

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОДНЕВНОЙ ПЕРЕПИСИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ТРЕХ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦАХ ЧУВАШИИ

А.В. Голенков<sup>1</sup>, С.А. Сафронов<sup>2</sup>, С.Д. Кузнецов<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары,

<sup>2</sup>Алатырская межрайонная психиатрическая больница, Алатырь,

<sup>3</sup>Ядринская межрайонная психиатрическая больница, Ядрин

Во всем мире большое внимание уделяется стационарному звену психиатрической службы [1, 7, 12, 20, 22]. Это в первую очередь связано с экономическими, юридически-правовыми, организационными и эпидемиологическими аспектами [2–5, 10, 19, 21, 23, 24]. Не случайно, что те или иные законодательные инициативы отражаются на больничном контингенте психически больных, например, с внедрением реформ в психиатрическую службу Швеции [9] или акта о психическом здоровье в Италии [17]. Деинституционализация способна модернизировать психиатрическое обслуживание больных (как в Германии), однако резкое сокращение большого числа коек может привести к снижению стандарта оказания психиатрической помощи, что произошло в Венгрии [23]. Последнее прогнозируется и в Российской Федерации, если не будет предпринят комплекс адекватных мер по развитию стационарзамещающих технологий в психиатрии [3].

В зарубежной периодической литературе по больничной статистике в последние годы опубликовано огромное число статей, среди которых непременно присутствуют сравнительные исследования как в пределах одной страны, так и в разных регионах мира. Следует отметить одну из последних работ по назначению антидепрессантов в 40 психиатрических учреждениях Азии на протяжении 10 лет [14]. Во Франции проведено исследование по использованию антипсихотиков в 10 психиатрических стационарах [11]. Кроме вопросов психофармакотерапии (ПФТ), сравниваются случаи недобровольной госпитализации в пяти психиатрических больницах (ПБ) трех федеральных земель Германии [12], суицидальные попытки в больницах Китая [15], оказание специализированной и общей медицинской помощи умственно отсталым в стационарах Онтарио [19], случаи агрессивного поведения у больных с психозами в особо охраняемых госпиталях Шотландии и Англии [24], про-

должительность лечения в стационарах Франции [13], побеги больных [8], стоимость лечения и аффективные ПР в частных и государственных психиатрических учреждениях [16]. При этом весьма актуальны транскультуральные сопоставления в оказании неотложной психиатрической помощи (Германия и Япония) [20], изменения внутри европейских стран в стационарном звене психиатрической службы [22, 23].

В последнее время и в отечественной литературе оживился интерес к исследованиям, основанным на методологии однодневной переписи больных с ПР. Были, в частности, изучены демографические, клинико-социальные характеристики больных, длительность стационарного лечения и особенности ПФТ [4]. Отдельно анализировалась группа больных с шизофренией, как самая многочисленная и представляющая наибольшие трудности в терапии, реабилитации, профилактике регоспитализации и явлениями госпитализма [5]. В своей предыдущей работе мы провели анализ результатов переписи больных с ПР в 2014 году с аналогичными переписями 1992, 2002, 2007 годов (1 658 больных). Удалось установить достоверное уменьшение доли больных шизофренией (с 75,9 до 53,2%) при увеличении органических ПР и ПР непсихотического характера (ПРНХ). Отмечалось увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста, неработающих больных и пенсионеров по старости, разведенных и вдов(ых) [2].

**Цель** исследования: изучить в сравнительном аспекте клинико-социальные характеристики стационарного контингента различных ПБ внутри одного региона, значимые факторы его формирования, длительность лечения и особенности ПФТ.

### Объект и методы исследования

В течение одного дня было обследовано 777 психически больных (455 муж., 322 жен.) в возрасте от 16 до 91 года (средний возраст – 46,3±16,5 года),

находящихся на лечении в Республиканской психиатрической больнице (РПБ) г.Чебоксары (565 больных), Алатырской межрайонной психиатрической больницы (АПБ; 99) и Ядринской межрайонной психиатрической больницы (ЯПБ; 113). Длительность ПР колебалась от 0,1 года до 65 лет (средняя – 18,7±22,9 года). В городе проживало 60,6% больных, в сельской местности – 39,4%. Перепись проводилась по ранее унифицированной нами форме, с добавлением вопросов из исследования [4]. Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики (среднее значение, стандартное отклонение),  $\chi^2$ -распределения (таблицы 3×2, 4×2).

