

Научная статья

УДК 614.21:616—056.34

doi:10.25742/NRIPH.2022.03.006

**Преемственность в этапном ведении больных с психическими заболеваниями  
между участковой психиатрической службой и стационарными психиатрическими  
учреждениями**

Игорь Николаевич Алехин<sup>1</sup>, Екатерина Васильевна Душина<sup>2✉</sup>,  
Надежда Сергеевна Апханова<sup>3</sup>, Гайдар Мамедович Гайдаров<sup>4</sup>, Ольга Петровна Ворсина<sup>5</sup>,  
Мария Леонидовна Прокопьева<sup>6</sup>

<sup>1,5</sup>Иркутский областной психоневрологический диспансер (ОГБУЗ ИОПНД), г. Иркутск, Российская  
Федерация;

<sup>2–4, 6</sup>Иркутский государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России),  
г. Иркутск, Российская Федерация

<sup>1</sup>alehin@iopnd.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1044-169X>

<sup>2</sup>dushina.ismu@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6428-2663>

<sup>3</sup>hns.baikal@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5445-2238>

<sup>4</sup>irkafoz@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1090-9480>

<sup>5</sup>ovorsina@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1645-2717>

<sup>6</sup>prokopyewa@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0680-7297>

**Аннотация.** В условиях модернизации современной психиатрии, характеризующейся внедрением общественно-ориентированных форм терапии больных с психическими заболеваниями, одной из актуальных задач является обеспечение преемственности между амбулаторным и стационарным этапом ведения больного. В результате изучения и оценки организации преемственности между амбулаторным и стационарным звеном психиатрических учреждений выявлены недостатки, устранение которых позволит повысить качество медицинской помощи больным с психическими заболеваниями, в том числе и диспансерного наблюдения.

**Ключевые слова:** больные с психическими заболеваниями, преемственность, организация, участковый врач-психиатр

**Для цитирования:** Алехин И. Н., Душина Е. В., Апханова Н. С., Гайдаров Г. М., Ворсина О. П., Прокопьева М. Л. Преемственность в этапном ведении больных с психическими заболеваниями между участковой психиатрической службой и стационарными психиатрическими учреждениями // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2022. № 3. С. 35–39. doi:10.25742/NRIPH.2022.03.006.

Original article

**Continuity in the staged management of patients with mental illness between the district psychiatric  
service and inpatient psychiatric institutions**

Igor' N. Alehin<sup>1</sup>, Ekaterina V. Dushina<sup>2✉</sup>, Nadezhda S. Aphanova<sup>3</sup>, Gajdar M. Gajdarov<sup>4</sup>, Ol'ga P. Vorsina<sup>5</sup>,  
Marija L. Prokop'eva<sup>6</sup>

<sup>1,5</sup>Irkutsk Regional Psychoneurological Dispensary, Irkutsk, Russian Federation

<sup>2–4, 6</sup>Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russian Federation

<sup>1</sup>alehin@iopnd.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1044-169X>

<sup>2</sup>dushina.ismu@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6428-2663>

<sup>3</sup>hns.baikal@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5445-2238>

<sup>4</sup>irkafoz@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1090-9480>

<sup>5</sup>ovorsina@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1645-2717>

<sup>6</sup>prokopyewa@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0680-7297>

**Annotation.** In the context of the modernization of modern psychiatry, characterized by the introduction of community-oriented forms of therapy for patients with mental illness, one of the urgent tasks is to ensure continuity between the outpatient and inpatient stages of patient management. As a result of studying and evaluating the organization of continuity between the outpatient and inpatient links of psychiatric institutions, shortcomings were identified, the elimination of which will improve the quality of medical care for patients with mental illness, including dispensary observation.

**Key words:** patients with mental illness, succession, organization, district psychiatrist

**For citation:** Alekhin I. N., Dushina E. V., Apkhanova N. S., Gaidarov G. M., Vorsina O. P., Prokopyeva M. L. Continuity in the staged management of patients with mental illness between the district psychiatric service and inpatient psychiatric institutions. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2022;(3):35–39. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2022.03.006.

