



Евсегнеев Р.А. ✉, Евсегнеева Е.Р.

Минский областной клинический центр «Психиатрия – наркология», Минск, Беларусь

Диагнозы психических и поведенческих расстройств, слишком часто и слишком редко используемые в отечественной практике: причины и последствия. Сообщение 2

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Евсегнеев Р.А. – идея, концепция и дизайн исследования, обзор литературы, написание текста, редактирование и обсуждение результатов; Евсегнеева Е.Р. – концепция исследования, сбор материала, написание текста, редактирование и обсуждение результатов.

Финансирование: авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Подана: 19.03.2025

Принята: 22.04.2025

Контакты: roman.evsegneev@mail.ru

Резюме

В статье описываются различия в оценке заболеваемости, распространенности и частоте использования диагнозов ряда форм психической патологии: деменций пожилого возраста (болезни Альцгеймера и сосудистой деменции), тревожных, невротических и связанных со стрессом расстройств, а также расстройств аутистического спектра – в отечественной практике по сравнению с зарубежным опытом, а также динамика этих показателей в последние годы. Обсуждаются возможные причины, последствия и значение существующих различий для дальнейшего развития служб охраны психического здоровья.

Ключевые слова: деменции пожилого возраста, деменция при болезни Альцгеймера, сосудистая деменция, тревожные, невротические и связанные со стрессом расстройства, расстройства аутистического спектра, оценка распространенности, заболеваемости и частоты использования диагнозов в разных странах и в отечественной практике, диагностика, лечение, причины различий, медицинские и социально-экономические последствия

Evsegneev R. ✉, Evsegneeva E.

Minsk Regional Clinical Center "Psychiatry – Narcology", Minsk, Belarus

Diagnoses of Mental and Behavioral Disorders, Too Often and Too Rarely Used in Domestic Practice: Causes and Consequences. Report 2

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Evsegneev R. – the idea, concept and design of the study, survey of the literature, writing the text, editing and discussion of the results; Evsegneeva E. – concept and design of the study, survey of the literature, collection of the material, writing the text, editing and discussion of the results.

Funding: the authors state that there is no external funding for the study.

Submitted: 19.03.2025

Accepted: 22.04.2025

Contact: roman.evsegneev@mail.ru

Abstract

The article discusses the differences in the assessment of the morbidity and prevalence of a number forms of mental disorders – dementias of old age (Alzheimer's disease, vascular dementia), neurotic, stress-related and anxiety disorders, autism spectrum disorders in domestic practice in comparison with foreign experience, as well as the dynamics of these indicators in recent decades. The possible causes of the existing distinctions, as well as its medical and socio-economic consequences and implications for further development of mental health services are also discussed.

Keywords: dementia of old age, dementias of Alzheimer's disease, vascular dementia, neurotic, stress-related and anxiety disorders, autism spectrum disorders, estimation of the morbidity, prevalence and the rate of use in domestic practice in comparison with foreign experience, diagnostics, treatment, some reasons of distinctions, socio-economic consequences

■ ВВЕДЕНИЕ

В этой части нашей статьи мы продолжим обсуждение ряда форм психической патологии, уровень заболеваемости которыми и частота использования диагнозов которых в отечественной практике существенно отличаются от сегодняшнего мирового опыта, включая динамику этих показателей в последние годы, а также причины и последствия этих различий для работы психиатрических служб и общества в целом.

Темой обсуждения далее станут деменции пожилого возраста, некоторые формы тревожных, невротических и связанных со стрессом расстройств, а также расстройства аутистического спектра.

Мнения о распространенности и частота использования в повседневной практике психиатрами разных стран диагнозов деменций пожилого возраста – прежде всего болезни Альцгеймера (БА) и сосудистой деменции (СД) – вплоть до настоящего времени существенно отличаются. Кроме того, величины этих показателей и степень выраженности указанных различий резко изменились в последние десятилетия, что,

в свою очередь, оказало большое влияние на развитие служб охраны психического здоровья и результаты лечения многих и многих тысяч пациентов.

