

# Однодневная перепись больных с психическими расстройствами в стационаре: статика и динамика показателей с 1992 по 2014 гг.

ГОЛЕНКОВ А.В. д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии; Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова; Республиканская психиатрическая больница; 428015, г. Чебоксары, ул. Пирогова, д. 6; e-mail: golenkovav@inbox.ru

*В течение одного дня было обследовано 565 (318 мужчин, 247 женщин) больных с психическими расстройствами (ПР) в возрасте от 16 до 89 лет (средний возраст —  $35,4 \pm 10,7$  года), находящихся на лечении в Республиканской психиатрической больнице г. Чебоксары. Получены социально-демографические и клиничко-терапевтические показатели, а также сроки нахождения больных в стационаре, особенности психофармакотерапии. По сравнению с предыдущими аналогичными переписями (1992, 2002, 2007 гг.; 1658 больных) достоверно уменьшилась доля больных шизофренией (с 75,9 до 53,2%), но увеличилось число случаев органических ПР и ПР непсихотического характера. Среди стационарного контингента увеличилась доля лиц пожилого и старческого возраста, неработающих больных и пенсионеров по старости, разведенных и вдов(ых). Наблюдаемые результаты обусловлены продолжающимися организационными мероприятиями в здравоохранении и социально-экономическими изменениями в обществе.*

**Ключевые слова:** стационарные больные с ПР, больничная статистика, тренды.

## Введение

Так называемая больничная статистика широко применяется в современных научных исследованиях по психиатрии во всем мире [2, 4—9, 12—20]. В них можно условно выделить несколько основных подходов. Первый — реализуется через формирование той или иной выборки больных с психическими расстройствами (ПР), пролеченной в медицинской организации, чаще всего за год, по критериям включения их в исследование. Б.Н. Пивень, О.С. Булат провели анализ полноты диагностики сочетанных форм ПР среди пациентов двух отделений психиатрической больницы по итогам года [11]. Е. Sowa et al. выявили распространенность потребления психоактивных веществ среди больных с первой госпитализацией в психиатрическую клинику [18]. Второй подход предусматривает одномоментный подсчет пациентов, находящихся на лечении и обследовании в учреждении в определенную дату. Так, использование краткой шкалы BVC (The Brief Violence Checklist) в течение дня позволило нам выявить агрессивное поведение у 8,5% стационарных больных с ПР, его структуру и факторы развития. Повторное исследование подтвердило многие установленные закономерности, а также варибельность показателей [3]. Третий — учитывает динамику показателей, увязывая их изменения с влиянием каких-либо факторов. Например, с внедрением реформ в сферу психиатрии в Швеции [13] или акта о психическом здоровье в Италии [17]. Описанные подходы по сбору и анализу данных на пациентов существенно дополняют отчет

медицинской организации, позволяют прогнозировать итоги ее работы, исправлять имеющиеся недостатки. Кроме того, удается выявить многие клиничко-социальные закономерности, которые не учитываются в материалах медицинской статистики [2].

В предыдущих исследованиях со сбором материалов однодневной переписи больных с ПР в стационаре были получены их демографические, клиничко-социальные характеристики, длительность лечения в больнице, а также особенности интенсивности оказания им психиатрической помощи [6]. Отдельно анализировалась группа больных шизофренией [7]. Однако в субъектах Российской Федерации констатируются значительные различия в показателях оказания стационарной психиатрической помощи [2, 5, 9, 12], что делает актуальным проведение региональных исследований. Определенный интерес, безусловно, также представляет динамика собранных показателей в сравнительном и хронологическом аспектах.

## Объект и методы исследования

В течение одного дня было обследовано 565 психически больных (318 мужчин, 247 женщин) в возрасте от 16 до 89 лет (средний возраст —  $35,4 \pm 10,7$  года), находящихся на лечении в Республиканской психиатрической больнице г. Чебоксары. Длительность ПР колебалась от 0,1 года до 65 лет (средняя —  $14,3 \pm 12,3$  года). Перепись проводилась по ранее унифицированной нами форме, с добавлением вопросов из исследования [6]. Группами сравнения служили сведения на 563 больных (300 мужчин и 263 женщины), обследованные в предыдущие переписи.

