



Евсегнеев Р.А.

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

Болезнь Альцгеймера: что изменилось за последние десятилетия и как это повлияло на развитие психиатрической науки и практики

Конфликт интересов: не заявлен.

Финансирование: автор заявляет об отсутствии внешнего финансирования при написании статьи.

Подана: 09.10.2025

Принята: 28.11.2025

Контакты: roman.evsegneev@mail.ru

Резюме

В статье обсуждаются перемены и достижения в области исследования различных аспектов болезни Альцгеймера за последние несколько десятилетий: ее распространенности в населении, социально-экономического бремени, диагностических границ, возможностей фармакотерапии, форм организации помощи, а также изменений в общественном сознании относительно этого заболевания. Поднимается также вопрос о том, как эти изменения повлияли и будут влиять далее на развитие психиатрической науки и практики в целом.

Ключевые слова: болезнь Альцгеймера, распространенность, социально-экономический груз, диагностика, фармакотерапия, организация помощи, влияние на развитие психиатрии

Evsegneev R.

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

Alzheimer's Disease: What Has Altered During Recent Decades and How this Has Influenced the Development of Psychiatric Science and Practice

Conflict of interest: nothing to declare.

Funding: the author states that there is no external funding for the study.

Submitted: 09.10.2025

Accepted: 28.11.2025

Contacts: roman.evsegneev@mail.ru

Abstract

The article discusses the changes and advances in the various aspects of Alzheimer's disease over the past few decades – its prevalence, socio-economic importance and burden, diagnostic boundaries, pharmacotherapy, forms of care, as well as the public

consciousness regarding this disorder. The questions of how these changes have influenced and will continue to influence the development of psychiatric science and practice as a whole are also discussed.

Keywords: Alzheimer's disease, prevalence, socio-economic burden, diagnosis, pharmacotherapy, care and treatment system, impact on the development of today psychiatry

■ ВВЕДЕНИЕ. ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящей работе автор поставил перед собой две основные цели. Первая из них – показать, обсудить и проанализировать изменения во взглядах и результаты, достигнутые за последние десятилетия в области исследования различных аспектов деменции при болезни Альцгеймера (БА), включая данные о ее распространенности в населении, социально-экономических последствиях, диагностических границах, биологических причинах и механизмах, возможностях и методах лечения, формах организации помощи и др. Интересно было также проследить, как именно и в каком объеме эти изменения, свидетелем и участником которых автор является на протяжении уже 50 лет, отразились на отечественной практике.

Второй, более широкой, задачей было обсуждение вопроса о том, как именно, с помощью каких механизмов изменения взглядов в отношении альцгеймеровской деменции повлияли на те радикальные перемены, которые произошли за последние полвека в психиатрии в целом, а именно во мнениях о распространенности, социальной роли и экономических последствиях психических расстройств, возможностях их лечения, месте психиатрии в иерархии медицинских дисциплин, в сдвигах в общественном сознании относительно роли психического здоровья в современном мире. Любопытно также будет сравнить ход прогресса, достигнутого в области понимания альцгеймеровской деменции, с положением дел в сфере других распространенных форм психической патологии.

Необходимо отметить, что в наши цели никоим образом не входило написание очередного обзора по проблеме БА – литература об этом и так весьма и весьма обширна. Эта форма психической патологии была выбрана нами в первую очередь потому, что может служить, на наш взгляд, яркой и наглядной иллюстрацией позитивных сдвигов и реформ, которые происходят в психиатрии в целом за последние десятилетия, а также лежащих в их основе механизмов. Понимание, изучение и целенаправленное использование этих механизмов будет и далее способствовать как прогрессу нашей специальности, так и росту ее роли в иерархии медицинских дисциплин.

Далее обсудим сказанное на конкретных фактах и примерах.

■ ДАННЫЕ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Как известно, заболевание, о котором далее пойдет речь, было впервые выделено в 1907 г., когда немецкий психиатр и морфолог Алоиз Альцгеймер описал случай необычайно раннего развития сенильной деменции у 50-летней женщины и при последующей аутопсии выявил его характерные морфологические особенности. Случай этот казался тогда настолько единичным и уникальным, что история сохранила

даже имя и фото этой пациентки – Аугусты Детер (в истории психиатрии нам вряд ли удастся найти такую аналогию для какой-либо другой формы психической патологии). В 1910 г. Э. Крепелин высказал мнение о том, что это заболевание следует считать отдельной, хоть и очень редкой, нозологической формой, и предложил назвать его болезнью Альцгеймера, что и было сделано.