Яркая иллюстрация этих перемен – болезнь Альцгеймера. Как известно, вплоть до 1960-х гг. это заболевание повсеместно считалось экзотически редким: к 1960 г. во всей литературе было описано не более 100 его случаев. В отечественной практике оно оставалось таковым до конца 1980-х гг. – так, в наиболее полном и авторитетном в СССР руководстве по психиатрии 1988 г. заболеваемость населения болезнью Альцгеймера и болезнью Пика, относимыми в группу пресенильных деменций, определялась одинаковой величиной в 0,1%, и на нее отводилось лишь 5–10% из всех форм слабоумия пожилого возраста [1]. В студенческих учебниках по психиатрии 1970-х гг. (по которым учился один из авторов этой статьи) рассматривался ход дифференциальной диагностики именно этих 2 заболеваний, что представить себе сегодня вряд ли возможно.

За последние 2–3 десятилетия эти взгляды радикально изменились и выяснилось, что:

- альцгеймеровская деменция с началом как в пресенильном, так и в сенильном возрасте представляет собой одно и то же заболевание и на его долю приходится уже не 5–10%, а 55–60% всех случаев деменций пожилого возраста;
- к 2010 г. число пациентов с БА в мире составляло 12–13 млн, к 2020 г. – 21–22 млн, а к 2040 г. достигнет, по всей вероятности, уже 41–42 млн;
- число этих пациентов в Европе, составлявшее к 2004 г. 7 млн, к 2050 г. достигнет 16 млн; в США эта цифра в 2007 г. составила около 5 млн, в 2020 г. – 6 млн, а к 2047 г. достигнет, по всей видимости, от 8 до 9 млн;
- речь здесь идет не просто о борьбе различных научных школ и течений – по своим социально-экономическим последствиям БА, в частности в США, вышла за последние годы на 3-е место среди наиболее затратных для общества заболеваний, уступая только сердечно-сосудистым и онкологическим [2–4].

Для отечественной практики на протяжении многих десятилетий характерным было, как известно, редкое употребление диагноза альцгеймеровской деменции и в то же время весьма расширенное использование диагноза сосудистой («атеросклеротической») деменции [4]. Актуальность проблемы для Республики Беларусь не вызывает сомнений уже хотя бы потому, что удельный вес пожилых людей (65 лет и старше) в населении быстро растет (1999 г. – 12,8%, 2017 г. – 14,7%, 2019 г. – 15,2%, 2021 г. – 16,1% населения), что вполне сопоставимо с показателями экономически развитых стран Запада.

Нашей целью было проследить, насколько полно указанные изменения отразились в отечественной практике, сравнив частоту использования указанных диагнозов отечественными специалистами за последние годы [5, 6].

Как известно, распространенность деменции среди лиц в возрасте 65+ оценивается сегодня примерно в 6%. Если ориентироваться на данные метаанализа 11 европейских популяционных исследований, согласно которым распространенность деменции среди лиц в возрасте 65 лет и старше составляет в среднем 6,4% [7], то количество этих пациентов среди населения Республики Беларусь должно быть оценено как минимум в 88–90 тыс. При этом общепризнано, что на долю деменции при БА приходится 55–60%, а на долю СД – 15–20% от всех случаев деменций пожилого возраста [2, 4, 7]. Следовательно, число пациентов с альцгеймеровской деменцией

Таблица 1

Общая заболеваемость деменциями и ее формами (количество пациентов) в Республике Беларусь в 2017–2020 гг. в сравнении с ожидаемыми показателями

Table 1

Morbidity of dementia and its forms (number of patients) in the Republic of Belarus in 2017–2020 in comparison with expected indicators

Параметры	Год				Ожидаемый показатель
	2017	2018	2019	2020	
Деменции, всего	19 231	18 793	19 783	19 036	88–90 тыс.
Болезнь Альцгеймера	2692	2892	3132	2961	50–52 тыс.
Сосудистая деменция	9360	9235	9767	9478	17 тыс.
Удельный вес от общего числа деменций:					
– болезнь Альцгеймера (%)	14,	15,4	15,8	15,6	55–60
– сосудистая деменция (%)	46,2	41,9	49,4	49,8	15–20

в стране должно составлять приблизительно 50 тыс., а с сосудистой деменцией – примерно 17 тыс. Сведения об этом, как и о зафиксированной заболеваемости за 2017–2020 гг., приведены в табл. 1.

