ,  $p=0,034$ ), невротическими расстройствами ( $\chi^2=4,96$ ,  $p=0,026$ ) и умственной отсталостью ( $\chi^2=6,69$ ,  $p=0,01$ ).

Третье место среди диагнозов с нечастыми (15,7%) расхождениями занимают психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя и психоактивных веществ. Типичная симптоматика алкогольного или интоксикационного психоза, абстинентного синдрома, точный алкогольный или наркотический анамнез, положительный результат от дезинтоксикационной терапии или введения налоксона позволяют установить правильный диагноз на догоспитальном этапе. Однако патологические формы опьянения, острые

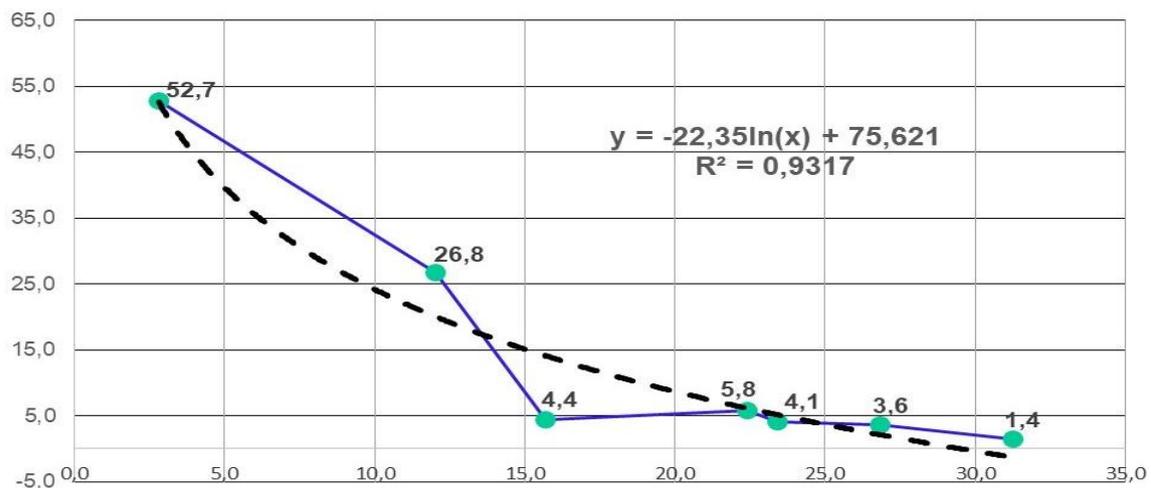
интоксикации различными комбинациями психостимуляторов, спайсов и других психоактивных веществ с целью изменения сознания всегда сложны для дифференциальной диагностики. Поэтому статистически значимая разница при сравнении частот расхождения диагнозов F10-F19 раздела МКБ-10 выявлена только с психическими расстройствами шизофренического спектра (F20-F29,  $\chi^2=21,3$ ,  $p<0,001$ ).

Наибольшее число (31,3%) ошибок допущено при установлении диагнозов расстройств личности и поведения в зрелом возрасте. Это может быть обусловлено как редкостью данной патологии в практике сотрудников ПБ СМП (за 2022 г. ПБ СМП с данным диагнозом госпитализировано 16 больных), так и весьма часто отсутствием данных достоверного анамнеза, протестным и неадекватным поведением больных, нередко сообщением заведомо ложных анамнестических сведений, в ряде случаев симулированием отдельных симптомов психических расстройств, что реально затрудняет дифференциальную диагностику.

Кроме того, значительные затруднения при постановке диагноза вызывают случаи декомпенсации умственной отсталости (26,8%) при отсутствии достоверного психиатрического анамнеза, что зачастую встречается у лиц БОМЖ или мигрантов из других регионов страны. Существенный процент расхождения диагнозов характерен для больных аффективными и невротическими расстройствами. Позднее в период пребывания в психиатрическом стационаре у них нередко выявляется более тяжёлая психическая патология, иногда психотического уровня. Однако все указанные случаи госпитализации ПБ СМП (даже с невротическим уровнем психических расстройств) были признаны обоснованными.