### Результаты и обсуждение

В день переписи в психиатрических больницах (ПБ) на лечении с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (F2 по МКБ-10) было 52,1%, органическим поражением ЦНС (включая деменции – F0) – 30,6%, умственной отсталостью (F7) – 9,1%, ПРНХ (невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F4) и расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте

(F6) – 5,7%, расстройствами настроения (F3) – 1,2%, прочими ПР (F1, F5) – 1,3%. Как видно из табл. 1, различия касались больных с умственной отсталостью, ПРНХ и прочими ПР, что связано с наличием психосоматического отделения в РПБ и существенной большей долей умственно отсталых, проживающих в районах Чувашии и обслуживающих их АПБ и ЯПБ. Накопление прочих ПР, представленных больными с алкогольной зависимостью, обусловлено наличием наркологических коек в составе АПБ.

Возрастной состав больничного контингента больных с ПР оказался примерно одинаковым в трех ПБ ( $\chi^2=34,186$ ;  $df=3$ ;  $p=0,21$ ), средний возраст больных в РПБ – 46,1±17,1 года, АПБ – 48,6±15,1, ЯПБ – 45,2±13,6 ( $p>0,05$ ). Высшее образование имели 9,9%, среднее специальное – 15,1%, среднее – 54,8%, начальное – 18,0%, неграмотные – 2,2%; по уровню образования больные трех ПБ не отличались ( $p>0,05$ ). Работали или учились всего 7,5% больных (существенно больше в РПБ;  $p<0,001$ ). Инвалидность по ПР имели 71,3% (достоверно чаще в ЯПБ;  $p<0,001$ ). Безработными были 12,1% (больше всего в АПБ;  $p=0,027$ ) (табл. 2).

Таблица 1

Структура психических расстройств (ПР) у больных трех ПБ

Группа ПР	РПБ	АПБ	ЯПБ	$\chi^2$ , $df=2^*$	P
Шизофрения	53,5%	44,4%	52,2%	2,739	НД**
Органические ПР	31,0%	31,3%	28,3%	0,337	НД**
Умственная отсталость	6,2%	15,2%	18,6%	22,351	<0,001
Аффективные расстройства	1,2%	2,0%	–	1,99	НД**
ПРНХ	7,4%	2,0%	–	12,559	<0,003
Прочие ПР	0,7%	5,1%	0,9%	12,672	<0,003

Примечания: здесь и далее \*  $df$  (degrees of freedom) – число степеней свободы; \*\* НД – недостоверно.

Таблица 2

Социально-демографические показатели больных с ПР трех ПБ

Учреждение	РПБ	АПБ	ЯПБ	$\chi^2$ , $df=2$	P
Возраст (годы)					
16–30	21,6%	12,2%	18,6%	3,383	НД
31–40	18,4%	20,2%	17,7%	28,742	<0,001
41–50	21,9%	21,2%	26,5%	23,262	<0,001
51–60	17,9%	23,2%	23,9%	13,754	<0,002
Старше 60 лет	20,2%	23,2%	13,3%	50,218	<0,001
Занятость					
Работали (учились)	9,5%	3,0%	0,9%	13,483	<0,003
Инвалиды	68,2%	68,7%	89,4%	21,137	<0,001
Пенсионеры	10,1%	9,1%	3,5%	4,927	НД
Не работали	12,2%	18,2%	6,2%	7,156	<0,03
Семейное положение					
Имели семью	16,8%	14,1%	8,8%	4,726	НД
Разведенные	17,5%	21,2%	8,0%	7,954	<0,02
Вдовы	8,9%	15,2%	8,8%	3,934	НД
Одинокие	56,8%	49,5%	74,4%	15,632	<0,001

Распределение пациентов по длительности лечения в психиатрическом стационаре

Группа больных по длительности лечения (дни)	РПБ	АПБ	ЯПБ	$\chi^2$ , df=2	P
< 42	58,1%	47,4%	54,0%	4,072	НД
43–84	23,4%	23,2%	23,0%	0,007	НД
85–126	7,2%	17,2%	7,0%	10,995	<0,005
127–182	3,5%	6,1%	2,7%	1,917	НД
> 183	7,8%	6,1%	13,3%	4,484	НД
Все больные	100,0%	100,0%	100,0%		

Имели собственную семью 15,3% больных, больше всего было одиноких (в среднем – 58,4%, достоверно больше в ЯПБ;  $p < 0,001$ ), разведенные преобладали среди пациентов РПБ и АПБ ( $p < 0,001$ ).