дованных аналогичным образом в 1992 г.; 565 больных (353 мужчины и 212 женщины) — в 2002 г. и 530 больных (346 мужчин и 184 женщины) — в 2007 г. Как и в прошлые разы в исследование не включались пациенты детского отделения, подэкспертные из отделения стационарной судебно-психиатрической экспертизы, пациенты, которым не был выставлен диагноз ПР на момент переписи. Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики (среднее значение, стандартное отклонение),  $\chi^2$ -распределения (таблицы  $2 \times 2, 3 \times 2, 4 \times 2, 5 \times 2$ ), однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA).

**Результаты и обсуждение**

Из 565 обследованных больных с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (F2 по МКБ-10) было 302 (53,5%), органическим поражением ЦНС (включая деменции — F0) — 175 (31,0%), умственной отсталостью (F7) — 35 (6,2%), невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F4) — 24 (4,2%), расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте (F6) — 18 (3,2%), расстройствами настроения (F3) — 7 (1,2%), прочими ПР (F1, F5) — 4 (0,7%). Как видно из табл. 1, по сравнению с тремя предыдущими переписями (1992, 2002, 2007 гг.) достоверно уменьшилась доля больных шизофренией ( $p < 0,001$ ) и прочими ПР ( $p < 0,001$ ), но увеличилось число пациентов с органическими ПР ( $p < 0,001$ ), включая состояния слабоумия (6,0, 5,0, 3,6 и 11,9% в 2014 г.;  $\chi^2=34,186$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,001$ ), ПР непсихотического характера (F4, F6) — ( $p < 0,001$ ). Не отмечено изменений в группах больных с умственной отсталостью, аффективными расстройствами ( $p > 0,05$ ) и эпи-

лепсией (соответственно — 3,9, 3,0, 2,6 и 2,8%;  $\chi^2=1,742$ ;  $df = 3$ ;  $p > 0,05$ ).

Сочетанные формы психической патологии у больничного контингента в медицинской документации были отмечены в 15% случаев. Из них чаще всего встречалось органическое заболевание ЦНС (60%) с каким-либо другим ПР; умственная отсталость — 34,1%, шизофрения — 31,8%, нарколо-гическая патология — 29,4% (алкогольная зависимость — 25,9%).

Жители городов среди больных стационара составили 72,9% (Чебоксар — 65,8%), сельские — 27,1% (в 2007 г. — 72,6 и 27,4%;  $p > 0,05$ ). Другие социально-демографические характеристики обследованных больных представлены в табл. 2. Видно, что почти 60% находились в возрастной группе 40 лет и старше, 68,2% являлись инвалидами. Женщины были старше мужчин ( $51,1 \pm 17,9$  vs  $42,2 \pm 15,4$  года у мужчин;  $F=40,6$ ;  $p=0,01$ ), но по длительности ПР они не различались ( $13,2 \pm 12,2$  vs  $15,3 \pm 12,4$  года;  $F=3,79$ ;  $p=0,05$ ). За 20 с лишним лет значительно увеличилась доля больных пожилого и старческого возраста ( $p < 0,001$ ), а число лиц в группе 16—30 лет не изменилось ( $p > 0,05$ ).

Возросла доля неработающих больных ( $p < 0,001$ ), пенсионеров ( $p < 0,001$ ), при уменьшении лиц, получающих пенсии ( $p < 0,001$ ) по инвалидности и работающих ( $p=0,009$ ). Имели собственную семью 16,8%, что сопоставимо с показателями 2007 г. ( $p > 0,05$ ), но существенно меньше, чем в 1992 и 2002 гг. ( $p=0,002$ ). Уменьшилось число одиноких больных ( $p=0,034$ ), видимо, за счет увеличения разведенных ( $p < 0,001$ ) и вдов(ых) ( $p=0,001$ ).