Р и с у н о к 1. Динамика расхождения диагнозов и доли нозологий в структуре госпитализированных больных в зависимости от рангового места, %



Р и с у н о к 2. Зависимость частоты расхождения диагнозов от доли нозологии в структуре госпитализированных больных, %

Как показано на рисунке 1, в соответствии с полученными данными с увеличением рангового места частота расхождения диагнозов линейно убывала, в то время как доля нозологий в структуре госпитализированных в 2022 г. больных экспоненциально увеличивалась. Выявлена сильная отрицательная статически значимая корреляционная связь ( $r=-0,89$ ,  $p=0,0068$ ;  $r^2=0,79$ ,  $y=25,6-0,45*x$ ) между долей нозологии в структуре госпитализированных больных и частотой расхождения диагнозов. Наиболее полно ( $r^2=0,93$ ) данная зависимость описывается логарифмическим уравнением (рис.

2), это может свидетельствовать, в том числе, о нелинейной важности клинического опыта.

Как правило, после верификации диагноза деменции при болезни Альцгеймера родственники стараются максимально сохранить навыки самообслуживания у больных. В силу объективной заинтересованности они активно сотрудничают с участковыми психиатрами и своевременно госпитализируют пациентов в плановом порядке для корректировки психофармакотерапии. Вероятно, этим обусловлено отсутствие госпитализированных больных с данным диагнозом по скорой помощи. Лица с поведенческими синдромами в связи с

физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50-F59), а также с расстройствами психологического развития (F80-F89) за 2022 г. сотрудниками ПБ СМП в СПб № 7 не доставлялись по причине отсутствия показаний.

К сожалению, в открытых источниках не удалось найти современные данные о расхождении диагнозов ПБ СМП и психиатрических стационаров. Вместе в тем в литературе представлены данные о частоте расхождении диагнозов больниц скорой медицинской помощи.

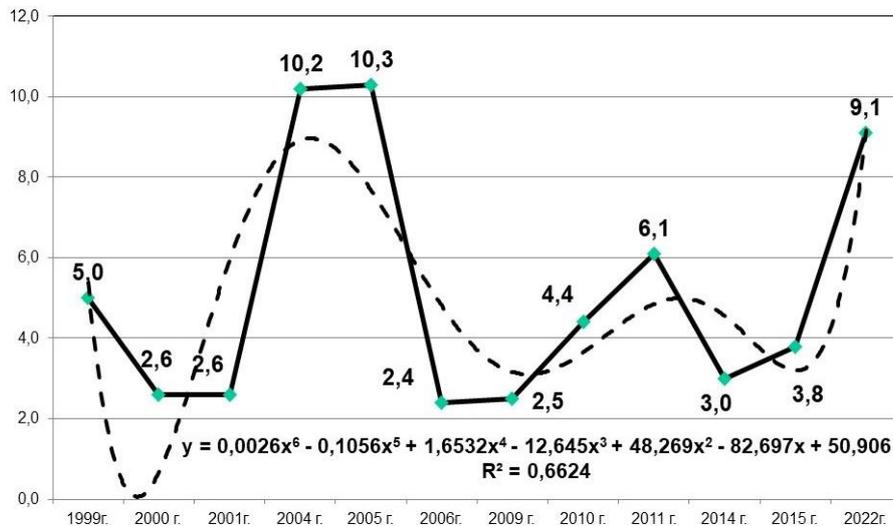
Так, в Екатеринбурге за 2013 г. среднее расхождение диагнозов СМП и стационаров составляло 6%, а заболеваниями, по которым наиболее часто были зафиксированы расхождения, стали хирургические (29,7%), сердечно-сосудистые (17,7%), органов дыхания (12,4%) и мочевыделительной системы (12,2%) [10]. Приводятся данные о средней частоте расхождения диагнозов у врачей СМП и психиатрических стационаров Санкт-Петербурга в 2017 г. – 22,8 на 100 обращений [11]. Такая разница между литературными данными, вероятно, обусловлена различной структурой госпитализируемых лиц по нозологиям, тяжестью патологии или диагностически сложным сочетанием различных видов заболеваний, а также ресурсными возможностями медицинских организаций.