Таким образом, полнота выявления деменций в населении за последние годы сколь-либо существенно не изменилась и осталась на уровне 20–22% от ожидаемого. «Популярность» диагноза БА в отечественной практике существенно не возросла: как и в прежние годы, этот показатель сохранился на уровне примерно 6%; иными словами, если случаи деменции в целом распознавались примерно у 1 из 5, то деменция альцгеймеровского типа – лишь у 1 из 17 пациентов.

К сожалению, сохранился традиционный для отечественной практики перекос диагностики в сторону сосудистых форм деменции: ее частота все еще в 2–2,5 раза выше, тогда как альцгеймеровской деменции – в 3–3,5 раза ниже ожидаемой.

Необходимо отметить, что вопрос о разграничении форм деменций имеет большое практическое значение, поскольку БА и СД требуют, как известно, разного лечения, профилактики и форм организации помощи, а ошибки в диагностике оказывают существенное негативное влияние на ход болезни и жизненную ситуацию как у многих тысяч пациентов, так и у их близких.

Более подробный анализ положения дел в этой области приводился нами ранее в цикле публикаций [8–11].

В отношении еще одной группы обсуждаемых здесь форм психической патологии – тревожных, невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (раздел F4 МКБ-10) – провести сравнение данных об их распространенности и частоте использования диагнозов в разных странах было бы весьма затруднительно из-за наличия существенных различий в выделяемых категориях невротических расстройств и в их диагностических критериях, используемых в МКБ-10 в сравнении с DSM-IV, DSM-IV-TR и DSM-5, а также наличия огромного числа исторических, культуральных, социальных и прочих особенностей. (Наглядный пример – посттравматическое стрессовое расстройство, которое в США является 3-й по частоте формой психической патологии, тогда как в странах ЕС находится лишь в середине 2-й десятки.)

Можно лишь с определенностью утверждать, что распространенность этой патологии в странах Запада оценивается существенно выше, чем на отечественном

материале, и что в последние десятилетия эти показатели в странах Запада имеют явную тенденцию к росту. Так, если в фундаментальном отечественном руководстве 1988 г. распространенность неврозов в целом расценивалась примерно в 2–2,5% популяции [12], то в руководстве Г. Каплана и Б. Сэдока 1996 г. – уже в среднем более чем в 15–16% (в том числе обсессивно-компульсивное расстройство – 2%, генерализованное тревожное расстройство – 3–8%, посттравматическое стрессовое расстройство – 1–3% населения) [13]. Обращает на себя внимание также и то, что данные о заболеваемости расстройствами этой группы и их распространенности в разных странах часто значительно (иногда на порядок) отличаются.

Поэтому в данном разделе мы ограничились сравнением динамики показателей заболеваемости (т. е. числа новых выявленных случаев этой патологии) за последние (2015–2020) годы в отечественной практике в целом по стране, Минске и 3 областях [6, 7]. Результаты приведены в табл. 2.

Общая закономерность, таким образом, вполне очевидна – как в целом по стране, так и в отдельных регионах (кроме Минска) за прошедшие годы выявляемость невротических и связанных со стрессом расстройств не только не выросла, но даже несколько снизилась.

К сожалению, имеющиеся статистические данные не дали нам возможности оценить заболеваемость и частоту использования специалистами диагнозов по отдельным формам патологии раздела F4 за последние годы, поэтому мы можем ограничиться лишь собственным лечебно-консультативным опытом и субъективными впечатлениями. На наш взгляд, из категорий МКБ-10 лучше всего прижились в практике отечественных психиатров и существенно чаще стали использоваться прежде всего диагнозы панического расстройства, смешанного тревожно-депрессивного и генерализованного тревожного расстройства; в несколько меньшей степени – диагнозы агорафобии без панических приступов, обсессивно-компульсивного расстройства, хронического соматоформного болевого расстройства и адаптационных нарушений. В числе неоправданно редко, на наш взгляд, используемых были и продолжают оставаться диагнозы диссоциативных (конверсионных) расстройств, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и синдрома дереализации – деперсонализации.

