

Таким образом, проведенный анализ позволяет заключить, что социально-экономические потери в связи со смертностью от ЗНО женских половых органов в динамике увеличиваются. Для оптимального использования ресурсов здравоохранения большое значение имеют разработка и совершенствование методики, позволяющей снизить смертность от ЗНО женских половых органов женщин Приморского края.

За анализируемые годы в динамике отмечается увеличение потерь человеко-лет жизни как общих, так и

в трудоспособном возрасте и рост показателя социально-экономического ущерба. Рассчитанные экономические потери, связанные с преждевременной смертностью женщин от ЗНО женских половых органов в Приморском крае, являются доказательной базой того, что необходимо уделять большее внимание вопросам профилактики и раннего выявления заболевания, снижению заболеваемости и запущенности процесса, что позволит снизить и показатели смертности.

Литература

1. Аксель Е.М., Герасименко В.Н., Двойрин В.В. Социально-экономические аспекты противораковой борьбы. МЗ СССР. – М. – 1990. – 155 с.
2. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность) // Под ред.

А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России. – 2015. – 250 с.

Literature

1. Aksel E.M. Gerasimenko V.N., Dvoirin V.V. Socio-economic aspects of fight against cancer. – USSR Ministry of healthcare. – M., 1990. – P. 155.

2. Malignant neoplasms in Russia in 2013 (morbidity and mortality) / ed. by A.D. Kaprina, V.V. Starinskiy, G.B. Petrova. – M.: P. Herzen Moscow oncology research institute, 2015. – P. 250.

Координаты для связи с авторами: Журман Варвара Николаевна – очный аспирант кафедры общей и клинической фармакологии ТГМУ, тел. +7-904-622-25-77; Елисеева Екатерина Валерьевна – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей и клинической фармакологии ТГМУ, тел. +7-914-707-01-08; Гулевич Антон Павлович – ведущий экономист Приморского краевого медицинского информационно-аналитического центра, тел. +7-902-483-67-94, Слободенюк Елена Владимировна – д-р биол. наук, профессор, зав. кафедрой фармакологии и клинической фармакологии ДВГМУ.



УДК 616.89:316.4:338.14:332.1(048.8)

К.В. Крот, С.Ю. Мешалкина, Е.В. Слободенюк

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-91, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

В статье представлен литературный обзор данных по социально-экономической оценке бремени психических расстройств в разных регионах мира. Приведены абсолютные, относительные оценки бремени: заболеваемость, инвалидность, прямые затраты, QALY, DALY, % ВВП. Обозначены основные проблемы при проведении кросс-региональных и транснациональных фармакоэкономических и фармакоэпидемиологических исследований психических расстройств.

Ключевые слова: психические расстройства, региональные аспекты, социально-экономическое бремя, фармакоэкономические и фармакоэпидемиологические исследования.

K.V. Krot, S.Yu. Meshalkina, E.V. Slobodenuk

SOCIAL/ECONOMIC SIGNIFICANCE OF MENTAL DISORDERS: REGIONAL ASPECTS

Far eastern state medical university, Khabarovsk

Summary

The article presents a literature review on the social/economic evaluation of the burden of mental disorders in different regions of the world. It shows absolute and relative evaluations of the burden: prevalence, disability, direct costs, QALY, DALY, % GDP. The main problems when conducting cross-regional and trans-national pharmacoeconomic and pharmacoepidemiological studies of mental disorders are presented.

Key words: mental disorders, regional aspects, social/economic burden, pharmacoeconomic and pharmacoepidemiological studies.

Одной из важнейших проблем здравоохранения в XXI веке становится увеличение распространенности психических расстройств. В информационном бюллетене ВОЗ «Психические расстройства» (2014 г.) сообщается, что бремя заболеваний, поражающих психику человека, продолжает расти и оказывать заметное влияние на системы здравоохранения по всему миру независимо от уровня социально-экономического развития стран.

Согласно заявлению представителя России в ВОЗ по психиатрии доктора медицинских наук Зураба Кекелидзе, сегодня каждый четвертый-пятый человек в мире страдает тем или иным психическим или поведенческим расстройством, а к 2020 году психические заболевания займут второе место по распространению среди болезней (следуя сразу за сердечно-сосудистыми заболеваниями) и войдут в первую пятерку болезней-лидеров по количеству людских трудопотерь.