Безусловно, имеются диагностические группы психических расстройств, установление клинического диагноза которых бывает затруднительно. В исследовании с унифицированным описанием клинического случая с верифицированным диагнозом пограничного расстройства личности, подтвержденным 5-летним катamnестическим наблюдением и безошибочно интерпретированным группой психиатров-экспертов, врачи-психиатры амбулаторной психиатрической и стационарной сети в 83,8% случаев установили диагноз неверно [12]. Расхождения диагнозов психических расстройств фиксируются даже в судебно-психиатрических экспертизах. Согласно данным НМИЦН им. В.П. Сербского, на протяжении около 40 лет (1980-

2019 гг.) более 20% повторных СПЭ расходились с заключениями первичной судебно-психиатрической экспертизы [13, 14], несмотря на лучшую ресурсную обеспеченность данных учреждений.

При анализе показателей деятельности психиатрической службы РФ за 2011-2021 гг. обнаружены существенные различия ресурсной обеспеченности региональных психиатрических служб и объемов оказанной специализированной помощи: например, показатели общей заболеваемости психическими расстройствами в 2021 г. в субъектах РФ различались в 6,7 раза, первичной заболеваемости – в 10,6 раза, доли повторно госпитализированных в психиатрические стационары в регионах страны колебались от 48,9% до 5,3% и т.д. [7]. Вероятно, что вышеперечисленные проблемы будут и в дальнейшем осложнять сравнение расхождений психиатрических диагнозов, установленных врачами ПБ СМП и психиатрических стационаров, на территории разных регионов РФ.

При изучении расхождения диагнозов в динамике (рис. 3) получена нерегулярная волнообразная кривая, которая не коррелировала с динамикой общей или первичной заболеваемости психическими расстройствами в Краснодаре, изменением нозологической структуры психических расстройств, ресурсной обеспеченностью психиатрическими койками или врачами-психиатрами Краснодара, объемами оказанной специализированной помощи психиатрическим диспансером или психиатрическим стационаром, оснащённостью ПБ СМП или числом сотрудников ПБ СМП. Также значимость объективных причин диагностических ошибок неотложных состояний [6] за изучаемый период в Краснодаре существенно не изменилась. Однако в соответствии с полученными нами данными пики графика совпадали с приходом новых сотрудников в ПБ СМП, что было связано с увольнением опытных врачей или фельдшеров (например, при выходе на пенсию). Расхождение диагнозов с более высокой частотой фиксировалось у первичных ЛПР.



Р и с у н о к 3. Динамика расхождения диагнозов психических расстройств за 1999-2022 гг., %

Отечественные авторы к основным причинам диагностических ошибок врачей-психиатров относят недостаточную осведомленность о клинических проявлениях психических расстройств [3, 6, 12, 13, 14]. Для снижения частоты расхождения диагнозов сотрудниками приёмного отделения СПБ № 7 в рамках улучшения взаимодействия, обмена опытом и наставничества проводились короткие (15-20 минут) разъяснительные беседы об основных проявлениях наиболее часто встречающихся психических расстройств с примерами из собственной клинической практики, разборы диагностически сложных клинических случаев по итогам месяца и совместные клинические психиатрические интервью. Кроме того, на базе кафедры психиатрии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России проводится обучение на циклах дополнительного и непрерывного профессионального образования по диагностике и лечению психических расстройств. По итогам совершенствования навыков и освоения новых теоретических и практических знаний врачей ПБ СМП процент расхождений диагнозов снизился и достиг прежнего уровня. Изучение динамики расхождения диагнозов, установленных врачами ПБ СМП и врачами психиатрического стационара в Краснодаре, показало снижение данного показателя в 2000 г. (с 5,0% до 2,6% – в 1,9 раза), в 2006 г. (с 10,3% до 2,4% – в 4,3 раза), в 2014 г. (с 6,1% до 3,0% – в 2,0 раза).

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам собственного исследования наименьшие затруднения при диагностике вызывают расстройства шизофренического спектра, органические, включая симптоматические, психические расстройства,

психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя и психоактивных веществ.

Процент расхождения диагнозов имеет сильную статически значимую отрицательную корреляционную связь с частотой встречаемости данной нозологии в структуре больных, госпитализируемых скорой психиатрической помощью. В условиях повышения эффективности использования кадрового потенциала для предупреждения субъективных причин диагностических ошибок на догоспитальном этапе необходима активная работа по повышению квалификации персонала специализированных психиатрических выездных бригад скорой медицинской помощи, в том числе на основе взаимодействия с опытными и высококвалифицированными психиатрами психиатрического стационара.

### КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

### ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование не имело финансовой или спонсорской поддержки.

### СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам, разработанным согласно принципам исследовательской этики Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации. Одобрения локального этического комитета при выполнении клинико-эпидемиологического исследования не требовалось.

### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Макушкина О.А., Яздовская А.В. Госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке: анализ применения в

- Российской Федерации (2011-2021 гг.). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 3 (116). С. 54-62 Makushkina OA, Yazdovskaya AV. Hospitalization in a psychiatric hospital on an involuntary basis: an analysis of the application in the Russian Federation (2011-2021). Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2022; 3(116): 54-62. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-3\(116\)-54-62](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-3(116)-54-62) (in Russian).
2. Киселев Д.Н. Модель алгоритма экстренной суицидологической помощи лицам, совершившим покушение на самоубийство. Психическое здоровье. 2019. № 9. С. 57-61. Kiselev DN. Model of algorithm of emergency suicidological help to persons, committed an suicidal attempt. Mental Health. 2019;9:57-61. DOI: 10.25557/2074-014X.2019.09.57-61 (in Russian).
  3. Нагнибеда А.Н., Нитруца М.И. Скорая психиатрическая помощь на догоспитальном этапе: руководство. СПб., СпецЛит, 2000. 208 с. Nagnibeda AN, Nitruca MI. Emergency psychiatric care at the pre-hospital stage: handbook. St. Petersburg, SpetsLit, 2000:208 (in Russian).
  4. Косенко В.Г., Красильников Г.Т., Агеев М.И., Шулькин Л.М., Косенко Н.А., Гридина Ю.В., Захарова-Макагон Я.А., Исаева Н.В. Врачебное психиатрическое интервью. Кубанский научный медицинский вестник. 2018. Т. 25, № 3. С. 149-154. Kosenko VG, Krasilnikov GT, Ageev MI, Shulkin LM, Kosenko NA, Gridina YuV, Zakharova-Makagon YaA, Isaeva NV. Clinical psychiatric interview. Kuban Scientific Medical Bulletin. 2018; 25(3): 149-154. DOI: 10.25207/1608-6228-2018-25-3-149-154 (in Russian).
  5. Старичков Д.А. Пути оптимизации психиатрического интервью с больными параноидной шизофренией. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2006. Приложение (41). С. 274-276. Starichkov DA. Ways to optimize psychiatric interviews with paranoid schizophrenia patients. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2006; Supplement (41):274-276 (in Russian).
  6. Бойков А.А., Ханин А.З., Бидерман Ф.М., Вершинин К.В., Ельчинская Л.Э., Емельянов А.В., Жуков В.А., Исаева Т.Т., Копусова В.В., Качаев Е.В., Криница И.В., Мищенко А.Г., Репина Л.П., Семенова О.И., Синтоцкий Ю.Г., Чернышова Е.Г., Шепелевич В.В., Щуров А.Ю., Парфенов В.Е., Мирошниченко А.Г., Миннуллин И.П., Миннуллин Т.И., Барсукова И.М. Анализ расхождений диагнозов скорой медицинской помощи с клиническими диагнозами: учебно-метод. пособие. СПб.: Стикс, 2012. 96 с. Boikov AA, Khanin AZ, Biderman FM, Vershinin KV, Elchinskaya LE, Emelyanov AV, Zhukov VA, Isaeva TT, Kopusova VV, Kachaev EV, Krinitza IV, Mishchenko AG, Repina LP, Semenova OI, Sintotsky YuG, Chernyshova EG, Shepelevich VV, Shchurov AYu, Parfenov VE, Miroshnichenko AG, Minnullin IP, Minnullin TI, Barsukova IM. Analysis of discrepancies between emergency medical diagnoses and clinical diagnoses. Teaching aid. Saint Petersburg: Styx Publishing House, 2012:96 (in Russian).
  7. Макушкина О.А., Яздовская А.В. Психиатрическая служба Российской Федерации: вопросы организации и мониторинг показателей (2011-2021 гг.). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 4 (117). С. 72-82. Makushkina OA, Yazdovskaya AV. Psychiatric service of the Russian Federation: issues of organization and monitoring of indicators (2011-2021). Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2022;4 (117): 72-82. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-4\(117\)-72-82](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-4(117)-72-82) (in Russian).
  8. Орлов Г.В., Митрофанов И.А. Анализ структуры и эффективности вызовов психиатрических бригад скорой помощи. Практическая медицина. 2014. № 2 (78). С. 79-82. Orlov GV, Mitrofanov IA. Analysis of structure and efficiency of psychiatric emergency calls. Practical Medicine. 2014;2(78):79-82 (in Russian).
  9. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: МегаПро, ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2010. 132 с. Churkin AA, Martyushov AN. Practical guide to the use of ICD-10 in psychiatry and narcology. Moscow: MegaPro, V.P. Serbsky State Research Center of SaFP, 2010:132 (in Russian).
  10. Хусаинова Д.Ф., Соколова Л.А., Давыдова Н.С., Холкин И.В., Вёрткин А.Л., Грицанчук А.М. Расхождения диагнозов скорой медицинской помощи и стационаров в городе Екатеринбурге. Врач скорой помощи. 2017. № 5-6. С. 55-61. Khushainova DF, Sokolova LA, Davydova NS, Kholkin IV, Vertkin AL, Gritsanichuk AM. Analysis of diagnoses' divergence of ambulance service in cardiovascular disease. Ambulance Doctor. 2017;5-6:55-61 (in Russian).
  11. Мирошниченко А.Г., Алимов Р.Р. Сравнительный анализ показателей доступности и качества помощи врача скорой медицинской помощи. Скорая медицинская помощь. 2018. Т. 19, № 3. С. 8-12. Miroshnichenko AG, Alimov RR. Comparative analysis of availability and quality of medical care of a doctor of emergency medicine. Emergency Medical Care. 2018;19(3):8-12. <https://doi.org/10.24884/2072-6716-2018-19-3-8-12> (in Russian).
  12. Романов Д.В. Диагностические ошибки врачей-психиатров при распознавании пограничного расстройства личности. Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2014. Т. 16, № 4-5. С. 1309-1311. Romanov DV. Diagnostic mistakes of psychiatrists at recognition the borderline personality disorder. News of the Sa-