Дальнейшие события также широко известны: вплоть до 1960-х гг. к БА относили лишь случаи деменции с началом в пресенильном возрасте, и поэтому это заболевание считалось по-прежнему экзотически редким – достаточно сказать, что в исследованиях 1950–1970-х гг. на долю БА отводилось не более 5–10% от всех случаев деменций позднего возраста [1, 2]. В отечественной практике такая ситуация сохранялась еще дольше: так, в наиболее подробном и авторитетном в СССР руководстве по психиатрии 1988 г., составленном с участием ряда ведущих специалистов стран Восточной Европы, заболеваемость населения БА и болезнью Пика, относимыми в группу пресенильных деменций, определялась одинаковой величиной в 0,1% [1]. Неслучайно в учебниках по психиатрии 1960–1970-х гг. рассматривался ход проведения дифференциальной диагностики между этими двумя заболеваниями – болезнью Пика и БА, что для психиатров сегодняшнего дня выглядит чем-то весьма необычным, учитывая установленный факт огромной разницы в уровне их распространенности в населении.

Об эпидемиологических исследованиях, оценке социально-экономических последствий, организации помощи, а тем более возможностях профилактики речь тогда еще не шла. Отмечалось только, что сколь-либо эффективных средств лечения БА не существует и говорить можно лишь о симптоматическом лечении сопутствующих расстройств – психотических эпизодов, нарушений сна и др. [1].

Взгляды на альцгеймеровскую деменцию начали постепенно меняться с 1970–1980-х гг., а за последние 30 лет изменились уже радикальным образом – прежде всего благодаря данным ряда эпидемиологических исследований, а также прогрессу в области базовых биологических исследований (нейроморфологии и др.), при которых было установлено, что БА и сенильная деменция представляют собой одно и то же заболевание.

При этом было обнаружено и является сегодня общепризнанным, что [2–7]:

- деменция альцгеймеровского типа – самая частая форма деменции у пожилых, и на нее приходится уже не 5–10%, как считалось ранее, а 55–60% (по мнению ВОЗ, даже 60–70%) случаев деменции в пожилом возрасте, распространенность заболевания среди лиц в возрасте 60 лет и старше составляет 5% для мужчин и 6% для женщин, а для лиц в возрасте старше 85 лет – 30%;
- по результатам метаанализа 11 европейских популяционных исследований за 2000 г. распространенность деменции в странах Европы среди лиц в возрасте 65+ составляла в среднем 6,4%, в том числе БА – 4,4% [3];
- БА – это не какое-то, как считалось ранее, экзотически редкое заболевание, а «эпидемия XXI века», поскольку является одной из самых частых и важных среди всех болезней современного человека в социально-экономическом плане. При этом число этих пациентов в населении неуклонно растет: так, их количество в мире к 2010 г. составляло 12–13 млн, к 2020 г. – 21–22 млн, к 2040 г. достигнет уже 41–42 млн;
- по мнению ВОЗ, в 2025 г. в мире живет 35 млн людей, страдающих БА;

- в населении США к 1990 г. этот показатель составил от 3 до 4 млн, в 2007 г. – около 5 млн, в 2020 г. – 6 млн, а к 2047 г. достигнет цифры, по всей вероятности, от 8 до 9 млн; данный диагноз ставится в США каждую 71-ю секунду. Число этих пациентов в Европе к 2004 г. составило 7 млн, а к 2050 г. достигнет уже 16 млн; рост будет наверняка продолжаться и далее уже хотя бы в силу увеличения удельного веса пожилых людей в населении;
- экстраполируя, в частности, на РФ показатели распространенности БА в населении стран Европы, есть все основания считать, что там к 2010 г. проживало уже более 1 млн этих пациентов [2];
- оказалось, что для человека, достигшего 65-летнего возраста, риск заболеть альцгеймеровской деменцией почти такой же, что и перенести инфаркт миокарда.