## Введение

Психические расстройства являются одной из главных проблем общественного здравоохранения в мире, о чем свидетельствует их распространенность и обусловленное ими бремя болезни и инвалидности [1—3]. В Российской Федерации основным вектором развития психиатрии является внедрение биопсихосоциального подхода в лечении больных с психическими расстройствами, который предусматривает смещение акцента оказания медицинской помощи больным с психическими заболеваниями на амбулаторный этап, внедрение реабилитационных программ. Что в свою очередь диктует необходимость совершенствования мероприятий по обеспечению преемственности между амбулаторным и стационарными этапами ведения больного [4—11]. Преемственность в деятельности любой медицинской организации — сложная функциональная система взаимодействия, призванная обеспечить единство в организации и выполнении лечебно-диагностического процесса. Особенно это актуально для психиатрии в условиях изменения динамики и структуры контингентов психиатрических учреждений в сторону замещающего роста консультативных больных на фоне снижения охвата диспансерным наблюдением больных с психическими заболеваниями [12]. Цель исследования: анализ этапной преемственности в оказании медицинской помощи больным с психическими заболеваниями между участковой психиатрической службой и стационарными психиатрическими учреждениями г. Иркутска.

## Материалы и методы

Исследование проводилось на базе областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Иркутский областной психоневрологический диспансер» (ОГБУЗ ИОПНД) с использованием следующих методов: изучение и обобщение опыта, аналитический, статистический, метод экспертных оценок. С целью изучения взаимосвязи и преемственности между амбулаторными и стационарными учреждениями, оказывающими медицинскую помощь больным с психическими заболеваниями, изучено 102 случая госпитализации в психиатрический стационар больных с психическими расстройствами в 2019 г. Исследование проводилось путем сопоставления и экспертной оценки данных Медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (ф.025/у) и медицинской карты стационарного больного (ф. 003/у). С данной целью была разработана «Карта изучения преемственности между амбулаторными и стационарными учреждениями, оказывающими медицинскую помощь больным с психическими расстройствами». Карта заполнялась на каждый случай госпитализации и подвергалась экспертной оценке. В качестве экспертов выступали врачи высшей квалификационной категории со стажем работы не менее 10 лет и сотрудники кафедр психиатрии федерального государственного образовательного учреждения высшего образования Иркутский госу-

дарственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России) и Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования — филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ИГМАПО — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России). Оценка достоверности различий по диапазонам признаков между больными с психическими заболеваниями, состоящими и не состоящими на диспансерном наблюдении (получающими консультативную помощь) проводилась по критерию Стьюдента ( $t$ ).

## Результаты

Среди больных, госпитализированных в психиатрический стационар 37,3% составили мужчины, 62,7% — женщины. Возрастной состав госпитализированных составил: до 19 лет — 6,7%, 20—29 лет — 15,7%, 30—39 лет — 26,5%, 40—49 лет — 11,8%, 50—59 лет — 7,8%, 60 старше — 31,4%. По социально-профессиональному признаку госпитализированные распределились следующим образом: 62,7% составили неработающие граждане, 16,7% — работающие, 16,7% — пенсионеры, 2,0% — учащиеся и 1,0% служащие. Инвалидность по психическому заболеванию имелась на момент госпитализации у 29,4% больных, среди которых имели первую группу инвалидности 3,3% пациентов, вторую — 93,3% и третью — 3,3%. Среди госпитализированных больных 31,4% состояли на диспансерном наблюдении у участкового врача-психиатра (далее — диспансерные больные), остальные 68,6% составили больные, не состоявшие под наблюдением, но получающие специализированную медицинскую помощь в психиатрических учреждениях (далее — консультативные больные). Сравнительная оценка критериев организации преемственности между участковой психиатрической службой и стационарными психиатрическими учреждениями представлена в таблице.