Вполне очевидно, что одной из основных причин такого распределения является небольшой удельный вес психиатров и психотерапевтов, работающих

Таблица 2
Заболеваемость невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами в Республике Беларусь в 2015–2020 гг. (количество случаев)

Table 2
Morbidity of neurotic, stress-related and somatoform disorders in the Republic of Belarus in 2015–2020 (number of cases)

Территория	Год					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Республика Беларусь	84 637	81 901	75 869	70 802	67 798	64 875
Минск	10 309	10 485	10 116	10 632	10 371	11 094
Брестская область	14 597	12 194	10 698	9334	9433	9097
Витебская область	12 240	11 204	11 236	10 437	9379	8702
Минская область	11 218	11 303	10 472	10 264	10 050	10 094

в общемедицинской сети, первичном здравоохранении и соматических стационарах, куда обращается и где концентрируется основная часть пациентов с этими формами психической патологии. Исправление данной ситуации важно уже потому, что пациенты с такими формами психических расстройств в случаях отсутствия верного диагноза на ранних этапах по понятным причинам требуют гораздо больше временных, экономических и физических затрат от медицинского персонала, чем «обычные» соматические пациенты.

Наконец, к числу психических расстройств, взгляды на распространенность и социально-экономическое значение которых радикально изменились в мире за последние несколько десятилетий, а интерес к которым в обществе резко вырос, относятся формы патологии, начинающиеся в детском возрасте, – расстройства аутистического спектра (РАС). В отношении именно этих форм психической патологии в наибольшей степени, чем, пожалуй, в отношении всех остальных, ярче всего проявили себя 2 обсуждаемые здесь тенденции – резкие различия в оценке распространенности в разных странах мира, а также стремительный общий рост этих показателей в последние 2 десятилетия.

Еще в 1970–1980-х гг. эти заболевания расценивались как сравнительно редкие: так, распространенность синдрома Каннера – от 0,06 до 0,17 на 1000 детского населения, иными словами – примерно у 1 на 10 тыс. детей [13]. По данным середины 1990-х гг., уровень заболеваемости аутистическими расстройствами составлял уже 4 случая на 10 тыс. человек – т. е. у 1 на 2,5 тыс. жителей [14]. Сегодня же общепризнанным, в том числе и по мнению ВОЗ, является тот факт, что в мировом масштабе аутизм наблюдается уже у каждого сотого ребенка и что РАС являются причиной примерно четверти случаев ментальной инвалидности в детском возрасте.

Оценки распространенности этой патологии в разных странах быстро меняются [15]. За последние годы РАС в мире страдали примерно 75 млн человек – т. е. около 1% населения Земли. Число этих пациентов в США превысило 5 млн, в Германии – 500 тыс., что составляет 0,62% от общей численности населения, во Франции – около 700 тыс., или 1% населения, в Великобритании – 1,1% взрослого населения. В России число детей с аутизмом до 14-летнего возраста выросло с 29 тыс. в 2018 г. до 50 тыс. в 2022 г.

К числу причин происходящих изменений во взглядах относится, по всей вероятности, рост полноты его диагностики, обусловленный в свою очередь ростом осведомленности медицинских работников, в том числе педиатрического профиля, доступностью и совершенствованием инструментов скрининга и диагностики, а также увеличением степени осведомленности в этой области населения в целом.

По отечественным данным, за прошедшие 5 лет (2018–2022 гг.) количество детей с РАС в Республике Беларусь увеличилось в 2,4 раза – к 2022 г. под наблюдением психиатров состояли уже 2770 детей с РАС. Однако с учетом того, что численность детского населения в стране к 2022 г. составляла 1847,7 тыс., а распространенность этой патологии оценивается ВОЗ как 1 случай на 100 детей, число лиц, страдающих РАС, должно составлять в нашей стране более 18,4 тыс. случаев.