Высшее образование имели 11,3% больных, среднее специальное — 16,7%, среднее — 51,3%, начальное — 19,1%, неграмотными были 1,6%, что

Таблица 1

ПР у обследованных больных в стационаре, %

Группа ПР	1992	2002	2007	2014	$\chi^2$ , $df=3^*$	P
Шизофрения	75,9	70,3	61,1	53,5	72,763	<0,001
Органические ПР	11,9	17,3	17,9	31,0	67,6	<0,001
Умственная отсталость	4,0	5,0	7,3	6,2	6,996	НД**
Аффективные расстройства	1,0	1,6	4,6	1,2	0,779	НД**
ПРНХ***	2,6	3,0	4,0	7,4	19,691	<0,001
Прочие ПР	4,6	2,8	5,1	0,7	22,655	<0,001

Здесь и далее:

\*  $df$  (degrees of freedom) – число степеней свободы;

\*\* НД – недостоверно;

\*\*\* ПРНХ – ПР непсихотического характера (F4 + F6).

аналогично результатам переписи 2007 г. (соответственно — 11,9, 19,2, 51,9, 15,7 и 1,3%;  $p > 0,05$ ). Длительность ПР до 2 лет отмечалась у 8,6% ( $p > 0,05$  со сравнимыми периодами), от 2 до 5 — 23,5% (намного больше —  $p = 0,009$ ), 6—10 (18,3%) и более 20 лет (26,5%) — ( $p > 0,05$ ), от 11 до 20 лет (23,1%) — (существенно меньше — 37,4, 29,2, 31,3%;  $p < 0,001$ ). Доля стационарных больных с впервые выявленными ПР составляла 16,6 (соответственно — 18,1% в 2002 и 14,5% в 2007 г.;  $p > 0,05$ ).

Средняя длительность пребывания больных с стационаре составила 71,7±140,6 дня; среди мужчин — 87,4±174,4, женщин — 51,3±73,3 ( $F = 9,299$ ;  $p = 0,002$ ); горожан — 64,2±117,8, селян — 91,5±187,8 ( $F = 4,195$ ;  $p = 0,04$ ), находящихся на принудительном лечении — 251,0±299,6, прочих больных — 42,9±52,0 дня. Показатели длительности пребывания в психиатрической больнице представлены в табл. 3. Видно, что большинство (58,1%) больных находятся на стационарном лечении менее 42 дней. Эти показатели существенно отличаются от данных работы И.Я. Гуровича и соавт. [6]. Более года провели в стационаре 2,7% больных. Са-

мые большие сроки имели больные с умственной отсталостью (88,6±186,2 дня), среди которых более 25% находились на принудительном лечении за совершенные деликты. Далее следовали больные шизофренией — 80,2±154,8, органическим поражением ЦНС — 63,2±114,5, аффективными расстройствами — 39,9±18,0, невротическими и соматоформными — 34,2±62,7, личностными — 20,9±16,0, прочими ПР — 20,0±21,7 дня.

Повторные госпитализации в течение года отмечены у 38,6% больных. Чаще это наблюдалось у больных с шизофренией (45,0% случаев) и аффективными расстройствами (57,1%), с большей длительностью ПР (15,1±11,7 vs 12,5±11,9 года без регоспитализаций;  $F = 5,733$ ;  $p = 0,01$ ), с более низким уровнем образования; средняя длительность нахождения в стационаре пациентов сравнимых групп не достигало различий (46,3±42,3 vs 41,8±61,7 дня без регоспитализаций;  $p > 0,05$ ).

Как видно из табл. 4, подавляющее большинство (78,3%, или 442 из 565) стационарных больных получали антипсихотические препараты различных групп, в сочетании с антидепрессантами — 12,2%,

Таблица 2

Социально-демографические показатели больных с ПР по данным переписи 1992, 2002, 2007 и 2014 гг., %