В наименьшем количестве случаев ( $9,8 \pm 2,9\%$ ) показанием к госпитализации явилось проведение медицинской экспертизы/освидетельствования, удельный вес таких показаний как острое состояние больного и изменение психического статуса составил по  $45,1 \pm 4,9\%$ . При этом среди диспансерных больных случаев госпитализации, где показанием являлось острое состояние больного достоверно выше, чем среди консультативных больных ( $p \leq 0,05$ ).

Показания к госпитализации были установлены участковым врачом-психиатром в  $53,9 \pm 4,9\%$  случаев, врачом приемного отделения —  $31,4 \pm 4,5\%$ , сотрудниками кафедры психиатрии —  $3,9 \pm 1,9\%$ , врачами амбулаторного психотерапевтического отделения —  $4,9 \pm 2,1\%$ , центром медико-социальной реабилитации —  $2,0 \pm 1,9\%$ , врачебной комиссией —  $2,0 \pm 1,9\%$ . Среди диспансерных больных направлен-

Оценка критериев организации преемственности между участковой психиатрической службой и стационарными психиатрическими учреждениями (в %)

№	Критерий	Содержание критерия	Всего	Диспансерные пациенты	Консультативные пациенты	p
1	Показания к госпитализации	<b>Острое состояние</b>	<b>45,1</b>	<b>62,5</b>	<b>37,1</b>	<b>&lt;0,05</b>
		Изменение психического состояния	45,1	34,4	50,0	>0,05
		Медицинская экспертиза/освидетельствование	9,8	3,1	12,9	≤0,05
2	Кем установлены показания к госпитализации	<b>Участковым врачом-психиатром</b>	<b>53,9</b>	<b>71,9</b>	<b>45,7</b>	<b>&lt;0,05</b>
		Врачом приемного отделения	31,4	28,1	32,9	>0,05
		Сотрудником кафедры психиатрии	3,9	—	5,7	<0,05
3	Причина госпитализации	<b>Для обследования</b>	<b>9,8</b>	<b>3,1</b>	<b>12,9</b>	<b>≤0,05</b>
		<b>Для лечения</b>	<b>41,2</b>	<b>71,9</b>	<b>27,1</b>	<b>&lt;0,05</b>
		<b>Для обследования и лечения</b>	<b>49,0</b>	<b>25,0</b>	<b>60,0</b>	<b>&lt;0,05</b>
4	<b>Средние сроки лечения</b>	<b>39,3</b>	<b>48,9</b>	<b>35,6</b>	<b>&lt;0,05</b>	
5	Сроки посещения участкового врача-психиатра после выписки из стационара	В течение 3-х дней	14,7	15,6	14,3	>0,05
		<b>С 4 дня до 1 мес.</b>	<b>18,6</b>	<b>31,3</b>	<b>12,9</b>	<b>&lt;0,05</b>
		В течении 2—6 мес.	13,7	12,5	14,3	>0,05
		В течении 6—12 мес.	7,8	12,5	5,7	>0,05
		<b>Отсутствие посещений в течение 1 года</b>	<b>45,1</b>	<b>28,1</b>	<b>52,8</b>	<b>&lt;0,05</b>
6	Условия посещения участкового врача-психиатра после выписки	<b>Прием в амбулаторных условиях</b>	<b>59,8</b>	<b>78,1</b>	<b>51,4</b>	<b>&lt;0,05</b>
		На дому	—	—	—	—
7	Выполнение рекомендаций стационара	<b>Выполнялись</b>	<b>34,3</b>	<b>56,2</b>	<b>24,3</b>	<b>&lt;0,05</b>
		Выполнялись частично	3,9	6,3	2,8	>0,05
		<b>Не выполнялись</b>	<b>61,8</b>	<b>34,4</b>	<b>71,4</b>	<b>&lt;0,05</b>

ных участковым врачом-психиатром достоверно больше, чем среди консультативных больных ( $p \leq 0,05$ ). Среди больных, которые были направлены врачом приемного отделения, каждый второй пациент доставлен скорой медицинской помощью (66,7%), самостоятельно обратились в психиатрический стационар 24,2% больных, по направлению других медицинских организаций — 6,1% и доставлены сотрудниками полиции 3,0% больных. Отмечено, что среди диспансерных больных, в 28,1±7,9% случаев показания к госпитализации были установлены врачом приемного отделения, среди которых в 22,2% случаев больные обратились самостоятельно и в 77,8% случаев доставлены скорой медицинской помощью. Экспертная оценка показала, что показания к госпитализации были полностью во всех случаях установлены своевременно.