Средняя длительность госпитализации составила  $72,0 \pm 129,2$  дня, примерно одинаковая в трех ПБ Чувашии (РПБ –  $71,7 \pm 140,6$ ; АПБ –  $72,2 \pm 81,0$ ; ЯПБ –  $73,8 \pm 102,3$ ). Единственное отличие в сравниваемых стационарах касалось больных с длительностью лечения 85–126 дней (табл. 3). При этом доля пациентов, находящихся в больнице 1 год и более, была

довольно низкой – 2,8% (РПБ – 2,7%, АПБ – 3,0%, ЯПБ – 3,5%;  $p > 0,05$ ).

Больных с впервые выявленными ПР было 14,9%, меньше всего в ЯПБ (4,9% vs 16,6% в РПБ и 17,2% – в АПБ;  $\chi^2 = 11,507$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,003$ ). Длительность ПР стационарных больных представлена в табл. 4. Около 70% составляют больные с длительностью ПР от 6 лет и более. В АПБ больше всего больных с длительностью болезни менее 2 лет ( $p < 0,025$ ), а в ЯПБ – существенно больше пациентов с длительностью ПР более 20 лет ( $p < 0,03$ ) и очень мало таковых с длительностью менее 5 лет. Это может быть связано с менее активной деятельностью врачей амбулаторных служб, прикрепленных к ЯПБ районов республики, отсутствием полустационарных коек. В структуре РПБ и АПБ дневные стационары организованы и довольно успешно функционируют.

Нейролептики оказались самой используемой группой психотропных средств (табл. 5). Но только в РПБ атипичные и традиционные нейролептики назначались примерно с одинаковой частотой, в межрайонных ПБ отчетливо преобладали «старые» препараты первого поколения ( $p < 0,001$ ). Антидепрессанты использовались относительно редко, в

Таблица 4

Длительность ПР у обследованных больных трех ПБ

Длительность ПР, годы	РПБ	АПБ	ЯПБ	$\chi^2$ , df=2	P
До 2	9,2%	17,9%	8,3%	7,753	<0,025
2–5	24,5%	15,8%	9,3%	14,1037	<0,001
6–10	18,3%	15,8%	17,6%	0,356	НД
11–20	21,7%	22,1%	25,9%	1,219	НД
Более 20	26,2%	28,4%	38,9%	6,899	<0,03

Таблица 5

Частота назначения лекарственных средств пациентам с ПР в стационарах Чувашии

Препараты	РПБ	АПБ	ЯПБ	$\chi^2$ , df=2	P
Нейролептики	78,3%	72,7%	80,5%	2,026	НД
традиционные	43,4%	67,7%	57,5%	38,174	<0,001
атипичные	42,8%	25,3%	34,5%	17,249	<0,001
пролонги	9,4%	3,0%	6,2%	4,913	НД
Корректоры	26,7%	1,4%	12,1%	45,79	<0,001
Антидепрессанты	20,2%	36,4%	3,5%	3,462	НД
трициклические	17,5%	30,3%	2,7%	0,71	НД
селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	2,7%	6,1%	–	0,62	НД
другие антидепрессанты	–	–	0,9%	1,12	НД
Нормотимики	14,7%	6,1%	3,5%	14,871	<0,001
Транквилизаторы	22,7%	28,3%	7,1%	17,227	<0,001
Ноотропы	6,0%	17,2%	2,7%	19,978	<0,001
Противоэпилептические препараты	3,9%	–	12,4%	20,894	<0,001
Другие препараты	23,9%	17,2%	13,3%	7,549	<0,025

основном трициклической химической структуры. Существенные различия в использовании других групп психотропных средств в первую очередь обусловлены особенностями проведения врачами ПФТ с учетом личного опыта. Обращает на себя внимание крайне редкое использование корректоров ПФТ, что требует проведения специального исследования. Между тем предварительный анализ показал, что для профилактики побочных эффектов ПФТ врачи, как правило, назначали низкие дозы нейролептиков, а для их коррекции прибегали к транквилизаторам или снижению дозы антипсихотиков.