Впервые программа в области психического здоровья населения мира «Страны для психического здоровья» («Nations for Mental Health») была разработана Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1995 после публикации в мае 1995 г. сообщения группы исследователей из Гарвардской медицинской школы (США) по поводу состояния психического здоровья населения мира.

Согласно данным доклада Европейского Общества Нейро-психофармакологии (ECNP) за 2011 год, в Европе в настоящее время проживает 164,8 млн психически больных лиц, а расходы на них составляют 800 млрд евро или 1 триллион долларов. Экономические потери, связанные с психическими расстройствами, превышают все иные, ранее считающиеся наиболее распространенные категории заболеваний: сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, хронические респираторные заболевания и рак.

С 2008 года начала действовать программа ВОЗ по ликвидации пробелов в области психического здоровья (mhGAP), а в 2013 году утвержден Комплексный план действий в области психического здоровья на период 2013–2020 годов, в котором вопросы «качества» психиатрической помощи и ее «доступности для всех» в условиях нехватки ресурсов заняли центральное место. Кроме того, при реализации программ в области психического здоровья в 2013 году ВОЗ настоятельно рекомендовала учитывать национальные приоритеты и региональные особенности, поэтому модели организации психиатрических служб должны разрабатываться приспособленными к специфическим особенностям системы здравоохранения каждой страны и даже с учетом особенностей ее отдельных территориальных субъектов.

Отсутствие единых (общемировых) баз данных по эпидемиологии психических расстройств на уровне отдельных стран и даже регионов – показателей смертности, инвалидности, временной нетрудоспособности – является серьезной проблемой при определении экспертных оценок весовых коэффициентов психических нозологий на общемировом уровне [7].

Для оценки бремени психических расстройств используются как традиционные показатели (заболеваемость, ожидаемая продолжительность жизни, смертность, инвалидность), так и экономические (стоимостные факторы) и принципиально новые показатели, учитывающие качественную сторону продолжительности жизни (QALY, DALY) [11, 25, 26]. В работах, опубликованных зарубежными авторами в 2000–2010 гг., ведущей причиной экономических потерь трудового потенциала (DALY) указываются болезни нервной системы и психические расстройства [2, 12, 14, 23]. Так, в 1990 г. на долю этих заболеваний приходилось около 10 % от общих потерь по DALY, в 2000 г. – 12,3 %, а в 2020 г. прогноз составляет 15 %.

В обзорных работах отечественных исследователей В.С. Ястребова и соавт. в 2011 г. [7], выполненных на основе базы данных ВОЗ и региональных отделов ВОЗ, базы данных Национальной медицинской библиотеки США «Medline», архивов публикаций ведущих зарубежных медицинских журналов в области психического здоровья, отмечается, что достаточно малое число (порядка 10 %) зарубежных исследований при оценке глобального бремени психических заболеваний используют относительные показатели (% ВВП, величина DALY на душу населения), что осложняет проведение кросс-национальных сравнений в этой области.

В 2008 г. группой американских ученых W. Eaton и соавт. [14] были представлены показатели масштаба бремени для десяти психических расстройств. Работа проводилась на основе метаанализа данных исследований, полученных, практически со всех регионов мира и охватывающих около 40 стран (около 200 работ-источников) с 1980 по 2006 год. Оценка болезненности проводилась на основе 12-месячных показателей с использованием WMH-WHO-версии CIDI-интервью и DSM-IV. Бремя заболеваний оценивалось на основе прямых расходов, косвенных потерь и в пересчете на население США, с учетом усредненных показателей болезненности и курса доллара США в 2005 г. В таблице 1 представлены полученные значения бремени по указанным расстройствам. Величина суммарного времени составила 7,2 % ВВП для США.

Таблица 1

Бремя (годовое) психических расстройств, пересчитанное на население США (в \$ США, 2005 г.) (по данным W. Eaton и соавт., 2011 г.)