Основной причиной госпитализации больных с психическими заболеваниями является обследование и лечение (49,0±4,9%), только для лечения поступают 41,2±4,8% пациентов, для обследования — 9,8±2,9%. При этом отмечено, что среди диспансерных больных, достоверно больше госпитализированных с целью лечения, чем среди консультативных ( $p \leq 0,05$ ), и наоборот среди консультативных больше госпитализированных с целью обследования. Отмечено, что консультативные больные в большей степени нуждаются в одновременном обследовании и лечении в условиях стационара, чем диспансерные больные ( $p \leq 0,05$ ).

Качество оформления направления на госпитализацию в стационар было оценено экспертами как удовлетворительное в 81,4±3,9% случаев, у остальных больных (18,6±3,8%) сопроводительная документация отсутствовала.

Согласно экспертной оценке, больные перед госпитализацией обследовались в полном объеме (полноценно) в 47,1±4,9 случаев, 7,8±2,6% составили случаи неполноценного обследования, и в 45,1±4,9% случаев обследование пациентам не проводилось по причине госпитализации в день на-

правления или обращения. Основными причинами неполноценного обследования перед госпитализацией, экспертами отмечено острое состояние больного (86,4±3,4%), особенности течения заболевания (11,4±3,1%) и отсутствие соответствующего специалиста (2,3±1,5%).

По материалам экспертной оценки больным в стационаре проводилось полноценное (48,1±4,9%) и своевременное обследование (98,0±1,4%). Экспертами отмечено, что в стационаре не проводились следующие необходимые исследования: обследование на гепатиты В, С — 32,4±4,6%, флюорография — 8,8±2,8%, бактериологическое исследование на наличие возбудителей кишечных инфекций — 6,9±2,5%. При этом экспертами отмечено, что в 32,7±4,6% случаев среди диспансерных больных, которые были направлены участковыми врачами-психиатрами проведение таких исследований как флюорография, общеклинические анализы крови и мочи, посев кала на патогенную флору в условиях стационара было необоснованным. Основной причиной необоснованного проведения данных исследований явилось отсутствие стандартов догоспитального обследования больных.

Экспертная оценка полноценности и своевременности стационарного лечения показала, что во всех случаях лечение пациентам назначено в полном объеме и своевременно (93,1±2,5%). Одновременно с этим эксперты отметили отсутствие стандартов или клинических рекомендаций в 25,5±4,3% случаев для лечения заболеваний в стационарных условиях.

В целом, средние сроки лечения больных в стационаре составили 39,3±4,5 дней. При этом, среди диспансерных больных средние сроки стационарного лечения (48,9±4,5 дней) достоверно выше, чем среди консультативных (35,6±3,2 дней) ( $p \leq 0,05$ ). По данным экспертной оценки у 87,3±3,3% больных продолжительность стационарного лечения была достаточной, у 7,8±2,7% больных — недостаточная, у 4,9±2,1% больных отмечено превышение сроков

лечения. Причинами недостаточной продолжительности лечения являлись выписка по желанию пациента и особенности течения заболевания.

Экспертная оценка показала, что в  $16,7 \pm 3,7\%$  случаев обследование и лечение, возможно, было проведено полностью в условиях дневного стационара, в  $5,9 \pm 2,3\%$  — переводом с круглосуточного на дневной стационар.