Показатель	1992	2002	2007	2014	$\chi^2$ , df=3*	P
<b>Возраст (годы)</b>						
16–30	24,2	26,2	25,5	21,6	3,383	НД
31–40	31,0	22,5	20,8	18,4	28,742	<0,001
41–50	16,2	25,5	27,4	21,9	23,262	<0,001
51–60	16,6	12,4	20,5	17,9	13,754	0,003
Старше 60 лет	12,0	13,4	5,8	20,2	50,218	<0,001
<b>Занятость</b>						
Работали (учились)	15,1	9,6	11,5	9,5	11,401	0,009
Инвалиды	71,6	72,0	79,4	68,2	16,114	0,001
Пенсионеры	7,3	5,3	3,0	10,1	24,500	<0,001
Не работали	6,0	13,1	6,1	12,2	29,194	<0,001
<b>Семейное положение</b>						
Имели семью	24,6	19,5	16,6	16,8	14,482	0,002
Разведенные	9,2	12,9	12,5	17,5	17,355	<0,001
Вдовы	3,4	5,7	5,8	8,9	15,282	0,001
Одинокие	62,8	61,9	65,1	56,8	8,625	0,034

только атипичные нейролептики — 25,1%. При этом корректоры психофармакотерапии (циклодол) были назначены 26,7% больных, получающих нейролептики. Среди антидепрессантов отчетливо преобладали трициклические (86,8% всех назначений). Комбинацию антидепрессантов и транквилизаторов получали 4,4%. Отмечаются существенные различия в структуре назначенных препаратов для лечения ПР с результатами аналогичного исследования [6].

Проведенная перепись больных с ПР в самой большой психиатрической больнице (62,5% всего коечного фонда) Чувашии, обслуживающей около 70% населения республики, включая гг. Чебоксары, Новочебоксарск, позволяет констатировать, что на лечении находится наиболее тяжелый контингент больных зрелого и пожилого возраста с хроническими и прогрессивными ПР. Среди них около 80% составляли лица трудоспособного возраста, имеющие инвалидность вследствие ПР. Отмечается их низкая социальная адаптация и качество жизни.

В структуре контингента госпитализированных больных наибольший удельный вес принадлежит больным с шизофренией и органическими ПР, что соответствует многим опубликованным исследованиям [5—7, 9, 12, 16, 19]. Выявленная доля сочетанных форм ПР (15,0) среди больных стационара представляется существенно (в 2—3 раза) заниженной. Обычно врачами отмечается около 1/3 таких форм ПР, а 2/3 — не регистрируются. Сочетанные формы психической патологии имеют значительную долю (32,4%, а иногда и выше) в общей структуре ПР, что необходимо иметь в виду при оказании стационарной психиатрической помощи [11].

Чувашская Республика характеризуется меньшей обеспеченностью психиатрическими койками по сравнению с Россией (9,60 на 10 000 человек населения по

данным 2011 г. vs 10,48), но сопоставима со средним значением по Приволжскому Федеральному округу (9,54). Лишь незначительные различия (0,3—0,4%) наблюдаются по числу дней работы в году психиатрической койки. Значительно выше число госпитализированных больных с ПР (на 20,2—46,6%), за счет больных с психозами (шизофренией), умственной отсталостью, но существенно ниже среднее число дней, проведенных в стационаре выбывших больных с ПР (60,9 дня vs 76,6 и 89,7), включая все основные группы ПР [5]. В Англии на фоне существенного сокращения психиатрических коек на 39% (с 1998 по 2012 гг.) уменьшилось число стационарных больных с шизофренией, деменцией, депрессией, биполярным и обсессивно-компульсивным расстройством при увеличении таковых с алкогольной зависимостью, посттравматическим стрессовым расстройством и нарушением пищевого поведения. Параллельно снизилась длительность нахождения пациентов в стационаре [16].

Отмечается высокая доля повторных госпитализаций в течение года, что требует проведение специальных исследований. С учетом полученных данных можно констатировать не вполне адекватную психофармакотерапию низкими дозами психотропных препаратов, редкое использование их сочетаний, недоучет психопатологической динамики состояния. Перечень лекарственных средств для больных с ПР нуждается в расширении, с включением современных и эффективных препаратов. Хорошо известно, что атипичные нейролептики (антипсихотики второго поколения) показывают лучшую эффективность в лечении психозов (шизофрении), особенно в отношении негативных симптомов и когнитивного снижения при лучшей переносимости и меньшей частоте побочных эффектов [10]. Е.Б. Любов в аналитическом обзоре также показал, что раннее и более широкое применение депо ати-

Таблица 3

## Распределение пациентов по длительности лечения в психиатрическом стационаре, %

Группа больных по длительности лечения (дни)	Оба пола	Данные И.Я. Гуровича и соавт. [6]	$\chi^2$ , df=2	P
< 42	58,1	29,8	127,5	<0,001
43–84	23,4	30,6	9,929	<0,001
85–126	7,2	18,9	40,650	<0,001
127–182	3,5	13,0	38,737	<0,001
> 183	7,8	7,7	0,006	НД
Все больные	100,0	100,0	127,5*	<0,001

\*  $\chi^2$ , df=4.