Имеющиеся сведения о заболеваемости РАС населения Беларуси в 2016–2020 гг. приведены в табл. 3.

Таким образом, заболеваемость РАС по стране за эти годы почти повсеместно удвоилась, и частота использования таких диагнозов отечественными специалистами

Таблица 3

Заболееваемость расстройствами аутистического спектра в Республике Беларусь в 2016–2020 гг. (количество случаев) [6, 7]

Table 3

Morbidity of autism spectrum disorders in the Republic of Belarus in 2016–2020 (number of cases) [6, 7]

Территория	Год				
	2016	2017	2018	2019	2020
Республика Беларусь	1118	1366	1624	1821	2151
Минск	315	411	511	583	700
Брестская область	155	182	240	296	355
Витебская область	105	169	166	106	71
Минская область	147	150	172	257	347

существенно выросла. Отметим, что в белорусских цифрах отражается и общемировая тенденция: РАС более распространены в крупных городах и особенно в столицах государств, а их диагностика с каждым годом быстро растет. Обращает на себя внимание тот факт, что оценка распространенности РАС в Беларуси уже укладывается в нижние границы среднемировых показателей.

Необходимо отметить, что эта проблема в Республике Беларусь по своей социальной значимости в последние годы вышла за рамки системы здравоохранения и все чаще рассматривается на высшем государственном уровне. Так, в феврале 2023 г. под руководством Председателя Совета Республики Национального собрания Н.И. Кочановой с участием министров здравоохранения, труда и социальной защиты, образования и других должностных лиц прошло заседание консультативного совета при Совете Республики по проблеме социальной адаптации и интеграции детей с такими нарушениями, где были обсуждены вопросы раннего выявления этой патологии, финансирования и организации системы помощи, инклюзивного образования, обучения кадров, оказания помощи семьям и др. Состоялся обмен мнениями с родителями, которые воспитывают детей с РАС.

Тема реабилитации и социальной адаптации детей с РАС обсуждалась также в верхней палате белорусского парламента в июле 2022 г. с участием представителей медицинских учреждений, общественных организаций, научного сообщества и практических врачей.

В то же время необходимо обратить внимание на тот факт, что первичная заболеваемость РАС в возрасте от 18 лет и старше в отечественной практике как носила, так и продолжает носить характер казуистически редкий – т. е. РАС у взрослых первично по существу не диагностируются [6, 7]. Первичная заболеваемость РАС у подростков 15–17 лет также казуистически редка (1–5 человек в год), хотя именно на этот возраст нередко приходится первичное обращение к психиатру лиц с высокофункциональным вариантом РАС – чаще всего из-за развившегося вследствие растущих требований среды коморбидного тревожного расстройства или депрессии. В этих случаях РАС часто остаются незамеченными и не попадают в статистику.

Традиционно девочки-подростки с краевым фенотипом РАС и высоким интеллектом еще реже, чем мальчики, получают базовый диагноз РАС – в то время как коморбидные расстройства намного чаще бывают замечены. Это связано с низкой информированностью врачей о гендерных особенностях протекания РАС, лучшей

способности к маскировке своих поведенческих особенностей и следованию социальным правилам, а также менее разрушительным формам поведения у девочек.

Следствием этого является явно недостаточная степень инклюзии, начиная уже со средней школы, что снижает способность к самостоятельной взрослой жизни, а также, по существу, полное отсутствие форм помощи для взрослых с РАС. В таких условиях нередко семьи молодых взрослых с РАС, не способных трудоустроиться и жить автономно, настойчиво просят об установлении другого диагноза, позволяющего получить группу инвалидности. В результате молодые люди, у которых в детстве было диагностировано РАС с низким функционированием, получают во взрослом возрасте иной диагноз (часто – шизофрения с началом в детском возрасте, шизотипическое расстройство, иногда – органическое поражение ЦНС, умственная отсталость), а молодые взрослые с лучшим функционированием самостоятельно выстраивают стратегии социальной адаптации. Если они и получают лечение, то по поводу коморбидных расстройств без учета базового РАС. К сожалению, в итоге такие взрослые люди с РАС вообще не видны статистике.