На наш взгляд, перечисленные выше радикальные изменения мнений в отношении БА оказали явное влияние и на пересмотр взглядов на распространенность в населении и социально-экономические последствия также целого ряда других форм психической патологии – прежде всего расстройств настроения, тревожных, невротических и связанных со стрессом нарушений, расстройств пищевого поведения, нарушений сна и других, как и психических расстройств в населении в целом. Достаточно лишь отметить, что к 2019 г. каждый 8-й житель на планете – т. е. в общей сложности 970 млн человек – страдал теми или иными психическими расстройствами и что, согласно данным группы исследователей Института психического здоровья в Ноттингеме, Англия, к 2013 г. удельный вес таких лиц в течение одного года в странах ЕС составил уже 38,2% населения, или 164,8 млн жителей [8].

Вполне очевидно, что сравнение данных о распространенности тех или иных форм психической патологии в разные периоды времени ввиду целого ряда причин (различия используемых при этом классификаций, диагностических критериев и границ, национальных традиций и школ и т. д.) не будет отличаться точностью и единообразием, однако и здесь рост показателей окажется весьма значительным. Например, если в 1960-х гг. распространенность психических расстройств в населении в целом оценивалась в 2–3%, то в 2001 г. – в 10% взрослого населения, а в последние годы – уже в 12–15%. При этом распространенность расстройств настроения (ранее – маниакально-депрессивного психоза) в населении 15 экономически развитых стран максимально составляла: к 1929 г. – 0,24%, к 1955 г. – 0,29% и к 1965 г. – 0,39%. К концу 1980-х гг. этот показатель оценивался уже в 0,5–0,8% населения [1], а согласно докладу ВОЗ «О состоянии здравоохранения в мире» 2001 г., распространенность монополярной депрессии оценивалась уже в 1,9% для мужчин и 3,2% женщин, при этом оказалось, что депрессивные расстройства в течение года испытывают 5,8% мужчин и 9,5% женщин [7]. К 2001 г. депрессией в мире в целом страдал 121 млн жителей.

Таким образом, эволюция взглядов на распространенность в населении как психических расстройств в целом, так и ряда их отдельных форм в сторону их многократного (иногда на порядок) роста в последние 40–50 лет полностью повторяет ситуацию с БА. Одна из основных причин этого вполне очевидна – неуклонное повышение уровня требований к состоянию психического здоровья жителей (для БА, в частности, к состоянию когнитивной сферы), особенно в населении экономически развитых стран, где чаще всего и проводятся такие эпидемиологические исследования.

■ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

Еще одной важнейшей (вероятно, самой главной) причиной явного роста приоритетности психиатрии среди других медицинских дисциплин, как и охраны психического здоровья в целом, в последние десятилетия стало осознание всей тяжести экономического ущерба, наносимого бюджету государства психическими расстройствами, в частности альцгеймеровской деменцией. В силу множества причин именно БА, наряду с депрессией, оказалась в числе тех первых заболеваний, которые заставили обратить внимание на огромную социально-экономическую роль психических расстройств в жизни современного общества.

Изменения здесь оказались столь же радикальными: если вплоть до 1960–1970-х гг. тема экономического груза БА в литературе вообще не упоминалась, в 1980-х гг. только начала изучаться, то к 2000–2010 гг. оказалось, что экономические потери от этого заболевания поистине огромны – а именно [2, 5, 6]:

- ежегодные прямые и косвенные затраты в мире, связанные с БА, достигают 100 млрд долларов;
- в США по расходам из бюджета БА вышла на 3-е место среди всех болезней – прямые и общие расходы в связи с этой болезнью за 2000 г. определялись на уровне 536 млн долларов и 1,75 млрд долларов соответственно;
- содержание одного такого пациента в США обходилось в 155 тыс. долларов в год;
- БА занимает 2–3-е место по величине расходов на медицинскую и социальную помощь среди всех неврологических и психических расстройств;
- БА занимает 4-е место в списке причин смерти, хотя сама по себе редко служит ее непосредственной причиной;
- в Европе к 2030 г. экономические затраты на деменцию составят более 250 млрд евро, причем более 50% этой суммы – на неформальный (в частности, семейный) уход.

Вполне очевидно, что столь тяжелые экономические потери от БА обусловлены хроническим и неуклонно прогрессирующим характером течения болезни, необходимостью постоянного участия трудоспособных членов семьи пациента в помощи ему и уходе за ним, а также ощущением на себе ярма стигматизации – особенно при недостаточном развитии специализированных форм помощи. При этом следует отметить, что вопрос о бремени для членов семьи пациента, страдающего тем или иным психическим заболеванием, до 1980-х гг. был мало изучен, и именно БА оказалась той формой патологии, которая дала стимул таким исследованиям.