Изменения в статусе к моменту выписки отмечены следующие: в  $79,4 \pm 4,0\%$  случаев — улучшение, в  $14,7 \pm 3,5\%$  случаев — без изменений, в  $2,0 \pm 1,3\%$  — прерывание стационарного лечения. В большинстве случаев ( $96,1 \pm 1,9\%$ ) больные выписаны из стационара под наблюдение участкового врача-психиатра. Экспертами отмечено, что лечебно-профилактические мероприятия, рекомендованные после выписки из стационара, во всех случаях обоснованы и назначены в полном объеме. Выписные эпикризы содержали рекомендации, касающиеся наблюдения у участкового врача-психиатра ( $95,1 \pm 2,1\%$ ), медикаментозного лечения ( $52,0 \pm 4,9\%$ ), взятия на диспансерный учет ( $19,6 \pm 3,9\%$ ).

Материалы нашего исследования выявили, что практически во всех случаях ( $93,1 \pm 2,5\%$ ) в амбулаторных картах выписанных больных имелись выписные эпикризы. Однако лишь в  $12,9 \pm 3,3\%$  случаев в амбулаторной карте пациента имелась отметка о получении выписного эпикриза с указанием даты получения, в остальных амбулаторных картах отметка о получении отсутствовала.

В целом, осмотр участкового врача-психиатра после выписки больного из стационара не осуществлен в течение 1 года в  $45,1 \pm 4,9\%$  случаев, причем среди консультативных больных достоверно таких случаев больше, чем среди диспансерного контингента ( $p \leq 0,05$ ). В остальных случаях осмотр участковым врачом-психиатром осуществлен в следующие сроки: в течении 3-х дней после выписки в  $14,7 \pm 3,5\%$  случаев, с четвертого дня, но не позже 1 месяца —  $18,6 \pm 3,9\%$ , в течении 2—6 месяцев —  $13,7 \pm 3,4\%$ , в течении 6—12 месяцев —  $7,8 \pm 2,7\%$ . Причем во всех случаях осмотр осуществлен при самостоятельном обращении пациента к участковому врачу-психиатру, с преобладанием среди обратившихся диспансерных больных. Экспертная оценка показала, что в  $52,9 \pm 4,9\%$  случаев отмечена несвоевременность приема больного участковым врачом-психиатром после выписки больного из стационара, в  $47,1 \pm 4,9\%$  — своевременное посещение участкового врача-психиатра. Причинами несвоевременного посещения участкового врача-психиатра после выписки являлись неявка пациента — в  $66,7 \pm 4,6\%$ , упущение врача — в  $29,6 \pm 4,5\%$ , не была заведена амбулаторная карта в  $3,7 \pm 1,9\%$  случаев.

Анализ показал, что после выписки пациентов, рекомендованные диагностические и лечебно-оздоровительные мероприятия проводились лишь в  $34,3 \pm 4,7\%$  случаев, проводились частично в  $3,9 \pm 1,9\%$  случаев и не проводились в  $59,8 \pm 4,9\%$  случаев. В большинстве случаев ( $90,2$  случая на 100 госпитализированных) причиной отсутствия дальнейших мероприятий после выписки из стационара является

неявка больного на прием к врачу, в  $18,03$  случаях — упущение врача.

Также экспертами отмечено, что из указанных лечащим врачом стационара в выписном эпикризе рекомендаций выполнялись следующие: в  $39,2 \pm 4,8\%$  — дальнейшее ведение пациента в амбулаторных условиях, в  $10,8 \pm 3,1\%$  — взятие на диспансерное наблюдение, в  $22,5 \pm 4,1\%$  — медикаментозное лечение, в остальных случаях рекомендации не выполнялись. Экспертная оценка случаев госпитализации показала, что в  $7,8 \pm 2,7\%$  случаев больные нуждаются в медико-социальной помощи в условиях учреждений социального обслуживания.