Здесь важно отметить, что, согласно критериям МКБ-10, проявления аутизма, хоть и должны отмечаться в первые годы жизни, далее могут диагностироваться во всех возрастных группах – иными словами, диагноз РАС не имеет возрастных ограничений, и поэтому при наличии характерной клинической картины возраст пациента не является основанием для смены диагнозов РАС на какие-либо другие формы психической патологии. (Отметим, что в России еще в 2016 г. приказом Росстата от 30.06.2016 № 459 детский аутизм был внесен в реестр диагнозов, используемых у взрослых.) Ситуация с отсутствием рекомендаций, служб, а также опыта оказания помощи взрослым пациентам с РАС тем более нуждается в исправлении еще и потому, что определенная часть этих лиц может достигать достаточного, а иногда и высокого уровня социальной и профессиональной адаптации, жить полноценной и продуктивной жизнью [16].

Наконец, нам было интересно проследить, как часто в практической работе отечественными психиатрами в последние годы используются диагнозы главы XXI МКБ-10 (Z00–Z99) – «Факторы, влияющие на состояние здоровья, и контракты со службами здравоохранения». Этот интерес был обусловлен тем, что частота их использования в известной степени отражает степень развитости мультидисциплинарных (бригадных) форм психиатрической помощи, а также степень участия в ее оказании представителей ряда смежных специальностей: педагогов, социальных работников, семейных и школьных психологов, органов опеки, специалистов в области реабилитации и др.

Данные по стране в целом в статистических отчетах нами обнаружены не были, как и литературные данные из других стран. Имеются сведения относительно самого крупного в стране психиатрического стационара – Республиканского научно-практического центра психического здоровья (Минск), которые приведены в табл. 4.

Таким образом, удельный вес случаев с использованием в диагнозе дополнительных Z-кодов все еще весьма невелик, хоть и обнаруживает в последние годы явную тенденцию к росту. Нет сомнений в том, что если бы число смежных специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи: психологов, социальных работников, терапевтов, педагогов и др., – увеличилось, то возросла бы и частота учета дополнительных факторов, существенно влияющих на результаты лечения, что

Таблица 4
Количество случаев использования диагнозов главы XXI МКБ-10 (Z-кодов) у пациентов
Республиканского научно-практического центра психического здоровья (Минск) в 2015–2022 гг.
Table 4
The number of cases of using the diagnoses of Chapter XXI of ICD-10 (Z-codes) in patients of the
Republican Scientific and Practical Center for Mental Health (Minsk) in 2015–2022

Параметры	Год			
	2015	2018	2020	2022
Общее количество пролеченных пациентов	18 926	18 534	15 602	15 574
Количество случаев использования Z-кодов	919	993	1398	1324
Процент от общего количества пролеченных пациентов	4,86	5,36	8,96	8,58

существенно повысило бы его эффективность, как и уровень социальной адаптации пациентов.

Нам не удалось обнаружить данные о частоте использования отечественными психиатрами в последние годы диагноза *нон-комплаенса* (Z91.1 – «Невыполнение медицинских рекомендаций и несоблюдение схемы и режима лечения в личном анамнезе»), частота которого на практике очень высока. Например, при шизофрении *нон-комплаенс* отмечается у 45–60%, и именно это является одной из самых частых причин рецидивов [17]. На наш взгляд, учету и регистрации этого показателя в повседневной практике должно уделяться постоянное внимание, поскольку его влияние на результаты лечения при целом ряде психических расстройств с хроническим течением весьма и весьма велико.

■ **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Материалы, приведенные в наших настоящем и предыдущем сообщениях [17], могут быть сведены к следующему.