Оценка экономического груза БА сопровождалась в ряде стран оживлением интереса к стоимостному анализу и оценке бремени ряда других распространенных психических заболеваний: депрессии и биполярного расстройства, шизофрении, зависимостей от психоактивных веществ и других, а также к экономическому анализу работы служб психического здоровья в целом. Эти показатели для многих стран оказались столь высоки, что повлекли за собой смены приоритетов в финансировании психиатрической помощи (которое вплоть до 1960–1970-х гг. осуществлялось, как правило, по остаточному принципу) и разных ее составляющих [6–9].

Так, оказалось, что по своему экономическому грузу психические расстройства в странах ЕС занимают 2–3-е место среди всех заболеваний, уступая только сердечно-сосудистым и онкологическим, и на них приходится 19% потерь от всех болезней современного человека. Психические болезни в США в 1991 г. стоили бюджету

136,1 млрд долларов, и бремя их только в 1,5 раза уступало таковому при сердечно-сосудистой патологии, а совокупные ежегодные расходы составили огромную сумму – около 2,5% валового национального продукта. В Великобритании психическими расстройствами оказалось обусловлено 20% потерь рабочего времени, при этом лица с депрессией теряли больше рабочих дней, чем страдающие артериальной гипертензией или сахарным диабетом [6–9].

Именно поэтому политика ВОЗ последних двух десятилетий заключается в постоянном требовании о признании охраны психического здоровья в качестве приоритетной проблемы здравоохранения с соответствующими изменениями распределения финансовых потоков; в ряде стран психиатрия вошла уже в первую пятерку приоритетных медицинских специальностей. Как следствие этих изменений, финансирование служб психического здоровья в 1990–2000 гг. значительно выросло и в целом ряде стран достигло уже 10% от общего бюджета здравоохранения. В некоторых странах Европы эти показатели еще выше – так, расходы в связи с психическими расстройствами в Нидерландах в 1998 г. достигли 23,2% от общих расходов на здравоохранение [7], а конгресс США в 2013 г. утроил годовой бюджет на финансирование исследований в области альцгеймеровской деменции до 3,1 млрд долларов в 2019 г.

Таким образом, БА в последние десятилетия оказалась яркой иллюстрацией того, что некоторые формы психических расстройств по своим социально-экономическим последствиям требуют принятия мер, явно выходящих за рамки системы здравоохранения.

Осознание стоимости БА для бюджета и ее огромного экономического груза, наряду с грузом множества других форм психической патологии, способствует повышению уровня финансирования, росту приоритетности психиатрической службы в системе здравоохранения и иерархии медицинских специальностей. Нет сомнения в том, что оценка экономической тяжести БА, как и экономической целесообразности вложений в эту область, проведенная на отечественном материале, ускорила бы подобный процесс и в наших условиях.

■ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И ГРАНИЦЫ

И в этой области в отношении БА нетрудно обнаружить изменения, характерные для большинства других форм психической патологии, а именно расширение диагностических критериев и границ со включением все более легких и все менее отклоняющихся от нормы случаев. Так, если в литературе 1950–1960-х гг. диагноз БА предполагал только явные, очевидные случаи с картиной выраженной деменции, то в публикациях 1990–2010-х гг. описываются также ранние, начальные расстройства, в том числе предшествующее деменции умеренное когнитивное расстройство, а течение болезни разделено на стадии, начиная от самой ранней. Точно так же в 1970–1980-х гг. в практику было введено несколько более легких, пограничных с нормой ранних форм психической патологии, включенных затем в МКБ-10 – таких, как легкое когнитивное расстройство, употребление психоактивных веществ с вредными последствиями, дистимия, расстройства адаптации и др.

Причины и цели таких нововведений очевидны: расширение спектра нарушений, где возможно оказание помощи, и объема терапевтических возможностей, появление новых психотропных средств, необходимость начинать лечение на более

ранних этапах заболевания, что существенно уменьшает социально-экономические затраты, бремя для членов семьи пациента и общества в целом.

Когда БА относилась к патологии некурабельной, все это значения не имело, но когда появились первые надежды в лечении и первые лекарственные препараты с проверенной эффективностью, важность ранней диагностики и уточнения стадии заболевания существенно возросла.

■ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОГНОЗ, ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ, ПОИСК ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БА

В литературе 1930–1970-х гг. речи о лечении БА не идет – отмечается, что течение болезни злокачественное, прогноз всегда неблагоприятен, смерть наступает обычно через 3–6 лет с начала заболевания от случайных осложнений, а лечение является симптоматическим и направлено в основном на соматическую сферу пациента, обеспечение доступных ему видов занятости и ухода. Даже в наиболее авторитетном в то время отечественном руководстве по психиатрии 1988 г. [1] было отмечено, что эффективных средств терапии этого заболевания не существует, а лечение касается сопутствующих деменции заболеваний – в частности, сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Вместе с тем с 1980-х гг. во многих странах начался активный поиск препаратов для лечения альцгеймеровской деменции, хотя результаты пришли далеко не сразу, потребовали подробного изучения биологических механизмов болезни и перебора большого числа возможных «кандидатов» [10].

Научные исследования в области фармакотерапии БА ведутся в мире уже более 30 лет. Подробный анализ истории поиска таких лекарств, направленных на различные механизмы патологического процесса, приведен в известной монографии В. Leonard «Основы психофармакологии» (1997 г.) [10]. Автор, в частности, перечисляет список из 29 препаратов, которые использовались в лечении БА, но при этом не показали позитивного эффекта. В этот перечень вошли: ноотропы (пирацетам, прамирацетам и др.), церебральные вазодилататоры (папаверин, винкамин и др.), психостимуляторы (амфетамины, метилфенидат и др.), препараты, ускоряющие метаболизм (пиритинол и др.), нейропептиды (налоксон, вазопрессин и др.), препараты, улучшающие нейротрансмиссию (триптофан, холин, пилокарпин и др.), а также геровитал и метод гипербарической оксигенации. (Необходимо при этом заметить, что некоторые из числа перечисленных, а также иных препаратов с недоказанной эффективностью, в частности пирацетам, цитиколин, церебролизин, использовались ранее и применяются, хоть и в меньшем объеме, в лечении БА в отечественной практике вплоть до настоящего времени.)

Изучалась, но не была доказана эффективность в лечении БА также целого ряда других препаратов, в частности витаминов группы В, статинов, эстрогенов, нестероидных противовоспалительных средств, витамина Е и других антиоксидантов, экстракта *Ginkgo biloba*, обратимых ингибиторов моноаминоксидазы моклобемида и селегилина, альфа-липоевой кислоты, нисерголина, нимодипина, альфа-токоферола [2, 9].

Успех пришел только в середине 1990-х гг. с созданием и внедрением в практику ингибиторов холинэстеразы (ИХЭ), первым из которых стал такрин (зарегистрирован FDA США в 1993 г.). Прогресс продолжился созданием в следующее десятилетие



3 препаратов – обратимых ИХЭ 2-го поколения: донепезила (используется с 1997 г.), ривастигмина и галантамина, которые вытеснили такрин, поскольку были лишены 2 важных его недостатков – выраженной гепатотоксичности и короткого периода полувыведения.

Следующим успехом на этом пути стало создание и внедрение в практику в конце 1990-х – начале 2000-х гг. препарата с иным в сравнении с ИХЭ механизмом действия – селективного блокатора глутаматных NMDA-рецепторов мемантина.

Использование этих препаратов хоть и не дало возможности полностью остановить прогрессирование деменции, все же позволило улучшить перспективы у существенной части этих пациентов: добиться замедления темпа и в некоторых случаях даже регресса когнитивных и поведенческих нарушений, продлить на 1–2 года более-менее полноценное функционирование, уменьшить нагрузку на семью и обусловленные болезнью финансовые потери, отыграть у болезни несколько лет относительно полноценной жизни для пациента и его близких.

Ясно также и то, что эффект лечения тем благоприятнее, а социальные и экономические потери от болезни для семьи и государства тем меньше, чем на более раннем этапе заболевания (а еще лучше – на преддементной стадии, т. е. этапе умеренного когнитивного снижения) проведено обследование, поставлен диагноз и начато лечение [11]. Следует отметить важность ранней диагностики и в социально-экономическом плане – откладывание дебюта болезни на 5 лет через одно поколение позволило бы в 2 раза сократить его распространенность.