Проведенное исследование позволило установить сходство и различия в больничных контингентах больных с ПР в Чувашии. Преобладали пациенты с психозами (шизофренией), деменцией (органическими ПР) и умственной отсталостью. Очень мало было больных с аффективными ПР. Как показало наше предыдущее исследование, основанное на материалах переписи больных с ПР в РПБ с 1992 по 2014 годы, наблюдается уменьшение пациентов с диагнозом шизофрения, но увеличивается доля органических ПР, включая состояния слабоумия и ПРНХ, что в первую очередь связано со значительным увеличением доли больных пожилого и старческого возраста [2].

В опубликованных работах (Россия, Германия, Япония) шизофрения и связанные с ней психозы остаются наиболее частым диагнозом в психиатрических стационарах [3–5, 20]. Как и в нашем исследовании, среди больничного контингента за рубежом преобладают мужчины (60 vs 40% женщин), лица старше 43 лет [13]. В европейских странах до поступления в ПБ работало 27,7% больных в возрасте от 18 до 60 лет [17], что существенно больше, чем в нашей выборке.

Длительность нахождения в психиатрическом стационаре является чрезвычайно важным и довольно переменным показателем, которому уделяется пристальное внимание во многих исследованиях. Если в Японии длительность лечения составляет в среднем 75 дней, то в Германии – 28. Это обусловлено более частым использованием психотерапии в первом случае и проведение интенсивной терапии с акцентом на сокращение сроков госпитализации – во втором [20]. Во многих европейских странах в 84,4% случаев длительность госпитализации составляет менее

трех месяцев [17]. Между тем, во Франции 50% больных с ПР находились в ПБ в течение семи месяцев, 10% – 15 дней и 20% – 30 дней. Мужчины и пациенты в возрастном диапазоне 43–54 года имели наибольшую длительность госпитализации. Максимальные же показатели отмечены у тех из них, кто заболел до 26 лет, что связывается с тяжестью ПР [13].

В одних исследованиях длительность госпитализации увязывается с возрастом, диагнозом ПР, программой медицинского страхования, лечением и формой собственности ПБ [10, 16]. В других – эти закономерности не подтверждаются [18, 21]. В нашем исследовании средние сроки госпитализации оказались примерно одинаковыми в трех сравниваемых ПБ, хотя учреждения отличались по особенностям проведения ПФТ, а в РПБ к тому же проводилась еще и электросудорожная терапия [6].

В последние годы селективные ингибиторы обратного захвата серотонина были самыми назначаемыми антидепрессантами в клиниках азиатских стран. Выписка новых поколений антидепрессантов увеличивалась, а трициклических – уменьшалась [14]. Перевод все большего числа больных на последние поколения нейролептиков наблюдается во Франции и других странах Европы [11]. Мы обнаружили очень редкое использование антидепрессантов и атипичных нейролептиков в стационарах Чувашии, что связано с отсутствием достаточного количества этих препаратов в аптечной сети ПБ и недооценкой их эффективности врачами-психиатрами республики.