Диагноз по DSM-IV	Стоимость (\$ млрд)	Относит. оценка (% ВВП США)
Панические расстройства	30,4	0,27
Социальная фобия	15,7	0,14
Простая фобия	11,0	0,10
Большая депрессия	97,3	0,86
Обсессивно-компульсивное расстройство	10,6	0,09
Наркотическая зависимость	201,6	1,78
Алкогольная зависимость	226,0	1,99
Шизофрения	70,0	0,62
Биполярное аффективное расстройство	78,6	0,69
Деменция	76,0	0,67
Итого	817,2	7,20

Региональные особенности социально-экономического бремени психических расстройств в США освещены в работах Т. Insel [21, 22], R. Kessler и соавт. [24], в них был произведен расчет прямых затрат на психические расстройства в США (без учета наркотической и алкогольной зависимости) на основе данных 2003 г., что составило величину порядка \$100 млрд (6,2 % от бюджета здравоохранения США). При этом только 40 % больных получили адекватное лечение.

В исследовании Р. Greenberg и соавт. [17] приведена оценка относительного бремени депрессивных расстройств (самой распространенной психической нозологии) на 2003 год – 0,7 % ВВП США. По данным ВОЗ [38], депрессивные расстройства – ведущая причина инвалидности населения США в возрасте 15-44 лет.

В Канаде, по данным исследований Т. Stephens и N. Joubert, проведенных в 1998 г. [37], общая оценка бремени психических расстройств составляла \$14,4 млрд, из них прямые расходы – \$6,3 млрд, т. е. 2,5 % ВВП. Исследования К. Lim и соавт. [31] в 2003 г. показало существенный рост бремени – \$50,85 млрд, т. е. 4,1 % ВВП Канады. Согласно данным Института экономики здоровья Канады [31], бремя психических расстройств в 2006 г., связанное с потерей качества жизни больных – \$20,3 млрд (1,4 % ВВП Канады).

По данным работы Р. Andlin-Sobockil и соавт. [10], полученные для 28 европейских стран в 2004 г., при общей численности населения 465,6 млн человек 127 млн (27,2 %) имели психические или психоневрологические расстройства. Экономическое бремя составило €386,2 млрд, т. е. 3,7 % совокупного ВВП этих стран, при этом на долю прямых затрат пришлось €135 млрд, включающих расходы стационарного пребывания (€78 млрд), амбулаторных посещений (€44 млрд) и расходов на лекарства (€13 млрд). В таблице 2 приведены абсолютные и относительные величины экономического бремени для некоторых стран Европы.

Таблица 2

Абсолютная и относительная величина бремени психоневрологических расстройств для некоторых стран Европы

Страна	Бремя (€ млрд)	% ВВП	Страна	Бремя (€ млрд)	% ВВП
Австрия	8,8	4,1	Норвегия	5,8	3,9
Великобритания	55,3	3,6	Финляндия	4,2	3,3
Бельгия	10,6	4,0	Франция	41,3	2,8
Германия	114,5	5,8	Швеция	9,4	4,2
Италия	40,8	3,0	Швейцария	8,9	4,4
Нидерланды	17,9	4,1			

Суммарная величина бремени для основных психических расстройств (исключая деменцию) составила €239,5 млрд (2,3 % ВВП). Основной вклад в эту оценку внесли депрессия и биполярные расстройства (€106 млрд), тревожные расстройства (€4 млрд) и шизофрения (€35 млрд).

Последние стоимостные оценки [20, 39] основных компонент бремени психических расстройств в Австралии за 2009 год для больных в возрасте 12-25 лет (1,004 млн человек, что составляло 24,3 % населения этой возрастной категории), включают: медицинские затраты

(\$AU 1,5 млрд), экономические потери (\$AU 9,1 млрд), потери качества жизни (\$AU 20,5 млрд). Относительная величина глобального бремени составляло около 5 % ВВП Австралии, при этом средние затраты на одного больного оценивались в \$31 тыс. в год.

Проведенные в последние годы национальные и кросс-национальные эпидемиологические исследования [27, 28, 30] с использованием WVN-WHO-версии CIDI-интервью и DSM-IV показали низкий уровень болезненности психическими расстройствами, что связано с высокой степенью стигматизации психических заболеваний в Японии [13]. По предварительной оценке величина бремени «учтенных» психических заболеваний составила \$32 млрд (0,6 % ВВП Японии в 2010 г.).

Результаты эпидемиологических исследований, опубликованные в 2009–2010 гг. [32, 36], показывают, что 17,5 % взрослого населения Китая (или более 170 млн человек) имели психическое расстройство, причем подавляющее большинство (более 150 млн человек) не получали квалифицированной помощи из-за низкого ресурсного и кадрового обеспечения службы психического здоровья. В связи с этими обстоятельствами масштабы глобального бремени психических заболеваний в Китае, очевидно, становятся крупнейшими в мире.