По всем этим причинам поиск новых препаратов для лечения БА продолжается, в него вкладываются огромные финансовые средства, и это постепенно приносит результаты. Так, в июне 2021 г. FDA США по ускоренной процедуре одобрила один из них – адуканумаб (торговое название aduhelm), который назначается на самых ранних этапах болезни и способен замедлить прогрессирование альцгеймеровской деменции. Он вводится в виде ежемесячных внутривенных инъекций и представляет собой рекомбинантное моноклональное антитело, которое разрушает амилоидные бляшки в головном мозге пациента, которые при БА, как известно, образуются между мозговыми клетками в аномально больших количествах, и тем самым замедляет прогрессирование болезни. Следует в то же время заметить, что одобрение его FDA вызвало дискуссию из-за недостаточной, на взгляд критиков, убедительности клинических исследований в плане замедления прогрессирования болезни, поскольку уменьшение объема амилоидных бляшек само по себе не является доказательством клинической эффективности. Еще одним недостатком препарата оказалось то, что на фоне уменьшения объема амилоидных бляшек примерно у трети пациентов наблюдался отек клеток головного мозга. В связи со всем этим компанией-производителем был дан срок в 9 лет с целью проведения дополнительного исследования для использования и оценки клинических критериев эффективности этого препарата [12]. Другим основанием для критики стала высокая цена препарата – стоимость годового курса терапии составляет 56 тыс. долларов (от себя заметим, что такая цена является еще одним косвенным подтверждением тяжести экономических потерь, обусловленных БА). В странах Европы адуканумаб пока не зарегистрирован.

Еще один новый препарат со сходным механизмом действия – леканемаб – был одобрен к использованию в 2023 г. как в США, так и в Европе. Препарат донанемаб, разработанный компанией Eli Lilly, уже показал свою эффективность (он способен

замедлять снижение когнитивных функций при БА на ранних стадиях примерно на 35%) и к 2023 г. находился на III фазе клинических испытаний. Ряд препаратов для лечения БА со сходным механизмом действия в настоящее время также находятся на стадии клинических испытаний.

Нет сомнений в том, что эти поиски будут продолжены по разным направлениям.

Таким образом, эволюция взглядов на лечебные возможности и поиск препаратов для лечения БА в целом повторили (хоть и с 30–40-летней задержкой по времени) ход роста возможностей фармакотерапии других форм психической патологии: депрессий, биполярного расстройства, шизофрении и др. От полного бессилия, терапевтического нигилизма и надежды на «силы природы» – к первым успехам, которые обуславливались либо случаем, либо опытом и наблюдательностью того или иного исследователя (как это было, например, при открытии трициклических антидепрессантов, когда в 1958 г. профессор R. Kuhn из Швейцарии заметил, что имипрамин, используемый тогда в лечении шизофрении, эффекта не дает, однако очевидно повышает настроение [13]), к прогрессу, связанному с успехами в изучении биологических механизмов заболевания, что вело далее уже к целенаправленному и успешному поиску лечебных средств и методов. История поиска препаратов для лечения БА интересна еще и потому, что является яркой иллюстрацией быстрого роста в последние три десятилетия интереса, уровня притязаний, а также размеров финансовых вложений в создание и проверку эффективности лекарственных препаратов для лечения психических расстройств.

Наконец, еще одной общей закономерностью, которую наглядно показывает БА, является развитие терапевтических возможностей и интересов по одному и тому же сценарию: на первых этапах истории до лечения доходят только самые тяжелые, запущенные случаи и стадии разных болезней (глубокие деменции, тяжелые и психотические депрессии, обострения либо глубокие дефекты при шизофрении и т. д.), затем относительно более ранние стадии и более легкие формы, и далее по мере увеличения терапевтических возможностей внимание врачей концентрируется на самых ранних, продромальных и даже доболезненных стадиях, что сегодня и характерно, в частности, для случаев альцгеймеровской деменции.

■ СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ

Реформирование системы организации помощи в отношении пациентов с БА, произошедшее в последние 3–4 десятилетия во многих странах мира, имело также отчетливые позитивные последствия и для многих других форм психической патологии, как и психиатрической помощи в целом.