- mara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences. 2014;16(4-5):1309-1311 (in Russian).
13. Осколкова С.Н., Яковлева М.В. Основные причины ошибок и расхождений в диагностике шизофрении на протяжении 25 лет. Якутский медицинский журнал. 2012. № 4 (40). С. 72-76. Oskolkova SN, Yakovleva MV. The main causes of errors and discrepancies in the diagnosis of schizophrenia for 25 years. Yakut Medical Journal. 2012; 4(40):72-76 (in Russian).
14. Осколкова С.Н. Диагностические расхождения в психиатрии при психосоматических нарушениях. Вестник Уральского государственного медицинского университета. 2021. № 1. С 60-65. Oskolkova SN. Diagnostic differences in psychiatry in psychosomatic disorders. Bulletin of the Ural State Medical University. 2021;1:60-65 (in Russian).

Поступила в редакцию 22.08.2023

Утверждена к печати 13.11.2023

Ситчихин Павел Васильевич, к.м.н., врач-психиатр приёмного отделения ГБУЗ «Специализированная психиатрическая больница № 7» Минздрава Кубани (г. Краснодар). Author ID 693819. ORCID iD 0000-0003-0954-9924.

Гилев Владимир Леонидович, врач-психиатр приёмного отделения ГБУЗ «Специализированная психиатрическая больница № 7» Минздрава Кубани (г. Краснодар).

✉ Ситчихин Павел Васильевич, sittschichinp@yandex.ru

UDC 616.89-008.1:616-082:614.881:615.859:638.15-07:316.652.3(470.620)

For citation: Sitchikhin P.V., Gilev V.L. Discrepancy between diagnoses established by a specialized psychiatric emergency medical team and a psychiatric hospital in Krasnodar: structure, dynamics and prevention. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2023; 4 (121): 52-60. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4\(121\)-52-60](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4(121)-52-60)

## Discrepancy between diagnoses established by a specialized psychiatric emergency medical team and a psychiatric hospital in Krasnodar: structure, dynamics and prevention

Sitchikhin P.V., Gilev V.L.