В Индии эпидемиологические исследования национального уровня проводились с использованием диагностических инструментов, имеющих размытые характеристики и описания в связи со значительным дефицитом финансовых и кадровых ресурсов служб психического здоровья [15, 33]. Так, явно заниженная [34] оценка прямых медицинских расходов для основных психических заболеваний составляет 0,05 % ВВП Индии.

Глобальное бремя психических и неврологических расстройств в странах Латинской Америки (% DALY от всех болезней) за период с 1990 по 2002 г. выросло более чем в 2 раза и составило 22 % [29].

В большинстве африканских стран предусмотрены очень низкие расходы на службу психического здоровья населения – меньше 1 % от национальных бюджетов на здравоохранение, которые сами по себе также очень низки [16, 35]. Низкое качество эпидемиологических данных для стран Африки не позволяет получить надежные оценки бремени психических болезней. Так в Нигерии, по данным работ [18, 19], болезненность основными психическими расстройствами составляла 10-12 %, а бремя психических заболеваний – не ниже 3 % ВВП Нигерии. Для ЮАР оценки болезненности и бремени данной группы расстройств, примерно в 2 раза больше.

В России социально-экономическая оценка бремени основных психических расстройств изучалась в ряде отечественных работ [1, 3-5, 8, 9]. Однако полученные оценки следует рассматривать как нижние оценки бремени в связи с проблемами диагностики и лечения психических патологий в общемедицинской сети, а также учетом в ряде исследований исключительно прямых затрат на лечение [5]. В связи с этим полученные в работах оценки бремени психических заболеваний в России оказались в 2-4 раза ниже, чем соответствующие оценки в США и странах ЕС.

По данным Министерства здравоохранения, в России около 3 % населения страдает психическими заболеваниями. При этом 60 % из них – лица трудоспособного возраста, только каждый третий работает, а каждый четвертый – инвалид по психическому заболеванию (Казаковцев Б.А., 2001; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А., 2007; Чуркин А.А., 2011). Показатель общей заболеваемости психическими расстройствами в 2012 году составил 2 892,5 на 100 тыс. населения [6].

Постановлением правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» психические расстройства и расстройства поведения отне-

сены к группе социально значимых заболеваний. В Общественной палате в ходе слушаний, посвященных психическому здоровью нации, было предложено объявить в России 2016 год – «годом психического здоровья».

Таким образом, при реализации программ по оптимизации лекарственного обеспечения в рамках службы психического здоровья населения необходимо учитывать национальные приоритеты, социально-экономические особенности развития каждого региона, а экономические модели обеспечения должны разрабатываться только на основе доказательных фармакоэкономических и фармакоэпидемиологических исследований с учетом специфики отдельных территориальных субъектов.