Во-первых, это реформирование выразилось в выходе помощи за стены психиатрических стационаров (которыми на протяжении многих десятилетий психиатрическая помощь, по существу, и ограничивалась), приближением ее к населению и семье пациента, созданием и существенным расширением внестационарных и полустационарных форм помощи, особенно на ранних и средних этапах заболевания. К числу таких новых форм относятся: на ранних этапах – помощь мультидисциплинарных психогериатрических бригад по месту жительства, психологическое консультирование и обучение членов семьи пациента; на средних этапах – центры дневного пребывания (дневные стационары), стационары для кратковременного пребывания; на поздних этапах болезни – специализированные дома по уходу.

При этом роль традиционного психиатрического стационара ограничивается лечением иногда сопутствующих деменции психотических нарушений, депрессивных эпизодов, агрессии, грубых нарушений поведения и т. п.

Необходимо также отметить, что помощь семье и психосоциальное вмешательство на ранних этапах заболевания снижают, в свою очередь, опасность развития психических нарушений (депрессии, тревожных расстройств и др.) у членов семьи, которые осуществляют уход, а также позволяют отложить срок госпитализации пациента с деменцией.

Во-вторых, очевидным стал тот факт, что чем раньше начато лечение БА, тем больше его эффект и лучше отдаленные результаты. В то же время первым специалистом, к которому такие пациенты или их близкие обращаются за помощью, является часто врач другой специальности (обычно врач общей практики, терапевт или невролог). Все это значительно увеличило актуальность повышения уровня подготовки этих специалистов в распознавании и лечении БА – как, впрочем, и целого ряда других форм психической патологии. Во многих странах этому уделяется в последние десятилетия значительное внимание, вплоть до формирования мнения о том, что после постановки диагноза лечить пациента с БА стандартными препаратами в неосложненных случаях вполне может семейный врач. Важность подготовки медицинского персонала различных специальностей, который сможет выявлять заболевание на его ранних стадиях, подчеркивается также документами ВОЗ [14].

■ ИНТЕРЕС В ОБЩЕСТВЕ, СТЕПЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ, ИЗМЕНЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО СОЗНАНИЯ

Положение дел в этой области в мире за последние десятилетия изменилось коренным образом. Так, если в 1970–1980-х гг. эта проблема если и обсуждалась, то в очень небольшом объеме и в узкоспециальной литературе, общественного внимания не привлекала, а степень информированности о ней широких слоев населения была в целом близка к нулевой, то уже в 1990-х, а тем более 2000-х гг. ее актуальность резко возросла, она выдвинулась в общественном сознании и в СМИ в число самых обсуждаемых. Резко увеличился объем литературы о БА, рассчитанный на широкую читательскую аудиторию (автор статьи также предпринял такую попытку в 2006 г. [15]); выросло количество общественных организаций, в том числе международных, занимающихся этой проблемой, повысился уровень знаний о ней среди жителей разных стран – прежде всего экономически развитых с высоким удельным весом пожилых людей в населении. Проблема БА и возрастной деменции в целом стала все чаще и полнее отражаться в художественной литературе, журналистике, кинематографе.

В 1994 г. по инициативе организаций, занимающихся исследованиями этого заболевания, и при поддержке ВОЗ был учрежден Международный день распространения информации о болезни Альцгеймера, отмечаемый во многих странах ежегодно 21 сентября, целью которого является повышение осведомленности общества о БА, ее симптомах, факторах риска, помощи семьям, методах профилактики и лечения [14].

С этими событиями почти совпало по времени столь же значительное усиление общественного внимания к проблеме психического здоровья населения в целом: так, День психического здоровья (10 октября) отмечается в мире по инициативе

и при поддержке ВОЗ и Федерации психического здоровья с 1992 г. Это стало одним из наглядных проявлений того, что роль психического здоровья в современном мире и экономике неизмеримо выросла, поэтому его охрана в последние три десятилетия вошла в число приоритетных задач не только системы здравоохранения, но и всего государства.

Очевидным результатом этих усилий в последние десятилетия во многих странах стало повышение интереса широких слоев населения к проблеме психического здоровья, рост осведомленности в этой области, увеличение числа психиатров и психотерапевтов, а также удельного веса этих специалистов, работающих за пределами психиатрической службы в общей системе здравоохранения, существенный рост уровня потребления населением современных психотропных препаратов, прежде всего антидепрессантов, и препаратов для лечения БА. Изменения в общественном сознании выразились также в явном ослаблении стигматизации пациента и его близких в связи с тем или иным психическим заболеванием – сегодня эта тема во многих странах и социальных группах свободно обсуждается, а визит к психиатру уже не относится к числу тайн, которые следует ото всех скрывать.