### Обсуждение

Координирующая роль участкового врача-психиатра объективно выше среди пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением, что обусловлено особенностями ведения консультативных больных в соответствии с законодательством. Следует отметить, что значительная частота госпитализации больных по причине изменения психического состояния среди консультативных больных ставить вопрос об эффективности пересмотра критериев взятия на диспансерный учет и целесообразности проведения мероприятий по повышению приверженности к лечению консультативных больных. Среди состоящих на диспансерном наблюдении каждый третий поступил в стационар по самообращению или по скорой помощи, что свидетельствует о снижении эффективности диспансерного наблюдения больных со стороны участкового врача-психиатра. Анализ показаний к госпитализации показал, что консультативные больные в большей степени нуждались в одновременном обследовании и лечении в стационарных условиях или только в обследовании. Диспансерные в большей степени госпитализировались с целью лечения в основном по поводу острого состояния, что также свидетельствует о снижении эффективности диспансерного наблюдения и приверженности к лечению больных.

### Заключение

Выявленные недостатки в ведении медицинской документации и ее своевременной доставки после выписки участковому врачу-психиатру обусловлены вопросами нормативного регулирования на локальном уровне. Изучение организации оказания медицинской помощи больным с психическими заболеваниями с учетом наиболее существенных факторов — порядка направления больных в стационар, показаний к госпитализации, сроков и полноты обследования, длительности пребывания в стационаре, позволяет оценить преимущество в оказании медицинской помощи больным с психическими заболеваниями, выявить резервы для оптимизации сроков лечения, наметить мероприятия по улучшению работы поликлинических и стационарных психиатрических учреждений.

Одним из основных условий для полноценного взаимодействия и соблюдения преемственности в этапном ведении больного с психическим заболева-

ниями является информационное обеспечение всех участвующих в лечебно-диагностическом процессе учреждений. Стандартизация и формализация алгоритмов взаимодействия, документооборота и форм документации, содержащей все необходимые сведения об обследовании, лечении, рекомендациях, является необходимым требованием при совершенствовании преемственности в работе учреждений здравоохранения.

С целью совершенствования организации преемственности и взаимосвязи между амбулаторным и стационарным этапом лечения больного с психическими заболеваниями нами разработаны и внедрены в работу участковой психиатрической службы следующие мероприятия: положение о плановой госпитализации больного, состоящего на диспансерном наблюдении; порядок диспансерного наблюдения больного с психическими заболеваниями; унифицированная форма направления на госпитализацию, порядок передачи информации о пациенте в медицинской организации.

#### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Всемирная ассамблея здравоохранения 66. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013—2020 гг.; 2013. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/151502> (Дата обращения 16.05.2022)
2. Всемирная организация здравоохранения. Мировая статистика здравоохранения, 2017 г.: мониторинг показателей здоровья в отношении Целей устойчивого развития. Всемирная организация здравоохранения; 2018. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279717> (Дата обращения 16.05.2022)
3. Всемирная организация здравоохранения. Психические расстройства. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (Дата обращения 16.05.2022)
4. Кекелидзе З. И., Букреева Н. Д., Демчева Н. К., Макушкин Е. В. Эпидемиологические показатели психических расстройств в Российской Федерации в 2009—2018 гг. Меры по совершенствованию оказания психиатрической помощи. *Психическое здоровье*. 2019; 10:3—10. doi: 10.25557/2074-014X.2019.10.3—10.
5. Гурович И. Я. Направления совершенствования психиатрической помощи. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014; 24(1):5—9.
6. Гурович И. Я. Состояние психиатрической службы в России: актуальные задачи при сокращении объема стационарной помощи. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012; 22(4):5—9.
7. Золотарева Л. С., Масякин А. В. Совершенствование системы организации психиатрической помощи мегаполиса. *Менеджер здравоохранения*. 2019; 7:23—29.
8. Тер-Израелян А. Ю., Евдокимова Т. Е. Современные особенности организации стационарзамещающей психиатрической помощи. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020; 28(1):98—100. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-1-98-100.
9. Тер-Израелян А. Ю. К вопросу о порядке организации стационарной психиатрической помощи. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020; 28(3):449—453. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-3-449-453.
10. Костюк Г. П., Масякин А. В. Модернизация психиатрической службы г. Москвы: от гуманизации помощи к развитию общественно-ориентированной психиатрии. *Психиатрия*. 2018; 3(79):23—29.
11. Давидов Д. Р., Шикина И. Б., Масякин А. В. Дефекты лечебно-диагностического процесса при оказании медицинской помощи пациентам в амбулаторных условиях по профилю «психиатрия». *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2020; 4:487—510. doi: 10.24411/2312-2935-2020-00127.
12. Алехин И. Н., Апханова Н. С., Душина Е. В., Прокопьева М. Л. Региональные особенности заболеваемости психическими расстройствами населения (на примере Иркутской области): ретроспективное исследование. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2021; 28(5):79—97. doi: 10.25207/1608-6228-2021-28-5-79-97.