Литература

1. Васькова Л.Б., Мусина Н.З. Методы и методики фармакоэкономических исследований. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 61-92.
2. ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001. Психическое здоровье: Новое понимание, новая надежда. – Женева: ВОЗ, 2001. – 215 с.
3. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика – М, 2003. – 264 с.
4. Гурович И.Я., Любов Е.Б. и др. Бремя депрессивных расстройств в отечественных психиатрических службах // Журнал неврологии и психиатрии. – 2010. – № 3. – С. 77-82.
5. Куликов А.Ю., Дедюрина Ю.М. Анализ стоимости болезни лечения пациентов, страдающих депрессивными расстройствами в условиях здравоохранения РФ // Фармакоэкономика. – 2011. – Т. 4, № 1. – С. 24-33.
6. Распространенность психических расстройств в населении РФ в 2011 году / под ред. проф. Ястребова: аналит. обзор. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России, 2014. – 43 с.
7. Ястребов В.С., Митихина И.А., Митихин В.Г. и др. Психическое здоровье населения мира: социально-экономический аспект (по данным зарубежных исследований 2000–2010 гг.) // Журнал неврологии и психиатрии. – 2012. – № 2. – С. 4-13.
8. Ястребов В.С., Солохина Т.А., Шевченко Л.С. и др. Экономическая оценка масштаба вложений и потерь вследствие психических заболеваний // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – № 4. – С. 21-28.
9. Ястребов В.С., Солохина Т.А., Шевченко Л.С. и др. Экономическая оценка последствий психических заболеваний: методические рекомендации для врачей и организаторов здравоохранения. – М.: МАКС Пресс, 2009. – С. 32.
10. Andin-Sobockil P., Jonsson B., Wittchen H.-U., Olesen J. Costs of Disorders of the Brain in Europe // Eur. J. Neurology. – 2005. – Vol. 12, № 1. – P. 1-27.
11. Chisholm D., Healey A., Knapp M. QALYs and mental health care // Social Psych and Psychiatric Epidemiology. – 1997. – № 32. – P. 68-75.
12. Cohen J. The GBO Study: a useful projection of future global health // J. Publ Health Medic. – 2000; Vol. 2, № 4. – P. 518-524.
13. Dasapriya E., Iwase N. Stigma of mental illness in Japan // Lancet. – 2002.
14. Eaton W.W., Martins S.S., Nestadt G., Bienvenu O., Clarke D., Alexandre P. The Burden of Mental Disorders // Epidemiol. Rev. – 2008. – № 30. – P. 1-14.
15. Ganguli H.C. Epidemiological findings on prevalence of mental disorders in India // Ind. J. Psychiat. – 2000. – № 42. – P. 14-20.
16. Global Mental Health 4. Mental health systems in countries: where are we now? Jacob K.S., Sharan P., et al. // Lancet. – 2007. – № 370. – P. 1061-1077.
17. Greenberg P.E., Kessler R.C., Birnbaum H.G., et al. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? // O Clin. Psychiatry. – 2003. – № 64. – P. 1465-1475.
18. Gureje O., et al. Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well Being // British Journal of Psychiatry. – 2006. – № 188. – P. 465-471.
19. Gureje O., et al. Cost-effectiveness of an essential mental health intervention package in Nigeria // World Psychiatry. – 2007. – № 6. – P. 42-48.
20. Hilton M.F., Scuffham P.A., Vecchio N., Whiteford H.A. Using the interaction of mental health symptoms and treatment status to estimate lost employee productivity // Aust N-Z J Psychiatry. – 2010. – Vol. 44, № 2. – P. 151-161.
21. Insel T. Assessing the Economic Costs of Serious Mental Illness // Am. J. Psychiatry. – 2008. – Vol. 165, № 6. – P. 663-665.
22. Insel T., Schoenbaum M., Wang P. Components of the Economic Burden of Serious Mental Illness in the US // US Neurology. – 2009. – Vol. 5, № 1. – P. 10-11.
23. Kessler R.C., Aguilar-Gasiola S., et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys // Epidemiol Psychiat Social. – 2009. – Vol. 18. – № 1. – P. 23-33.
24. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., Merikangas K.R., Walters E.E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM –IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Arch. Gen. Psychiatry. – 2005. – № 62. – P. 617-627.
25. Knapp M. (Ed.): Economic Evaluation of Mental Health Care. – Ashgate Publishing Limited, 1995. – 253 p.

26. Knapp M., Mangalore R. The trouble with QALYs // *Epidemiol Psychiatr Soc.* – 2007. – Vol. 16, № 4. – P. 289-293.
27. Kawakami N., Shimizu H. et al. Lifetime and 6-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan // *Psychiatry Res.* – 2004. – № 121. – P. 293-301.
28. Kawakami N., Takeshima T., et al. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002–2003 // *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* – 2005. – № 59. – P. 441-452.
29. Kohn R., et al. Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority // *Pan. American. J. Public. Health.* – 2005. – № 18. – P. 229-240.
30. Koyama A., Miyake Y., et al. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of «hikikomori» in a community population in Japan // *Psychiatry Res.* – 2010. – Vol. 176, № 1. – P. 69-74.
31. Lim K.-L., Jacobs P., Ohinmaa A., Schopf-Dewerth D., Dewa C. A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada // *Chronic Diseases in Canada.* – 2008. – Vol. 28, № 3. – P. 92-98.
32. Ma S. China struggles to rebuild Mental health programs // *Can Med Ass Journ.* – 2011. – Vol. 8, № 183. – P. 89-90.
33. Madhav S.M. Epidemiological study of prevalence of mental disorders in India // *Indian Journal of Community Medicine.* – 2001. – Vol. 26, № 4. – P. 198-200.
34. Math S.B., et al. Psychiatric epidemiological in India // *Indian J. Med. Res.* – 2007. – № 126. – P. 183-192.
35. Mental Health Atlas. WHO, Geneva. – 2005. – 540 p.
36. Phillips M.R., Shang J., Shi Q., et al. Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001-05: an epidemiological survey // *Lancet.* – 2009. – № 373. – P. 2041-2053.
37. Stephens T., Joubert N. The economic burden of mental health problems in Canada // *Chronic Dis Canada.* – 2001. – Vol. 22, № 1. – P. 18-23.
38. The WHO World Mental Health Survey Consortium Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys // *J Am Med Assoc.* – 2004. – № 291. – P. 2581-2589.
39. The economic impact of youth mental illness. Report by Access Economics Pty Limited for Orygen Research Centre, Victoria. – 2009. – 57 p.