Близость по времени, как и совпадение целей, задач и формулировок дают основания думать, что оба этих процесса – рост внимания к проблеме БА и заинтересованность в охране психического здоровья – в целом оказали и далее будут оказывать друг на друга взаимное влияние.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, за последние несколько десятилетий в ряде областей психиатрической науки и практики произошли значительные изменения, и альцгеймеровская деменция является, на наш взгляд, ярким и наглядным подтверждением и примером этого.

Радикальные изменения затронули взгляды на самые разные области этой патологии:

- на распространенность в населении, оценка которой выросла на порядок – от незначительной до катастрофически высокой;
- оценку социально-экономических последствий и бремени заболевания, прямых и косвенных потерь для бюджета – от полного их игнорирования до причисления к самым затратным заболеваниям современного человека, оценки их как огромной экономической проблемы для бюджета не только здравоохранения, но и государства;
- объемы финансирования – от почти нулевых до огромных финансовых вложений в ряде стран мира;
- возможности лечения – от их полного отсутствия до создания и прихода в практику в 1990-х гг. первых препаратов с доказанной (пусть и ограниченной) эффективностью, направленных на установленные биологические механизмы болезни; создания и усовершенствования новых мультидисциплинарных форм медицинской помощи на разных этапах заболевания, привлечения специалистов из других специальностей;
- наконец, степень информированности населения и уровень интереса в обществе к этой проблеме – от полного их отсутствия до выхода во многих странах в число самых актуальных.

Все перечисленные выше изменения во взглядах на БА оказали свое влияние на повсеместно отмечаемое в мире в последние десятилетия усиление внимания к вопросам психического здоровья в целом, способствовали усовершенствованию форм помощи, росту авторитета и объема финансирования психиатрии среди других медицинских специальностей, как и ее дальнейшему прогрессу. Поэтому, на наш взгляд, важным практическим выводом из сказанного будет являться важность использования накопленного на примере БА опыта (исследование распространенности на отдельных территориях, подсчет социально-экономического бремени болезни и эффекта от лечения, создание новых форм помощи, расширение психообразования и др.) и в отношении целого ряда других форм психической патологии.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Morozov G.V. (1988). *A guide of psychiatry*. In 2 vols. Vol. 1. M.: Medicine. (In Russian)
2. Levin O.S. (2010) *Diagnostics and treatment of dementia in clinical practice*. M.: MEDpress-inform. (In Russian)
3. Lobo A., Launer L., Fratiglioni L., et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe. *Neurology*. 2000;4(S. 5):4–9.
4. *Psychiatry in the Elderly* (1997). Ed. by R. Jacoby & C. Oppenheimer. Oxford – New York – Tokyo: Oxford University Press.
5. *Comprehensive Review of Geriatric Psychiatry* (2005). II. Ed. by J. Sadavoy, et al. Washington, DC.
6. Alzheimer's Association, 2008. Alzheimer's Disease: Facts and Figures. *Alzheimer's & Dementia*. 2008;4:110–133.
7. World Health Organization. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope* (2001). M.: The whole world.
8. Samele Ch., Frew S., Uguia N., The Institute of Mental Health – Nottingham. *Mental Health System in the European Union Member States, Status of Mental Health in Population and Benefits to be Expected from Investment into Mental Health*. 2013.
9. Gurovich I.Ya., Lyubov E.B. (2003) *Pharmacoepidemiology and pharmacoeconomics in psychiatry*. M: Medical practice.
10. Leonard B.E. *Fundamentals of Psychoarmacology* (1997) Second Ed. Chichester – New York: John Wiley & Sons.
11. Gavrilova S.I. Predementia stage of Alzheimer's disease: modern approaches to diagnosis and pharmacotherapy. *Doctor RU*. 2017;8(137):44–49.
12. Rev. Prescrire – 2021; 41 (456): 774.
13. Schatzberg A.F., Cole J.O., DeBatista Ch. (2013) *Manual of Clinical Psychopharmacology*. M: MEDpress.
14. news.un.org/ru/story/2025/09/1466413
15. Evsegneev R.A. *Psychiatry for everyone*. – Minsk: Belarus, 2006. – 478 p. (In Russian)
16. Evsegneev R.A. (2006) *Psychiatry for everyone*. Minsk: Belarus. (In Russian)