#### REFERENCES

1. World Health Assembly 66? Comprehensive Mental Health Action Plan 2013—2020.; 2013. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/151502> (accessed 16 May 2022). (in Russian)
2. World Health Organization. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279717> (accessed 16 May 2022). (in Russian)
3. World Health Organization. Mental disorders. Available at: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (accessed 16 May 2022). (in Russian)
4. Kekelidze Z. I., Bukreeva N. D., Demcheva N. K., Makushkin E. V. Epidemiological indicators of mental disorders in the Russian Federation in 2009—2018. Measures to improve the provision of psychiatric care. *Mental Health. [Psichicheskoe zdorov'e]*. 2019; 10:3—10 (in Russian). doi: 10.25557/2074-014X.2019.10.3—10.
5. Gurovich I. Ya. Directions for improving psychiatric care. *Social and Clinical Psychiatry. [Social'naja i klinicheskaja psihiatrija]*. 2014; 24(1):5—9. (in Russian)
6. Gurovich I. Ya. The state of the psychiatric service in Russia: current challenges in reducing the volume of inpatient care. *Social and Clinical Psychiatry. [Social'naja i klinicheskaja psihiatrija]*. 2012; 22(4):5—9. (in Russian)
7. Zolotareva L. S., Masjakin A. V. Improving the system of organization of psychiatric care in the metropolis. *Health care manager. [Menedzher zdavoohranenija]*. 2019; 7:23—29. (in Russian)
8. Ter-Israeljan A. Ju., Evdokimova T. E. Modern features of the organization of inpatient psychiatric care. *Problems of Social Hygiene, Public Health, and History of Medicine. [Problemy social'noj gigijeny, zdavoohranenija i istorii mediciny]*. 2020; 28(1):98—100. (in Russian). doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-1-98-100.
9. Ter-Israeljan A. Ju. On the issue of the organization of inpatient psychiatric care. *Problems of Social Hygiene, Public Health, and History of Medicine. [Problemy social'noj gigijeny, zdavoohranenija i istorii mediciny]*. 2020; 28(3):449—453. (in Russian). doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-3-449-453.
10. Kostjuk G. P., Masjakin A. V. Modernization of the psychiatric service in Moscow: from the humanization of care to the development of community-oriented psychiatry. *Psychiatry. [Psihiatrija]*. 2018; 3(79):23—29. (in Russian)
11. Davidov D. R., Shikina I. B., Masjakin A. V. Defects in the treatment and diagnostic process in the provision of medical care to patients on an outpatient basis in the profile of «psychiatry». *Modern Problems of Health Care and Medical Statistics. [Sovremennye problemy zdavoohranenija i medicinskoj statistiki]*. 2020; 4:487—510. (in Russian). doi: 10.24411/2312-2935-2020-00127.
12. Alehin I. N., Aphanova N. S., Dushina E. V., Prokop'eva M. L. Regional features of the incidence of mental disorders in the population (on the example of the Irkutsk region): a retrospective study. *Kuban Scientific Medical Bulletin. [Kubanskij nauchnyj medicinskij vestnik]*. 2021; 28(5):79—97. (in Russian). doi: 10.25207/1608-6228-2021-28-5-79-97.

**Вклад авторов:** все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Contribution of the authors:** the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 30.05.2022; одобрена после рецензирования 08.06.2022; принята к публикации 15.06.2022. The article was submitted 30.05.2022; approved after reviewing 08.06.2022; accepted for publication 15.06.2022.