1. Оценка уровня заболеваемости и частота использования диагнозов ряда важных в социально-экономическом плане форм психических расстройств в отечественной практике до настоящего времени все еще существенно отличаются от общемировых. Это касается:
 - завышенной частоты использования диагнозов шизофрении и явно заниженной частоты использования диагнозов аффективных расстройств – депрессивных эпизодов, монополярной депрессии и биполярного аффективного расстройства, дистимии и циклотимии;
 - явно заниженной частоты использования диагнозов деменции при болезни Альцгеймера и неоправданно высокой – диагнозов сосудистой деменции;
 - низкой частоты использования диагнозов группы тревожных, невротических и связанных со стрессом расстройств в целом;
 - заниженной частоты использования диагнозов из группы расстройств аутистического спектра и почти полного отсутствия таковых у взрослых пациентов.

Причины таких различий весьма многообразны. Вероятно, определенную роль при этом играют отличия в используемых психиатрами классификациях (с одной стороны МКБ-10, с другой – DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR, DSM-5) и применяемых в них диагностических критериях. К числу основных причин таких отличий также

относятся, по всей вероятности, сила традиций, сформировавшиеся ранее взгляды психиатров, особенности системы организации помощи; определенную роль при этом играет также информированность населения, отношение к тем или иным формам патологии в обществе, включая стереотипы массового сознания.

Необходимо отметить, что ряд этих показателей в отечественном материале в последние годы обнаруживают тенденцию к «нормализации» и приближению к мировым данным; этот процесс, однако, на наш взгляд, нуждается в ускорении.

2. Изменение ситуации необходимо не просто для того, чтобы соответствовать современным мировым тенденциям в диагностике. Это позволит уменьшить тяжесть негативных социально-экономических последствий целого ряда психических расстройств и их нагрузку на учреждения системы здравоохранения, а именно:
 - для аффективных расстройств – уменьшить длительность нетрудоспособности, инвалидизации, частоту госпитализаций, а также снизить уровень суицидов в населении;
 - для пациентов с альцгеймеровской деменцией – начинать лечение на ранних стадиях, чем существенно повысить его эффективность, увеличить продолжительность более-менее полноценной жизни пациента, уменьшить нагрузку на семью и учреждения системы социального обеспечения;
 - для тревожных и невротических расстройств – уменьшить нагрузку на общемедицинскую сеть и учреждения первичного здравоохранения, куда эти пациенты часто обращаются, уменьшить число необоснованных вызовов службы скорой помощи (характерный пример – у пациентов с паническим расстройством), уменьшить число неоправданных госпитализаций в общесоматические стационары;
 - для расстройств аутистического спектра – уменьшить нагрузку на семьи, снизить уровень инвалидности, расширить возможности обучения, достижения социальной и профессиональной адаптации для значительной части таких пациентов.
3. Наконец, отмеченные выше изменения ситуации в области диагностики будут способствовать изменению повседневной лечебной практики и форм организации психиатрической и психотерапевтической помощи, характерных для последних десятилетий – таким, в частности, как:
 - расширение объема и спектра использования в практике современных антидепрессантов, а также увеличение широты их применения в общемедицинской сети;
 - увеличение использования в практике препаратов-нормотимиков с определением уровня их концентрации в крови в ходе противорецидивного лечения;
 - расширение объема использования препаратов с доказанной эффективностью при лечении болезни Альцгеймера – ингибиторов ацетилхолинэстеразы и мемантина;
 - увеличение удельного веса психиатров и психотерапевтов, работающих в общемедицинской сети и первичном здравоохранении, что особенно важно для пациентов с тревожными и связанными со стрессом расстройствами;
 - создание и расширение новых форм помощи – таких как дневные стационары для пациентов с ранними стадиями деменции, реабилитационные центры и коррекционные классы, инклюзивное образование в массовых школах для детей с РАС, образовательные курсы для их родителей и др.