Literature

1. Vaskova L.B., Musina N.W. Methods and techniques of pharmaco-economic research. – M.: GEOTAR-Media, 2007. P. – 92.
2. Who. Report on the world health 2001. Mental health: New understanding, new hope. Geneva, who, 2001; 215.
3. Gurovich I.Ya., Lyubov E.B. Pharmacoepidemiology and pharmaco-economics in psychiatry. – M.: Medical Practice-M, 2003. – 264 p.
4. Gurovich I.Ya., Lyubov B.E., et al. The Burden of depressive disorders in national mental health services // *Phys damage and the psychiatrist.* – 2010. – № 3. – P. 77-82.
5. Kulikov A.Yu., Dedurina Yu.M. Analysis of the cost of the disease treatment of patients suffering from depressive disorders in terms of health of the Russian Federation // *Pharmaco-economics.* – 2011. – № 4 (1). – P. 24-33.
6. The prevalence of mental disorders in the population of the Russian Federation in 2011 / Under the edit. of prof Yastrebova: Analyt. review. – M.: FSBI «FMICPN», 2014. – 43 p.
7. Yastrebov V.S., Mitikhina I.A., Mitikhin V.G., et al. Mental health of the world's population: socio/economic aspect (according to foreign research 2000-2010) // *Phys damage and the psychiatrist.* – 2012. – № 2. – P. 4-13.
8. Yastrebov V.S., Solokhina T.A., Shevchenko L.S., et al. Economic assessment of the scale of investment and losses due to mental illness // *Social and clinical psychiatry.* – 2009. – № 4. – P. 21-28.
9. Yastrebov V.S., Solokhina T.A., Shevchenko L.S., et al. Economic assessment of the impact of mental illness: guidelines for clinicians and health managers. – M: MAKSPress, 2009. – P. 32.
10. Andin-Sobockil P., Jonsson B., Wittchen H.-U., Olesen J. Costs of Disorders of the Brain in Europe // *Eur. J. Neurology.* – 2005. – № 12 (1). – P. 1-27.
11. Chisholm D., Healey A., Knapp M. QALYs and mental health care // *Social Psych and Psychiatric Epidemiology.* – 1997. – № 32. – P. 68-75.
12. Cohen J. The GBO Study: a useful projection of future global health // *J. Publ Health Medic.* – 2000. – № 2,4. – P. 518-524.
13. Dasapriya E., Iwase N. Stigma of mental illness in Japan // *Lancet.* – 2002. – № 359. – P. 1886.
14. Eaton W.W., Martins S.S., Nestadt G., Bienvenu O., Clarke D., Alexandre P. The Burden of Mental Disorders // *Epidemiol Rev.* – 2008. – № 30. – P. 1-14.
15. Ganguli H.C. Epidemiological findings on prevalence of mental disorders in India // *Ind. J. Psychiat.* – 2000. – № 42. – P. 14-20.
16. Global Mental Health 4. Mental health systems in countries: where are we now? / Jacob K.S., Sharan P., et al. // *Lancet.* – 2007. – № 370. – P. 1061-1077.
17. Greenberg P.E., Kessler R.C., Birnbaum H.G., et al. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? // *O Clin Psychiatry.* – 2003. – № 64. – P. 1465-1475.
18. Gureje O., et al. Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well Being // *British Journal of Psychiatry.* – 2006. – № 188. – P. 465-471.
19. Gureje O., et al. Cost-effectiveness of an essential mental health intervention package in Nigeria // *World Psychiatry.* – 2007. – № 6. – P. 42-48.
20. Hilton M.F., Scuffham P.A., Vecchio N., Whiteford H.A. Using the interaction of mental health symptoms and treatment status to estimate lost employee productivity // *Aust. N-Z. O. Psychiatry.* – 2010. – № 44 (2). – P. 151-161.
21. Insel T. Assessing the Economic Costs of Serious Mental Illness // *Am. J. Psychiatry.* – 2008. – № 165 (6). – P. 663-665.