Таким образом, проведенное исследование показало различия среди стационарного контингента трех ПБ Чувашии, что связано со структурой ПР у обслуживающего населения прикрепленных районов, его социально-демографическими особенностями и организационными аспектами оказания психиатрической помощи, взаимодействия с наркологической и психотерапевтической службами республики. Это прежде всего отражается на выявлении новых случаев ПР, возрастном составе больных, структуре длительности ПР. Обнаружены различия в лечении стационарных больных, редкое использование корректоров ПФТ, антидепрессантов и нормотимиков в лечении ПР. Устранение выявленных недостатков способно повысить эффективность проводимой ПФТ, сократить показатели регоспитализации больных и случаи хронификации ПР.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Голенков А.В. Психические расстройства как медико-социальная проблема (региональный аспект): Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1998. 368 с.
2. Голенков А.В. Однодневная перепись больных с психическими расстройствами в стационаре: статика и динамика показателей с 1992 по 2014 гг. // Психическое здоровье. 2015. № 2. С. 20–25.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Психиатрическая служба в России в 2006–2011 гг. (динамика показателей и анализ процессов развития). М., 2012. 600 с.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Костюк Г.П., Нарышкин А.В. Контингент пациентов психиатрической больницы (по материалам однодневной переписи) // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 2. С. 5–14.
5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Костюк Г.П., Нарышкин А.В. Контингент больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, получающих лечение в психиатрической больнице (по материалам однодневной переписи) // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 3. С. 48–54.
6. Иванов В.Н., Алексеев В.Н., Шигильев А.В., Голенков А.В. Электросудорожная терапия в Чувашии // XIV съезд психиатров России: материалы съезда. М., 2005. С. 269.
7. Лиманкин О.В. Динамика показателей деятельности стационарной психиатрической службы Санкт-Петербурга за 20 лет (1991–2010 гг.) // Психическое здоровье. 2013. Т. 11, № 10. С. 14–23.

8. Andoh B. Selected characteristics of absconders and non-absconders from mental hospitals: a comparison // *Int. J. Soc. Psychiatry*. 1999. Summer. Vol. 45, N 2. P. 117–124.
9. Arvidsson H., Ericson B.G. The development of psychiatric care after the mental health care reform in Sweden. A case register study // *Nord. J. Psychiatry*. 2005. Vol. 59, № 3. P. 186–192.
10. Bressi S.K., Marcus S.C., Solomon P.L. The impact of psychiatric comorbidity on general hospital length of stay // *Psychiatr. Q.* 2006. Fall. Vol. 77, № 3. P. 203–209.
11. Bret P., Bret M.C., Queuille E. Prescribing patterns of antipsychotics in 13 French psychiatric hospitals // *Encephale*. 2009. Apr. Vol. 35, N 2. P. 129–138.
12. Brieger P., Kling L.P., Steinert T. et al. Involuntary psychiatric hospital admissions: a comparison between five hospitals in three German federal states // *Nervenarzt*. 2014. May. Vol. 85, N 5. P. 606–613.
13. Chapireau F. Old and new long stay patients in French psychiatric institutions: results from a national random survey with two-year follow-up // *Encephale*. 2005. Jul-Aug. Vol. 31, N 4. Pt 1. P. 466–476.
14. Chee K.Y., Tripathi A., Avasthi A. et al. International study on antidepressant prescription pattern at 40 major psychiatric institutions and hospitals in Asia: A 10-year comparison study // *Asia Pac. Psychiatry*. 2015. Feb. 23. doi: 10.1111/appy.12176 [Epub ahead of print].
15. Chen Y.L., Tzeng D.S., Cheng T.S., Lin C.H. Sentinel events and predictors of suicide among inpatients at psychiatric hospitals // *Ann. Gen. Psychiatry*. 2012. Feb. Vol. 16, N 11. P. 4.
16. Goldney R.D., Elzinga R.H., Kent P. Casemix and affective disorders: a comparison of private and public psychiatric systems // *Aust. NZ J. Psychiatry*. 1996. Aug. Vol. 30, N 4. P. 511–515.
17. Guaiana G., Barbui C. Trends in the use of the Italian Mental Health Act, 1979–1997 // *Eur. Psychiatry*. 2004. Nov. Vol. 19, N 7. P. 444–445.
18. Lalitanatpong D. The use of electroconvulsive therapy and the length of stay of psychiatric inpatients at King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society // *J. Med. Assoc. Thai*. 2005. Sep. Vol. 88. Suppl 4. S142–148.
19. Lunsby Y., Gracey C., Bradley E. et al. A comparison of outpatients with intellectual disability receiving specialized and general services in Ontario's psychiatric hospitals // *J. Intellect. Disabil. Res.* 2011. Feb. Vol. 55, N 2. P. 242–247.
20. Moriwaki K., Neuner T., Hübner-Liebermann B. et al. Acute psychiatric inpatient care: a cross-cultural comparison between two hospitals in Germany and Japan // *Int. J. Soc. Psychiatry*. 2013. Dec. Vol. 59, N 8. P. 771–781.
21. Richter D. How significant is the comparison for length of stay in psychiatric hospitals based on diagnosis and age? // *Gesundheitswesen*. 1999. May. Vol. 61, N 5. P. 227–233.
22. Rittmannsberger H., Sartorius N., Brad M. et al. Changing aspects of psychiatric inpatient treatment. A census investigation in five European countries // *Eur. Psychiatry*. 2004. Dec. Vol. 19, N 8. P. 483–488.
23. Stubnya G., Nagy Z., Lammers C.H. et al. Deinstitutionalization in Europe: two recent examples from Germany and Hungary // *Psychiatr. Danub.* 2010. Sep. Vol. 22, N 3. P. 406–412.
24. Taylor P.J., Hill J., Bhagwagar Z. et al. Presentations of psychosis with violence: variations in different jurisdictions. A comparison of patients with psychosis in the high security hospitals of Scotland and England // *Behav. Sci. Law*. 2008. Vol. 26, N 5. P. 585–602.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОДНЕВНОЙ ПЕРЕПИСИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ТРЕХ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦАХ ЧУВАШИИ