пичных антипсихотиков может снизить риск рецидива (регоспитализаций), улучшить социально-трудовую адаптацию больных и их качество жизни [14]. Определенно требует улучшения кадровая обеспеченность врачами психиатрами и психотерапевтами амбулаторного и стационарного звеньев психиатрической службы, внедрение в работу инновационных форм профилактической и реабилитационной работы [1, 5, 8].

Таким образом, проведенное исследование показало, что за время (более 20 лет) проведения предыдущих переписей, охватывающих 1658 пациентов, изменилась структура ПР и социально-демографические характеристики больных. Так, продолжает увеличиваться доля больных с органическим заболеванием ЦНС, включая состояния слабоумия, что связано с существенным увеличением среди пациентов лиц пожилого и старческого возраста. Уменьшение доли больных шизофренией обусловлено не всегда критическим использованием критериев МКБ-10, несвое-

временной диагностикой этого ПР на ранних этапах его развития. Определенный рост числа больных с ПРНХ можно объяснить созданием психосоматического отделения в больнице, активизацией работы дневного стационара, увеличением врачей-психотерапевтов и психологов в штате больницы.

Среди контингента стационарных больных увеличилась доля неработающих больных и пенсионеров по старости, при уменьшении лиц, получающих пенсии вследствие ПР и работающих. Среди одиноких больных возросло число разведенных и вдов(ых).

Отмечаются относительно низкие сроки пребывания пациентов в стационаре, которые с одной стороны, способствуют уменьшению числа больных, находящихся в стационаре 1 год и более, но с другой — приводят к довольно частым повторным госпитализациям в течение года. Не исключено, что определенную роль здесь играет не вполне рациональная психофармакотерапия низкими дозами нейролептиков

Таблица 4

Социально-демографические показатели больных с ПР по данным переписи 1992, 2002, 2007 и 2014 гг., %

Препараты	Число больных, получающих соответствующее лечение	Данные И.Я. Гуровича и соавт. [6]	$\chi^2$ , df=2	P
Нейролептики	78,3	86,5	21,928	<0,001
традиционные	43,4	66,3	87,43	<0,001
атипичные	42,8	29,3	31,699	<0,001
пролонги	9,4	12,4	3,633	НД
Корректоры	26,7	53,3	225,1	<0,001
Антидепрессанты	20,2	24,0	3,462	НД
трициклические	17,5	13,6	7,935	0,004
селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	2,7	6,9	13,495	<0,001
селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина	–	1,9	10,691	<0,001
другие антидепрессанты	–	4,1	23,991	<0,001
Нормотимики	14,7	20,4	8,613	0,003
Транквилизаторы	22,7	38,1	42,671	<0,001
Ноотропы	6,0	29,9	129,0	<0,001
Противоэпилептические препараты	3,9	8,5	12,898	<0,001
Другие препараты	23,9	11,3	47,844	<0,001

(больные шизофренией), скудный ассортимент и недостаточная обеспеченность другими группами психотропных средств, малая доля среди них современных и эффективных препаратов последних поколений.