22. Insel T., Schoenbaum M., Wang P. Components of the Economic Burden of Serious Mental Illness in the US // US Neurology. – 2009. – № 5 (1). – P. 10-11.
23. Kessler R.C., Aguilar-Gasiola S., et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys // Epidemiol Psychiat Social. – 2009. – № 18 (1). – P. 23-33.
24. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., Merikangas K.R., Walters E.E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Arch Gen Psychiatry. – 2005. – № 62. – P. 617-627.
25. Knapp M. (Ed.): Economic Evaluation of Mental Health Care. – Ashgate Publishing Limited, 1995. – 253 p.
26. Knapp M., Mangalore R. The trouble with QALYs // Epidemiol Psychiat Soc. – 2007. – № 16 (4). – P. 289-293.
27. Kawakami N., Shimizu H. et al. Lifetime and 6-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan // Psychiatry Res. – 2004. – № 121. – P. 293-301.
28. Kawakami N., Takeshima T., et al. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003 // Psychiatry and Clinical Neurosciences. – 2005. – № 59. – P. 441-452.
29. Kohn R., et al. Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority // Pan American J. Public Health. – 2005. – № 18. – P. 229-240.
30. Koyama A., Miyake Y., et al. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of «hikikomori» in a community population in Japan // Psychiatry Res. – 2010. – № 176 (1). – P. 69-74.
31. Lim K.-L., Jacobs P., Ohinmaa A., et al. A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada // Chronic Diseases in Canada. – 2008. – № 28 (3). – P. 92-98.
32. Ma S. China struggles to rebuild Mental health programs // Can. Med. Ass. Journ. – 2011. – № 8. – P. 183. – P. 89-90.
33. Madhav S.M. Epidemiological study of prevalence of mental disorders in India // Indian Journal of Community Medicine. – 2001. – № 26 (4). – P. 198-200.
34. Math S.B., et al. Psychiatric epidemiological in India // Indian J. Med. Res. – 2007. – № 126. – P. 183-192.
35. Mental Health Atlas. WHO, Geneva. – 2005. – 540 p.
36. Phillips M.R., Shang J., Shi Q., et al. Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001-05: an epidemiological survey // Lancet. – 2009. – № 373. – P. 2041-2053.
37. Stephens T., Joubert N. The economic burden of mental health problems in Canada // Chronic. Dis. Canada. – 2001. – № 22 (1). – P. 18-23.
38. The WHO World Mental Health Survey Consortium Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys // J. Am. Med. Assoc. – 2004. – № 291. – P. 2581-2589.
39. The economic impact of youth mental illness. Report by Access Economics Pty Limited for Orygen Research Centre. – Victoria, 2009. – 57 p.

Координаты для связи с авторами: Крот Ксения Вадимовна – аспирант кафедры фармакологии и клинической фармакологии ДВГМУ, тел. +7-914-074-57-89, e-mail: ksuvetrova@mail.ru; Мешалкина Светлана Юрьевна – канд. фарм. наук, доцент кафедры ОЭФ ДВГМУ; Слободенюк Елена Владимировна – д-р биол. наук, профессор, зав. кафедрой фармакологии и клинической фармакологии ДВГМУ.



УДК 614.39

С.А. Богачевская¹, Н.А. Капитоненко², А.Н. Богачевский¹

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В РОССИИ И ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ

¹Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, ул. Краснодарская, 2в;

²Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

В статье представлены данные о частоте, распространенности и особенностях течения врожденных пороков сердца в Российской Федерации и в Дальневосточном Федеральном округе за последние 10 лет. Обращено внимание на недостаточный охват пациентов с врожденными пороками сердца диспансерным наблюдением, а также важность своевременной диагностики и оперативной коррекции в оптимальные сроки для снижения уровня смертности. Отмечено снижение младенческой смертности и инвалидности детей до 17 лет в Российской Федера-