**А.В. Голенков, С.А. Сафронов, С.Д. Кузнецов**

В течение одного дня обследовано 777 больных с психическими расстройствами (ПР) (455 муж., 322 жен.) в возрасте от 16 до 91 года (средний возраст – 46,3±16,5 года), находящихся на лечении в Республиканской психиатрической больнице (РПБ) г.Чебоксары (n=565), Алатырской межрайонной психиатрической больницы (АПБ; n=99), Ядринской межрайонной психиатрической больницы (ЯПБ; n=113). Достоверные различия касались больных с умственной отсталостью (больше в АПБ и ЯПБ), ПР, связанных с потреблением психоактивных веществ (АПБ) и ПР непсихотического характера (РПБ), а также в назначении групп психотропных средств, некоторых социально-психологических характери-

стик (уровень занятости, инвалидность, отсутствие работы, семейное положение), длительности ПР и случаев впервые выявленных ПР. Выявленные закономерности были обусловлены организационными особенностями психиатрической помощи, демографическими и клиническими характеристиками больных. Схожими в трех ПБ оказались возрастной состав больных, их уровень образования, сроки лечения, доля пациентов, находящихся в стационаре 1 год и более; везде преобладали больные с шизофренией (44,4–53,5%) и органическими ПР (23,0–23,4%).

**Ключевые слова:** однодневная перепись, психически больные, больничная статистика, Чувашия.

## RESULTS OF ONE-DAY CENSUS OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS IN THREE PSYCHIATRIC HOSPITALS OF CHUVASHIA

**A.V. Golenkov, S.A. Safronov, S.D. Kuznetsov**

During one day 777 patients with mental disorders (MD) (455 men, 322 women) aged from 16 to 91 (middle age – 46.3 ± 16.5 years old), which are on treatment in the Republican Psychiatric Hospital (RPH) in Cheboksary (n=565), Alatsky Interdistrict Psychiatric Hospital (APH; n=99), Yadrinsky Interdistrict Psychiatric Hospital (YaPH; n=113) are examined. Reliable distinctions concerned patients with mental retardation (more in APH and YaPH), MD connected with psychoactive substance consumption (APH) and MD of not psychotic character (RPH), and also in appointment of groups of psychotropic drugs, some social and psychological characteristics

(employment rate, disability, absence of work, relationship status), duration of MD and cases of MD revealed for the first time. The educed regularities were caused by organizational features of mental health services, demographic and clinical characteristics of patients. Age structure of patients, their education level, treatment terms, a share of the patients who are in hospital for 1 year and more were similar in three PH; everywhere patients with schizophrenia (44.4–53.5%) and organic MD (23.0–23.4%) prevailed.

**Key words:** one-day census, patients with mental disorders, hospital statistics, Chuvashia.

**Голенков Андрей Васильевич** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова; e-mail: golenkovav@inbox.ru

**Сафронов Сергей Александрович** – главный врач Алатырской межрайонной психиатрической больницы, Чувашская Республика; e-mail: alat\_psb@medinform.su

**Кузнецов Сергей Дмитриевич** – главный врач Ядринской межрайонной психиатрической больницы, Чувашская Республика; e-mail: yapb@medinform.su