*SBIH "Specialist Psychiatric Hospital no. 7" of the Ministry of Health of the Kuban  
16th Polevoi Uchastok Street 11, 350087, Krasnodar, Russian Federation*

### ABSTRACT

**Introduction.** The diagnosis established by the staff of psychiatric emergency medical teams (PT EMC) is the basis for the provision of emergency psychiatric care and hospitalization in a psychiatric hospital, therefore the importance of correct diagnosis at the prehospital stage cannot be overestimated. **Objective:** to study the structure and dynamics of the discrepancy between diagnoses established by doctors of the PT EMC and doctors of a psychiatric hospital in Krasnodar. **Materials.** A non-randomized, non-interventional, single-center, retrospective cohort naturalistic study was performed at the Emergency Unit of the Krasnodar City Psychiatric Hospital. Using a continuous method, tear-off coupons were copied to the accompanying sheets of the ambulance station after the completion of the case of providing medical care to patients (n=1149) hospitalized by employees of the PT EMC in a psychiatric hospital and discharged within 12 months of 2022. Dynamics of the diagnosis discrepancy rate based on the materials of analytical reports, St. Petersburg No. 7 were considered between 1999 and 2022. Discrepancies were considered errors in making diagnoses of class V ICD-10 "Mental disorders and behavioral disorders" or the leading syndrome, which could affect treatment tactics or the profile of the Unit during hospitalization. **Methods:** clinical-psychopathological, follow-up and statistical. Statistical processing was performed using the package of applied statistical programs Statistica 6.1 (Stat Soft Inc., US). **Results.** The most common diagnoses: schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (52.7%) and organic, including symptomatic, mental disorders (26.8%). A higher proportion of discrepancies in diagnoses was established in the diagnosis of mental and behavioral disorders due to the use of alcohol and psychoactive substances (15.7%) and organic mental disorders (12.0%) compared to schizophrenia spectrum disorders (2.8%). A comparison of frequencies between the discrepancy between diagnoses of section F20-F29 according to ICD-10 and diagnoses of other sections of mental disorders showed a statistically significant difference: organic mental ( $\chi^2=31.1$ ,  $p<0.001$ ), affective ( $\chi^2=45.1$ ,  $p<0.001$ ), neurotic ( $\chi^2=51.1$ ,  $p<0.001$ ), personality and behavioral disorders in adulthood ( $\chi^2=36.9$ ,  $p<0.001$ ), mental retardation ( $\chi^2=53.5$ ,  $p<0.001$ ), mental disorders and behavioral disorders due to the use of psychoactive substances ( $\chi^2=21.3$ ,  $p<0.001$ ). Statistical data confirmed a significant percentage of discrepancies in diagnoses in patients with affective and neurotic disorders, mental retardation and personality and behavioral disorders in adulthood. A strong negative statically significant correlation was revealed between the nosological representation in the structure of hospitalized patients and the frequency of discrepancies in diagnoses ( $r=-0.89$ ,  $p=0.0068$ ). In the context of reforming the system of personnel policy for emergency medical services personnel, the proportion of discrepancies in diagnoses had increased significantly. To improve the quality of professional knowledge and skills, training events were carried out to improve professional competence for psychiatrists at the PT EMC. Based on the results of the work during the year, it was possible to achieve a decrease in the average rate of discrepancies between diagnoses. **Conclusion.** The least difficulties among PT EMC employees were found in diagnosing schizophrenia spectrum disorders, organic, including symptomatic, mental disorders, mental and behavioral disorders due to the use of alcohol and psychoactive substances. To prevent subjective causes of diagnostic errors, active work was necessary to improve the qualifications of the staff of the PT EMC, including in cooperation with doctors of a psychiatric hospital

**Keywords:** mental disorders, diagnostic discrepancies, specialist psychiatric emergency medical teams, hospitalization.

Received August 22, 2023

Accepted November 13, 2023

Sitchikhin Pavel V., Cand.Sc. (Medicine), psychiatrist Emergency Unit, Krasnodar City Psychiatric Hospital, Krasnodar, Russian Federation. Author ID 693819. ORCID iD 0000-0003-0954-9924.

Gilev Vladimir L., psychiatrist Emergency Unit, Krasnodar City Psychiatric Hospital, Krasnodar, Russian Federation.

✉ Sitchikhin Pavel V., [sittschichinp@yandex.ru](mailto:sittschichinp@yandex.ru)