4. Исторический опыт наглядно показывает, что если то или иное заболевание расценивается в данный период как относительно редкое и при этом нет каких-либо дополнительных обстоятельств, подогревающих к нему общественный интерес, то ожидать значительных перемен и бюджетных вложений со стороны государства в эту область вряд ли приходится – и наоборот. Практический вывод из этого вполне очевиден, и он подтверждается широким мировым опытом: быстрые позитивные сдвиги в поисках методов лечения, форм организации помощи, подготовке кадров, информированности населения и т. д. происходят только тогда, когда очевидной становится высокая распространенность и социально-экономическая значимость тех или иных форм психической патологии, и эти диагнозы с достаточной частотой начинают использоваться в широкой врачебной практике. Именно благодаря этому, т. е. демонстрации обществу и государству высокой распространенности и социально-экономической важности ряда психических расстройств (в том числе перечисленных выше), психиатрия в течение последних 5–7 десятилетий во многих странах смогла подняться в иерархии медицинских специальностей по своей значимости и объемам финансовых вложений с самых нижних позиций до вхождения в первую ее десятку. Поэтому расширение отечественными специалистами диапазона используемых в практике диагнозов и приведение его в соответствие с современными тенденциями и показателями прямо соответствует как нашим профессиональным интересам, так и сегодняшним социальным запросам.

Вполне очевидно, что осознание высокой распространенности в населении и социально-экономической важности ряда форм психической патологии, как и широкое использование таких диагнозов в повседневной работе специалистов будут и далее ускорять эти процессы.

Надеемся, что данная публикация может этому способствовать.

■ ЛИТЕРАТУРА /REFERENCES

1. Morozov G.V. (ed.) (1988) *A guide to psychiatry*. In 2 vols. Vol. 1. M.: Medicine.
2. Alzheimer's Association, 2008. Alzheimer's Disease: Facts and Figures. *Alzheimer's & Dementia*. 2008;4:110–133.
3. Fraser M., Snyder E.H. The economic benefits of delaying progression in Alzheimer's disease using cholesterol inhibitors. *Clin. Geriatrics*. 2000;8(2):1–11.
4. Levin O.S. (2010) *Diagnosis and treatment of dementia in clinical practice*. Moscow: MEDpress-inform.
5. Ministry of Health of the Republic of Belarus, Republican Scientific and Practical Center for Mental Health; Startsev A.I., et al. (comp.) (2018) *Psychiatric care for the population of the Republic of Belarus (2015–2017): inform.-statistical collection*. Minsk: Professional publications.
6. Ministry of Health of the Republic of Belarus, Republican Scientific and Practical Center for Mental Health; Korotkevich T.V., et al. (comp.) (2021) *Psychiatric care for the population of the Republic of Belarus in 2018–2020: inform.-statistical collection*. Minsk, Kolograd.
7. Lobo A., Launer L., Fratiglioni L., et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe. *Neurology*. 2000;4(S5):4–9.
8. Evsegneev R.A. Alzheimer's disease and other elderly dementias: are there any changes for the better? *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2011;1(3):57–66.
9. Evsegneev R.A. Alzheimer's disease: progress of the last decade. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2014;3(17):92–97.
10. Evsegneev R.A. Alzheimer's disease: how the situation in the Republic of Belarus has changed over the last decade. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2021;12(2):281–290.
11. Evsegneev R.A. Alzheimer's disease – detection and treatment in the Republic of Belarus: are changes continuing for the better? *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2023;14(2):177–185.
12. Morozov G.V. (ed.) (1988) *A guide to psychiatry*. In 2 vols. Vol. 2. M.: Medicine.
13. Dmitrieva T.B. (Chief editor) (1998) *Clinical psychiatry*. Moscow: GEOTAR MEDICINE.
14. Kaplan H.I., Sadock B.J. *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
15. Zeidan J., et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*. 2022 May;15(5):778–790. doi: 10.1002/aur.2696
16. Evsegneeva E.R., Evsegneev R.A. Comparison of interventions for autism spectrum disorders recommended by clinical protocols from different countries and their impact on daily medical practice. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2024;15(3):326–334.
17. Minutko V.L. (2009) *Schizophrenia*. Kursk: IPP "Kursk".
18. Evsegneev R.A., Osipchik S.I. Diagnoses of mental and behavioral disorders, too often and too rarely used by Russian psychiatrists. Message 1. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2025;16(1):77–89.