### Список литературы

1. Винидиктова Г.И., Висневская Л.Я. Дифференциация контингентов больных и замещающая госпитализацию больных функция дневного стационара // Социальная и клиническая психиатрия. — 2014. — Т. 24, №2. — С. 29—32.
2. Голенков А.В. Психические расстройства как медико-социальная проблема (региональный аспект): Дисс. ... д.м.н. — М., 1998. — 368 с.
3. Голенков А.В. Распространенность и предикторы агрессивного поведения пациентов с психическими расстройствами // Уральский журнал психиатрии, наркологии и психотерапии. — 2014. — №1. — С. 21—25.
4. Голенков А.В., Ожиганова Н.С. Удовлетворенность больных сестринским уходом и лечением в психиатрическом стационаре // Главная медицинская сестра. — 2010. — №8. — С. 143—153.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Казаковцев Б.А., Демчева Н.К., Яздовская А.В. Обеспеченность амбулаторных служб должностями врачей психиатров и психотерапевтов // Психическое здоровье. — 2014. — Т. 12, №3. — С. 3—8.
9. 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.
10. Любов Е.Б. Инъекционные антипсихотики длительного действия при первом эпизоде шизофрении: клиническая перспектива (аналитический обзор) // Российский психиатрический журнал. — 2013. — №6. — С. 59—69.
11. Пивень Б.Н., Булат О.С. Сочетанные формы психической патологии у больничного контингента больных // Психическое здоровье. — 2012. — Т. 10, №7. — С. 27—30.
12. Семенова Н.В. Структура и особенности контингента больных с психическими расстройствами, госпитализированных в психиатрические стационары Ленинградской области в 2000-2009 гг. // Российский психиатрический журнал. — 2011. — №3. — С. 20—24.
13. 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.
14. Bret P., Bret M.C., Queuille E. Prescribing patterns of antipsychotics in 13 French psychiatric hospitals // Encephale. — 2009. — Apr. — Vol. 35, №2. — P. 129—138.
15. Castagnini A., Foldager L., Bertelsen A. Long-term stability of acute and transient psychotic disorders // Aust. N. Z. J. Psychiatry. — 2013. — Jan. — Vol. 47, №1. — P. 59—64.
16. Green B.H., Griffiths E.C. Hospital admission and community treatment of mental disorders in England from 1998 to 2012 // Gen. Hosp. Psychiatry. — 2014. — Jul-Aug. — Vol. 36, №4. — P. 442—428.
17. Guaiana G., Barbui C. Trends in the use of the Italian Mental Health Act, 1979—1997 // Eur. Psychiatry. — 2004. — Nov. — Vol. 19, №7. — P. 444—445.
18. Sowa E.M., Fellers J.C., Raisinghani R.S., Santa Cruz M.R., Hidalgo P.C., Lee M.S., Martinez L.A., Keller A.E., Clayton A.H. Prevalence of substance misuse in new patients in an outpatient psychiatry clinic using a prescription monitoring program // Prim. Care Companion CNS Disord. — 2014. — Vol. 16, №1. — pii: PCC.13m01566.
19. Xu J., Wang J., Liu R., Xing J., Su L., Yu F., Lu M. Mental health inpatient treatment expenditure trends in China, 2005-2012: evidence from Shandong // J. Ment. Health Policy Econ. — 2014. — Dec. — Vol. 17, №4. — P. 173—182.
20. Warnke I., Rüssler W., Nordt C., Herwig U. Assessing a financial incentive for reducing length of stay of psychiatric inpatients: implications for financing psychiatric services // Swiss Med. Wkly. — 2014. — Aug. 7. — 144: w13991.

## One-day census of patients with mental disorders in the hospital: the statics and dynamics of indicators from 1992 to 2014

GOLENKOV A.V.

Dr. Med. Sci., Professor, Head of chair of Psychiatry and Medical Psychology;  
I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary; e-mail: golenkovav@inbox.ru

*Within one day 565 (318 men, 247 women) patients with mental disorders aged from 16 to 89 years (mean age — 35.4±10.7 years) in Republican Psychiatric Hospital (Cheboksary) were examined. Social and demographic, clinic and therapeutic indicators, and also the term of patients' staying in the hospital, features of psychopharmacotherapy are received. In comparison with the previous similar censuses (1992, 2002, 2007; 1658 inpatients) the amount of patients with schizophrenia authentically decreased (from 75.9 to 53.2%), but the number of cases of organic mental disorders and border line states (neurotic and personality disorders) increased. Among the inpatients the amount of elderly and old persons, the unemployed and pensioners, divorced and widows(wers) patients increased. The received results are caused by the proceeding organizational actions in health care and social and economic changes in society.*

**Key words:** patients with mental disorders, hospital statistics, trends.